



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3228 - Síndrome Mielodisplásico

M. Cordero Cervantes<sup>a</sup>, R. Cenjor Martín<sup>b</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>c</sup>, E.M. Prieto Piquero<sup>d</sup>, M.L. García Estrada<sup>c</sup>, G. García Estrada<sup>e</sup>, L. López Liébana<sup>f</sup>, L. López Menéndez<sup>g</sup>, B.C. di Salvo León<sup>a</sup> y A. Gómez Menéndez<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>e</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. <sup>h</sup>Enfermera. Hospital San Agustín. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 50 años de origen marroquí, consumidor habitual de cannabis y cocaína inhalada. Antecedentes personales de diabetes mellitus y esclerosis múltiple debutando con neuritis óptica en ojo derecho, a tratamiento con INF beta-1a. Acude a consulta por referir disminución de agudeza visual de cuatro semanas de evolución (sin dolor y sin ojo rojo) y cefalea pulsátil global sin vómitos ni otra clínica neurológica deficitaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientado y colaborador. Taquipneico. No adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Auscultación cardio-pulmonar normal. No focalidad neurológica. Abdomen anodino. Dado que en nuestro centro disponemos de retinógrafo procedemos a la exploración de fondo de ojo, observándose en ojo derecho: hemorragias con centro de color blanco, rodeadas de fibrina coagulada, sobre todo en hemirretina superior. Papila y mácula normal. Ante los hallazgos encontrados se deriva a Hospital de referencia, destacando en analítica afectación de las 3 series. Hemoglobina: 3,3 g/dl; hematíes:  $0,82 \times 10^6$ ?L; leucocitos:  $2,54 \times 10^3$ ?L; plaquetas:  $73 \times 10^3$ ?L. Ferritina: 714. VitB12: 463; folato: 5,15; transferrina: 216 mg/dl. Serología VIH: negativa. VHA, VHB, VHC negativos. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm. TC craneal: edema de papila en ojo izquierdo y manchas de Roth. No se observan hemorragias intra ni extra axiales. Ecografía abdominal: normal. Ecografía transtorácica: normal. Biopsia de médula ósea que describen como datos sugestivos de síndrome mielodisplásico tipo citopenia refractaria con displasia multilínea. El paciente ingresa a cargo de M. Interna y a la vez es valorado por Hematología, que inicia tratamiento de soporte transfundiéndose 6 concentrados de hematíes y eritropoyetina. Pendiente de estudios de inmunofenotipo y citogenética.

**Juicio clínico:** Síndrome mielodisplásico con citopenia refractaria y displasia multilínea.

**Diagnóstico diferencial:** Brote de esclerosis múltiple y causas de aparición de manchas de Roth: leucemia, diabetes, anemia perniciosa, isquemia, endocarditis bacteriana, retinopatía por VIH.

**Comentario final:** Las manchas de Roth pueden aparecer cuando la hemoglobina desciende por debajo de 8 g/100 ml o si las plaquetas bajan por debajo de 50.000 pudiéndose dar casos de hemorragia en la retina, sobre todo en combinación con anemias y trombocitopenias graves.

*Palabras clave:* *Manchas de Roth. Anemias. Trombocitopenia.*