



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2276 - EL BLANCO NUCLEAR DEL VERANO

E. Rodríguez Marco^a, L. Rodríguez Elena^a, M. Martínez Celdrán^b y J. Silva Pereira Mateus^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamillo. Sevilla. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 62 años sin alergias. Acude en verano a nuestra consulta porque dice estar más blanca que otros veranos a pesar de tomar el sol además de debilidad y astenia generalizada.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 15. Palidez mucocutánea muy llamativa. Eupneica. ACP rítmica y normoventilación. Abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias. Se realiza: AS: hematíes 0,95, Hb 3,2, Hto 9,3, VCM 97,7, HCM 33,7, VitB12 y hierro sin alteraciones. Reticulocitos 0,25%. Haptoglobina 191. Perfil hepático normal. LDH 235. PCR, FR y AC antinucleares (-). RXT masa mediastínica anterior derecha (¿timoma?). Eco abdominal normal. Serología (lúes, VHB, VHC, VIH, Parvovirus B19, VEB) negativo. Se solicita colaboración con hematología: Trasfundimos 2CH: hematíes 1,99 Hb 6,4 Hto 18,3 VCM 91,9. Aspirado medular: práctica ausencia línea eritroide. No linfocitos de fenotipo anómalo. Compatible con eritroblastopenia. TC toracoabdominal: masa sólida mediastínica paracardiaca derecha homogénea, bien delimitada (¿timoma?) RM cardiaca: masa en mediastino anterior prevascular derecho, encapsulada, captación contraste homogénea (¿timoma?). Se realiza cirugía y estudio anatomopatológico (timoma tipo AB estadio II con afectación capsular).

Orientación diagnóstica: Eritroblastopenia secundaria a timoma

Diagnóstico diferencial: Neoplasia linfóide, infección Parvovirus B19, timoma, AR, LES.

Comentario final: Aplasia pura de células rojas (APCR): médula ósea mostrará celularidad y morfología normal, excepto por ausencia de todos los precursores eritroides. Congénita o adquirida: 50% causa idiopática = inmunomediada; el otro 50% causas (timoma, neoplasias linfoides, conectivopatías con alteración inmunitaria (LES, AR), virus (parvovirus B19, hepatitis, VEB), embarazo, fármacos). Timoma: tumor primario más frecuente del mediastino anterior. El 33% son invasivos y el 66% encapsulados. Pacientes con timoma, 5% tendrán APCR y entre los que tienen APCR un 50% tendrán timoma. La anemia puede remitir tras la resección del tumor o bien puede persistir durante años.

Bibliografía

1. Isasa Rodríguez L. A propósito de un caso. 2011.
2. Cruz Conteras LH, Chávez Martínez S. Timoma asociado con aplasia pura de serie roja en una paciente de 78 años de edad. Informe de un caso. Rev Hematología. 2013;14:101-4.

Palabras clave: Eritoblastopenia. Timoma.