



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1584 - Eosinofilia, hipercoagulabilidad, ¿existe?

E.S. Moreno Maíz<sup>a</sup>, M.P. Pérez Cortés<sup>b</sup>, E. Camacho Garrido<sup>c</sup>, M. Frías Castro<sup>d</sup>, A. Ruiz Toril<sup>e</sup>, A.J. Aragón Granados<sup>f</sup> y H.D. Patiño Ortega<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Enfermera. Centro de Salud Herencia. Ciudad Real. <sup>c</sup>Dermatóloga; <sup>e</sup>Enfermera de Dermatología; <sup>g</sup>Médico Internista. Hospital General La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Madridejos. Toledo. <sup>f</sup>Médico GUETS. Base Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, de setenta y un años, acude al Centro de Salud por presentar de manera brusca pérdida de fuerza y coordinación del miembro superior derecho. Como antecedentes; fumador de 15 cigarrillos, hipertensión bien controlada e hipertrrofia benigna de próstata. Ante la sospecha de cuadro de ictus se deriva al hospital de referencia, tras la realización de pruebas complementarias se establece como diagnóstico: síndrome hemiparesia-ataxia derecha-infarto lacunar de arterias lentículo estriadas izquierdas, microangiopatía cerebral moderada. A las 36 horas del ingreso se decide alta. A las 12 horas avisan al Centro por cuadro febril, determinándose foco urinario. A las 24 horas aviso domiciliario por cuadro de dolor en miembro superior izquierdo, similar al de días previos, pero en entrevista clínica refiere asociado a desconfort torácico, sin cortejo vegetativo. Se realiza ECG donde se objetiva descenso del segmento ST en derivaciones v2 a v5; es derivado a Hospital de referencia por síndrome coronario agudo, es ingresado en UCI. Las siguientes visitas al Centro de Salud son en consulta enfermería para control de factores de riesgo cardiovascular y control de INR por anticoagulación con su médico. No existe registro en su historia clínica hasta dos meses después. Acude al Centro por cuadro de dermatitis en región pretibial de ambas piernas y en antebrazos, piel gruesa y tirante, limitando la flexoextensión. Se contacta con el servicio de dermatología se decide ingreso para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica sangre y orina, electrocardiograma, radiología de tórax, TAC craneal, EHCNI, resonancia magnética nuclear, ecocardiograma, biopsia de piel.

**Juicio clínico:** Síndrome hipereosinofílico.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome esclerodermiforme, fascitis eosinofílica, síndrome paraneoplásico, leucemia de eosinófilos.

**Comentario final:** Es muy importante no menospreciar ningún valor analítico. Los grandes síntomas, con cuadros clínicos llamativos, no deben ensombrecer esos valores. Desde la primera analítica se objetiva eosinofilia; si bien se hace referencia a ella, no es tenida en cuenta a la hora de pensar posible causa subyacente.

### Bibliografía

1. Código Ictus Castilla-La Mancha. Estrategia de repercusión en el ictus 2015.

2. Farreras et al. Medicina interna, XVII ed:1540-1.
3. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com).

**Palabras clave:** *Ictus. Infarto de miocardio. Dermatosis. Hipercoagulabilidad. Hipereosinofilia.*