Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):999

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3393 - ANEMIA DE TRASTORNO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE VASCULITIS

G. Pérez Vázquez[a], E. Tobal Vicente[b], I. Ariste González[c], C. Pérez Vázquez[d] e I. Martínez-Rodríguez[e]

[a]FEA Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Condesa. León. [c]Médico de Familia. Centro de Salud de Bezana. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [e]FEA Medicina Nuclear. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años con anemia de 3 meses de evolución, sin respuesta a hierro oral. Sin antecedentes personales conocidos. Una hermana con SAF analítico. La paciente refería astenia, pérdida de 3 kg e hiporexia. No había datos de sangrado, molestia, ni focalidad alguna.

Exploración y pruebas complementarias: Pelo quebradizo y palidez muco-cutánea, siendo el resto rigurosamente normal. Pruebas diagnósticas (*Resultados alterados). Hematimetría: Hematíes *3,66 × 10^6 /?L, Hemoglobina *8,9 g/dL, Hematocrito *27,8%, VCM *75,9 fL, HCM *24,4 pg, CHCM 32,2 g/dL, ADE *15,6%, Reticulocitos 1,7%. Leucocitos (+diferencial) y plaquetas normales. Frotis: anodino. VSG *69 mm. Bioquímica (incluyendo iones + LDH + creatinina + bilirrubina + TSH + B12 + fólico) y marcadores tumorales) normal. Hierro *28 ?g/dL, transferrina 193 mg/dL, CTFe 245 ?g/dL, IST *11 %, ferritina 192 ng/ml. Anticuerpos: ANA/ACP/F. reumatoide negativos. Serologías: VIH/VHB/VHC/Sífilis: negativos. Parvovirus/CMV/VEB: IgG+, IgM-. IFN-gamma-TBC Negativo. Sangre oculta en heces (SOH) negativa. Rx tórax y ecografía abdominal normales.

Juicio clínico: Anemia de trastorno crónico-inflamatorio (ATC).

Diagnóstico diferencial: Llegado este punto, las sospechas recaían sobre una enfermedad autoinmune -mujer joven con antecedente familiar-, o una neoplasia que no hubiese dado todavía la cara. La ausencia de fiebre prácticamente descartaba infección. Ante la negatividad de las pruebas radiológicas previas, se solicitó una prueba de rastreo corporal optándose por un PET-TAC dado el estado inflamatorio evidenciado por la ATC y VSG. PET-TAC: "Aortitis torácica con afectación de troncos supraaórticos compatible con vasculitis de grandes vasos”. Tras un mes de corticoides la paciente había recuperado una hemoglobina de 13,4 g/dL.

Comentario final: La ATC se distingue por unos reticulocitos 2-3%, VCM normal/disminuido, hiposideremia, e IST bajo pese a una ferritina normal/aumentada. Excluida la causa nefrogénica, ante una ATC, debemos sospechar cáncer, si bien el diagnóstico diferencial es mayor que en la ferropenia pura, y debe incluir igualmente procesos infecciosos y reumatológicos. En consecuencia, no debemos esperar una improbable respuesta al hierro oral para investigar su causa, pues el tratamiento irá ligado al de su enfermedad de base. La anamnesis-exploración ha de buscar focalidad y excluir sangrados, ya que frecuentemente la causa es mixta (ferropenia + inflamación). Las pruebas diagnósticas deben solicitarse de forma escalonada orientadas por la sospecha etiológica. Una propuesta de estudio inicial incluiría: SOH,

bioquímica (con LDH + perfil hepático + perfil férrico completo + TSH + proteinograma), hemograma + reticulocitos, VSG. Opcionalmente -o más adelante-, según el contexto clínico-epidemiológico, también habría que considerar realizar serologías (VIH, VHB, VHC, sífilis, Toxoplasma, VEB y CMV), screening de autoinmunes (ANAs y FR), marcadores tumorales, B12, fólico, frotis de sangre, EyS + cultivo y/o Rx tórax.

Bibliografía

1. N Engl J Med. 2005;352:1011-23.
2. Br J Haematol. 2011;154:289.
3. Blood. 1992;80:1639.

Palabras clave: Vasculitis. Anemia autoinmune.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.