Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):37

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2677 - Leucemia mieloide crónica (LMC) simulando un infarto

N. Guelai[a], B. Martínez Sanz[b], A. García-Lago Sierra[c], C. Fernández Galache[d], M.J. Otero Ketterer[e], M.M. de Cos Gutiérrez[f], I. Galán López[g], L.E. Ojeda Carmona[h], Á.L. Díaz Alvarado[c] y D.M. Robaina Cabrera[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. [b]Médico Residente. Centro de Salud Dobra. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. [d]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Buelna. Cantabria. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. [g]Médico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años. Exfumador. Bebedor. Acude a consulta por dolor centrotorácico opresivo de 15 min de duración acompañado de mareo malestar y sudoración.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 30/80; Frecuencia cardiaca: 91; Saturación O2: 96%; Temperatura: 37,6 ^{o}C. Mal estado general. Consciente y orientado, eupneico, normohidratado y con palidez cutánea. Tórax: auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con esplenomegalia. Extremidades normales. Se le administra 2 puff de nitroglicerina sublingual por lo que cede el dolor. Se realiza un EKG que muestra ritmo sinusal a 81 lpm y descenso de la ST en V4-V5. Se diagnostica inicialmente de SCASEST y se deriva a urgencias hospitalarias. Allí se le realiza: Hemograma: hemoglobina 7,7 g/dl, leucocitos 275.000/µL, plaquetas 94.000/µL. Fórmula leucocitaria: 43% granulocitos, 4% linfocitos, 5% monocitos, 2% eosinófilos, 4% basófilos, 23% cayados, 14% metamielocitos, 4% mielocitos,1% blastos, 5 eritroblastos por cada 100 ml. Coagulación: INR 1,42, APTT 1,13, dímero-D 1.396. Bioquímica: normal, incluyendo CPK y troponina. Dados los resultados se avisa al hematólogo de guardia, que solicita: LDH 1.700 U/L. Acido úrico 9,9 mg/dl. GOT 50 U/L. GGT 120 U/L. Ferritina 1.900 ng/ml. Índice de saturación de transferrina: 16%. Vitamina B12: 3.547 pg/ml. Ácido fólico: 2,4. Ecografía abdominal: esplenomegalia de

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

17,9 cm. resto normal. El día siguiente se realiza el estudio de médula ósea: medulograma: compatible con LMC, blastos 1%, relación mieloeritroide 17. Estudio molecular: reordenamiento BCR-ABL: positivo p210.

Juicio clínico: LMC

Diagnóstico diferencial: Infecciones, corticoterapia, tumores metastásicos en médula ósea, shock por hemolisis o hemorragias agudas y reacción medular de agranulocitosis.

Comentario final: Se inicia tratamiento con hidroxiurea 2 g/día durante 2 días. Se transfusión Concentrados de Hematíes en 2 ocasiones, y se inicia tratamiento con imatinib 400 mg: 1 comp/día. Debido a la anemia secundaria a la leucemia el corazón presenta a un aumento de gasto cardiaco que simula un SCA. La clínica era típica que aunque en la exploración inicial vimos la esplenomegalia la hemos dejado en segundo plano pensando que se trataba de un infarto.

Bibliografía

2. Harrison Principios de Medicina Interna. Interamericana.
3. Robbins Patología Estructural y Funcional. Elsevier.

Palabras clave: LMC. SCASEST. Esplenomegalia.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.