



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

242/1898 - NO TODA ANEMIA ES FERROOPENIA

M. Gragera Hidalgo^a, E. González Márquez^b, M. Barrero Martín^c y M. Pardos Lafarga^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años, independiente y sin AP de interés salvo artritis gótica e HTA. Acude a Urgencias por náuseas sin vómitos, astenia y dolor abdominal generalizado de meses de evolución. Consultó en dos ocasiones a su MAP por astenia, objetivándose descenso de Hb y pautándose tratamiento oral con hierro sin mejoría. A su llegada, regular estado general, ictericia mucocutánea y dolor abdominal generalizado. Se solicita analítica donde se aprecia anemia macrocítica con elevación de bilirrubina y LDH. A la exploración, hepatosplenomegalia que se confirma mediante ecografía. Ante la sospecha de anemia hemolítica autoinmune (presencia de anticuerpos) se realiza frotis sanguíneo y transfusión de 2 CH (metilprednisolona 40 mg previa) e ingreso en Hematología. Ante estos hallazgos (hepatosplenomegalia, masa mediastínica, linfocitosis, anemia hemolítica autoinmune) se realiza citología y biopsia de MO y se solicita TAC toracoabdominal ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo. La paciente fallece a los 5 días del ingreso sin poder completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Ictericia mucocutánea. TA 120/50. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación con predominio en ambos hipocondrios. Hepatosplenomegalia. Analítica: Hb 5,3, VCM 119 HCM 35,3, CHCM 29,6, leucocitos 17.390 (25% linfocitos), plaquetas 292.000, Cr 1,6, LDH 477, bilirrubina total 2,66, bilirrubina indirecta 1,71. Radiografía tórax: masa mediastínica parahiliar derecha a filiar. Ecografía: hepatosplenomegalia. Citología MO: hiperplasia eritroblástica grave. Biopsia MO: infiltración intersticial/nodular por proceso linfoproliferativo B.

Juicio clínico: Hemolítica autoinmune. Proceso linfoproliferativo B.

Diagnóstico diferencial: Anemia macrocítica (déficit B12/ácido fólico, alcoholismo, SMD...). Procesos linfoproliferativos.

Comentario final: La leucemia prolinfocítica (LPL) son un grupo de neoplasias linfoides con características morfológicas (LPL-B y LPL-T), inmunofenotípicas (CD20, CD79b) y moleculares propias. La forma de presentación más frecuente es una enfermedad avanzada, con síntomas B, anemia, esplenomegalia masiva, adenopatías mínimas o ausentes y linfocitosis. Para su diagnóstico requiere ser diferenciada de otros síndromes linfoproliferativos crónicos. La LPL-B, como en este caso, presenta curso clínico agresivo y suele ser refractaria a QT convencional. La primera línea de tratamiento se basa en la combinación de inmunoterapia (fludarabina/bendamustina + rituximab).

Bibliografía

1. Sáenz M, Luchetta P. Prolymphocytic leukemia diagnosis. Ateneo Anatomoclinico. 2015;246-54.

Palabras clave: Anemia. Hepatoesplenomegalia. SMD.