

347/1812 - ¿ASTENIA PRIMAVERAL?

A. Muros Ortega^a, F. Navarro Blázquez^b, A. Fernández Bosch^a y M. Fernández Pérez^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 26 años con vitílico que acude a SU por astenia y cansancio de un mes de evolución. Refiere acidez gástrica acompañante. Ayer un vómito escaso de color oscuro con restos alimentarios y posteriormente 2-3 deposiciones diarreicas sin productos patológicos. No heces negras. No ingesta de AINEs. Hoy, acentuación de la debilidad, y desde ayer se nota muy pálido, con los ojos amarillentos. No fiebre ni coluria franca.

Exploración y pruebas complementarias: Intensa palidez cutánea y mucosa, con ligera ictericia conjuntival. Lengua seca. TA 117/61. FC 78. AC: rítmica, con soplos sistólico II/VI polifocal. AP: MVC bilateral. Abdomen: no masas, megalías ni dolor. Tacto rectal: ampolla vacía, sin heces. Analítica de Urgencias: procalcitonina 0,15. Hb 5,5, Hcto 15,5, VCM 121,1, plaquetas 62.000, leucos 3.670. Bioquímica: Glu 121, urea 21, creat 0,75, GPT 41, LDH 5.392, CK 68. Coagulación y gases venosos sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Pancitopenia secundaria a déficit grave de vitamina B12.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia digestiva. Microangiopatía trombótica.

Comentario final: Tras hallazgos analíticos, desde laboratorio contactaron con Hematólogo que realizó un FSP hallando esquistocitos (morfología de los hematíes presente en algunas anemias y en procesos más graves con la microangiopatía trombótica -MAT- entre otras). Por lo que tuvimos que activar el protocolo de sospecha de MAT. Ante esta situación, pedimos a laboratorio una determinación urgente de ác. fólico y VitB12 ya que la actitud terapéutica variaba desde un tratamiento con Vitamina B12 IM hasta un ingreso en UCI con VVC y plasmaférésis. Al realizar dichas determinaciones, obtuvimos un déficit severo de VitB12 (64,95) y ác. fólico (4,9) por lo que confirmamos diagnóstico. El paciente ingresó en DIG para completar estudio mediante endoscopias (mucosa gástrica de aspecto atrófico) y autoinmunidad. Se dio de alta con VitB12 1.000 ?g IM y ac. fólico 5 mg oral. El déficit de vitamina B12 puede causar desde una mínima anemia hasta, si no se trata, una afectación progresiva de las diferentes líneas celulares plaquetas posteriormente y finalmente leucocitos. Es importante descartar su déficit ante cuadro de astenia prolongada.

Bibliografía

1. Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Moreno Planas JM, Martínez Rodenas P. Actualización en gastroenterología y hepatología. Albacete: Fundación BIOTYC, 2016.

Palabras clave: Vitamina B12. Pancitopenia. Anemia. Microangiopatía.