Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 2964

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/3692 - ¡AY DOCTORA, QUÉ CANSADA ESTOY!

M. Agüero Pereda[a], E. López Garzón[b], M. Sojo Elías[c] y C. López Ruiz[d]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrelodones. Madrid. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Hospital El Escorial. Madrid. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 73 años derivada desde atención primaria a urgencias por cuadro de astenia intensa de unos 15-20 días de evolución, con hiporexia y sensación distérmica no termometrada. Dolor abdominal difuso con náuseas sin vómitos. Ha estado siguiendo una dieta durante mes y media, que abandonó cuando comenzó con el cuadro. No lo relaciona con la ingesta de fabes ni otro alimento. No fotosensibilidad, artralgias ni artritis. No ojo rojo, ni fenómeno de Raynaud. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A 115/40. Fc: 79 lpm. Tª 36,3 ºC. Sat 99%. Regular estado general. Palidez mucocutánea. Consciente y orientada. Eupneica. Tórax: ACP normal. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de forma generalizada. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias. MMII: no edemas. Pulsos distales presentes. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos. Analítica: Hb 5,9 g/dl. Hto: 16,6%. VCM 87,8 fL. Reticulocitos 3,53%. Haptoglobina < 8 mg/dl. Bil total 4 mg/dl. Bil directa 1 mg/dl. AST 81 UI/l. LDH 1.609 UI/l. TSH normal. PCR: 10,65 mg/dl. Analítica en planta: Coombs directo negativo igg (-) C3d (-). Ac. anti nucleares (ANA) Positivo débil título 1/80 patrón granular. Resto de anticuerpos negativos. Factor reumatoide 121,7 UI/ml. HPN negativa. Serologías negativas. Frotis sangre periférica: Frotis compatible con anemia regenerativa, con datos de hemólisis, en principio, no autoinmune (gérmenes y/o parásitos, medicamentos, hiperesplenismo, oxidantes, etc.). TAC toraco-abdominal: sin hallazgos relevantes. Inicialmente la paciente precisa transfusión de hemoconcentrados. Tras el inicio de prednisona 90 mg presenta mejoría clínica y aumento de hemoglobina.

Orientación diagnóstica: Anemia hemolítica intravascular no autoinmune.

Diagnóstico diferencial: Síndrome constitucional. Hemorragia digestiva alta.

Comentario final: Siempre que nos llegue un paciente con anemia, lo primero es buscar la causa que lo ha desencadenado. Y lo segundo, iniciar un tratamiento adecuado a su patología. El manejo del paciente dependerá claramente de la causa, al igual que su pronóstico.

Bibliografía

1. Schrier SL. Diagnosis of hemolytic anemia in the adult. UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hemolytic-anemia-in-the-adult
2. Hoffman R, Benz EJ, Siblerstein LE, et al. Hematology: basic principles and practice. Elsevier, 2018.

Palabras clave: Anemia hemolítica. Prueba de Coombs. Transfusión sanguínea.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.