



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

242/2251 - A PROPÓSITO DE UN CASO: UNA ANEMIA EXCEPCIONAL

M. Zarza Arribas^a, I. Martínez Frutos^b, M. González María Dolores^a, R. Romera Martínez^a, E. Sequeda Vázquez^c y C. Casas Mena^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia. ^dMédico de Familia. Consultorio Llano del Beal. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años, de nacionalidad inglesa, diabético tipo 2, acude a consulta para control. En analítica se aprecia anemia ferropénica, iniciando estudio y detectándose astenia, dispepsia de larga evolución, epigastralgia y hábito intestinal alterado, con elevación de Ca15.3. Se deriva a Medicina Interna (MI) con hallazgos de gastritis con cambios reparativos y divertículos de sigma en colonoscopia. Cuatro meses después acude a consulta para resultado de TAC abdominal (moderada esplenomegalia) presentando síndrome constitucional, disfagia para sólidos y palidez muco-cutánea, derivándose para ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: anemia macrocítica (Hb 5), suero ictérico con bilirrubina indirecta aumentada, requiriendo transfusión. Durante el ingreso en MI se descarta sangrado activo, objetivándose en el frotis: anemia con anisocitosis, hipocromía grave y macrocitosis. Pruebas cruzadas con panaglutinina positivas y Coombs directo positivo para IgG.

Juicio clínico: Anemia hemolítica por anticuerpos calientes (AIHA).

Diagnóstico diferencial: Hemorragia aguda. Reacción hemolítica postransfusional. Efecto secundario de medicación. Enfermedad hemolítica hereditaria.

Comentario final: AIHA es una enfermedad autoinmune, con incidencia anual de 1/35.000-80.000. La más frecuente es por causa adquirida, con mecanismo lesional extracorpúscular, por fagocitosis esplénica. Los anticuerpos implicados más habituales son IgG, reaccionando con antígeno proteico de superficie eritroide a temperatura corporal (anticuerpos calientes 60-70%). En el seguimiento posterior se puede asociar con enfermedad linfoproliferativa o enf. tromboembólica venosa. Para el tratamiento se utilizan inicialmente glucocorticoides. Rituximab, agentes citotóxicos, danazol, inmunosupresores, esplenectomía y globulina inmune, son alternativas para acelerar la respuesta clínica y disminuir la dosis corticoidea. Es importante conocer también las causas más infrecuentes de anemia, para tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial desde Atención Primaria.

Bibliografía

1. Schrier SL, Brugnara C. Warm autoimmune hemolytic anemia: Clinical features and diagnosis. UpToDate, 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/warm-autoimmune-hemolytic-anemia-clinical-features-and-diagnosis>

2. Schrier SL. Warm autoimmune hemolytic anemia: Treatment. UpToDate, 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/warm-autoimmune-hemolytic-anemia-treatment>
3. Zanella A, Barcellini W. Treatment of autoimmune hemolytic anemias. *Haematologica*. 2014;99(10):1547-54.
4. Berentsen S, Sundic T. Red blood cell destruction in autoimmune hemolytic anemia: Role of complement and potential new targets for therapy. *BioMed Research International*. 2015:1-11.

Palabras clave: Anemia. Hemólisis. Autoinmune.