

347/3565 - MI NIÑO COME MUY MAL

F. López Álvarez^a, P. Peña Guerrero^b, M. Suárez Rodríguez^c y E. Soriano López^d

^aMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Condado Occidental. Huelva. ^bMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Camas. Sevilla. ^cMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Palos de la Frontera. Huelva. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Niño de 3 años, origen árabe, importante barrera idiomática familiar, que acude a consulta de pediatría de atención primaria porque lo encuentran muy cansado, come muy mal y es un niño nervioso e inquieto habitualmente. Vacunación recibida: hepatitis B 3 dosis, DTP-Polio-HiB 4 dosis y meningococo C 1 dosis.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico, ligero tinte ictérico de conjuntivas y palidez cutánea. Ojeroso. Auscultación cardiorrespiratoria corazón rítmico sin soplos. Buena entrada de aire bilateral sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso. Pares craneales normales, tono y fuerza normal. Reflejos osteotendinosos normales. Marcha normal. En analítica de control: hemoglobina 6.8, volumen corpuscular normal, leucocitosis 18.400 (neutrófilos 21%, linfocitos 65%), coagulación normal. Bioquímica: bilirrubina total aumentada 2,92 a expensas de bilirrubina indirecta 2,44, transaminasas normales e hierro aumentado. LDH 770 U/L. Derivo a urgencias de hospital de referencia, para valoración por Pediatría, cursando ingreso hospitalario. Se repite analítica persistiendo anemia normocítica y leucocitosis a expensas de linfocitos, plaquetas normales. Frotis de sangre periférica con importante anisocitosis de serie roja con frecuentes ovalocitos y algunos eliptocitos y drepanocitos, moderada hipocromía, policromatofilia difusa en relación a reticulocitosis. Haptoglobina descendida. Coombs directo negativo. Serología con citomegalovirus infección pasada, resto negativo. Se realiza interconsulta a Hematología, realizándose estudio de hemoglobinas compatible con anemia de células falciformes.

Orientación diagnóstica: Astenia en la infancia con anemia importante en analítica de sangre en paciente de origen africano.

Diagnóstico diferencial: Anemias hemolíticas, infecciones (osteomielitis, neumonía), fenómenos vaso-occlusivos (crisis dolor óseo, abdominal), síndrome torácico agudo, accidente vasculocerebral, secuestro esplénico, síndrome de Gilbert.

Comentario final: Dado la importante migración en nuestro país en los últimos años, la presencia de astenia en la infancia, acompañada de anemia en analítica, en pacientes de origen africano, debe hacernos pensar en anemia falciforme.

Bibliografía

1. Ayala Viloria A, González Torres H, David Tarud G. Sickle Cell Anemia: A review. Salud Uninorte. 2016;32(3):513-527.
2. Rives Solà S. Enfermedad de células falciformes: papel del pediatra. Anales de Pediatría Continuada. 2013;11(3):123-31.

Palabras clave: Anemia. Células falciformes.