

## 347/4499 - ASTENIA Y DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

C. Fabrega Alarcón<sup>a</sup>, M. García García<sup>b</sup> y M. Mata Castrillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Buenavista. Toledo. <sup>c</sup>Cl Magán. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 77 años con HTA, diabético, Valvulopatía reumática con prótesis mitral e HTP moderada. FA permanente. Seis meses con astenia y dolor en miembros inferiores, heces explosivas, disnea posteriormente dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 120/70 AC: arrítmico, click valvular AP: MVC Abdomen sin hepatoesplenomegalias MMII: no edemas ni signos de TVP. Creatinina 1,08. FG: 67,7. Glucemia 167. GOT 32. GPT 23. GGT 97. Hb A1C 6,8. Hematíes  $4,16 \times 10^{12}/\text{L}$ . HB 12,7 g/dL. VCM: 89,9 fl. Plaquetas  $83.000 \times 10^9$ . Leucocitos  $4,3 \times 10^9/\text{L}$ , lin 45%. Neu 36,7. Mon 12,2. Eos 5,8. Bas 0,3. Perfil férrico IST 16,6. Ferritina 88,7. Sideremia 61,1. Transferrina 290 ?g/dL. SOH negativa ProBNT 206,8 pg/dL. PCR 5,2. Estudio de coagulación: T protrombina 12% INR 5,2 Tcefalina 43,6 seg. Tcefalina control 30 seg. Fibrinógeno 416 mg/mL. Colonoscopia colitis inespecífica. ECG rs a 74 lpm, eje normal, pr 0,16, no signos de isquemia. Ecocardiografía con dilatación biauricular, resto normal. Radiografía de tórax con índice cardiotorácico normal, sin alteraciones parenquimatosas. Estudio de anemia tras transfusión hematíes  $3,83 \times 10^{12}$  Hb: 11,9 g/dL. Hto 35,4%. VCM 92,4. Plaquetas 83.000. Fórmula normal VSG 88. LDH 741. Bilirrubina total 0,74 Haptoglobina 0,0. Vitamina B12 985,7 pg/mL. 5% blastos.

**Orientación diagnóstica:** Pancitopenia.

**Diagnóstico diferencial:** Cáncer colónico. Insuficiencia cardiaca. Angor no isquémico.

**Comentario final:** Sospechar este síndrome con alteración de las tres series hematológicas. La anemia es normo-macrocítica. Asintomáticos durante mucho tiempo. El tratamiento previo con quimioterapia es un factor de riesgo importante, y la clínica está en relación con el grado de citopenia.

### Bibliografía

1. Burgaleta Alonso de Ozalla C, Alegre Amor A. Manual del médico residente en Hematología y Hemoterapia. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Editores Médicos S.A., 2014.
2. Sánchez García J, Serrano J, García Castellano JM, et al. Síndrome mielodisplásico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2008;10(21):1402-8.
3. Cabañas-Perianes V, Salido-Fiérrez E, García-Candel F, et al. Síndrome mielodisplásico. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11(21):1280-8.
4. López Arrieta JM, De Paz R, Altés A, Del Cañizo C. Síndrome mielodisplásico en el paciente mayor: valoración geriátrica integral y recomendaciones terapéuticas. Med Clín. 2012 138(3):119.

**Palabras clave:** Astenia. Angor.