

## 347/2278 - HALLAZGOS CASUALES, LA IMPORTANCIA DEL CONTROL ANALÍTICO DE RUTINA. TRICOLEUCEMIA TÍPICA

S. Castro Delgado<sup>a</sup>, M. Contreras Carrasco<sup>b</sup> y P. Barboza Trujillo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Algeciras. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años. AP: Resistencia a proteína C (estudiada en 2004 por herencia familiar). Obesidad. ITUs de repetición en los últimos 3 meses. No tratamiento habitual. Paciente acude a consulta refiriendo astenia acusada de una semana de evolución, alteraciones en los ciclos menstruales de los últimos 3 meses, (última menstruación muy abundante, 2 meses previos sin menstruación). Comenta aparición de equimosis dispersas desde hace 2 meses en MMII y desde hace unos días en manos. No fiebre, no pérdida de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC. Bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo. Glasgow 15/15. ACP: rítmica, no soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas, discreta esplenomegalia. No signos de irritación peritoneal. Murphy y Blumberg negativos. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. Mucosas pálidas. No adenopatías cervicales, axilares, supraclaviculares o inguinales. Equimosis en brazos, manos y rodillas. Tacto rectal: hemorroides externas, no sangrado activo. Guante limpio. Solicitamos: hemograma, bioquímica y coagulación. Hemograma: Hb 7,1, hematocrito 20,6, leucocitos 3.600 (neutrófilos 8,9%, linfocitos 66,1%), plaquetas 34.000, VPM 8,7 fl. Coagulación: TP 15,0, resto normal. Bioquímica: glucemia 101, urea 28, creatinina 0,82, sodio 141, potasio 4,16, PCR 0,32. Ante los resultados el Servicio de Hematología se pone en contacto con nosotros, han valorado frotis sanguíneo: anisocitosis en serie eritroide, trombopenia confirmada, no observan agregados plaquetarios, observan una serie linfoide de linfocitos maduros, neutropenia confirmada, no observan blastos a priori. Recomendaron ingreso hospitalario para estudio de origen de la pancitopenia.

**Orientación diagnóstica:** Astenia, esplenomegalia, pancitopenia, ausencia adenopatías, equimosis.

**Diagnóstico diferencial:** Síndromes mielodisplásicos, mielofibrosis, mieloftisis, linfoma médula ósea, tricoleucemia.

**Comentario final:** Tras estudio se diagnosticó tricoleucemia típica: síndrome linfoproliferativo crónico caracterizado por la presencia en sangre periférica de células linfoides B maduras con citoplasma amplio con prolongaciones, infiltración linfocitaria difusa de la médula ósea y de la pulpa roja esplénica. Edad media 50 años, relación hombre: mujer 5:1. Se realizó tratamiento con cladribina parenteral. Desde Atención Primaria continuamos su evolución y tratamos las complicaciones y eventos que se presentaron durante el proceso. Actualmente en remisión clínica ECOG 0.

## Bibliografía

1. World Health Organization Classifications of Tumors: Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. IARC Press, Lyon 2001.

**Palabras clave:** Pancitopenia. Esplenomegalia. Tricoleucemia.