

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

## 424/641 - COLOR AMARILLO DE PRONÓSTICO INFAUSTO. LINFOMA NO HODGKIN DETRÁS DE UN DIAGNÓSTICO DE PROBABLE SEPSIS DE ORIGEN BILIAR

A. Alberdi Iglesias<sup>1</sup>, M. Núñez Toste<sup>2</sup>, E. Sarrubbi Rosa<sup>2</sup> y C. Rodríguez Méndez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Magdalena. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años, derivado desde Centro de Salud rural debido a anemia hemolítica por anticuerpos fríos en contexto de probable sepsis de origen biliar. Ingresado en Cirugía General previamente por cuadro de ictericia a estudio, asociando dolor abdominal y fiebre, con realización de CPRE donde se objetivó colelitiasis, practicándose esfinterotomía con extracción de barro biliar. Niega consumo de productos de herbolario, no cambios de medicación. Refiere hiporexia con pérdida de peso no ponderada, sensación nauseosa, así como orina colúrica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, desorientado en tiempo, ictericia franca de piel y conjuntivas. Exploración abdominal dolorosa a la palpación en flanco izquierdo, sin objetivarse signos de peritonismo. Sin masas ni megalías. Murphy negativo. Analítica a su llegada a Urgencias: Hb. 6,3, VCM: 99,5, leucocitos 6.670 (80%N), linfocitos: 52%, plaquetas: 87.000; urea: 81, Cr: 1,31, bilirrubina directa: 25,68, GPT: 31, LDH: 923, PCR: 201, procalcitonina: 0,79. Orina: urobilinógeno: 4. Coagulación: IP 73%. Rx tórax: pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Ecografía abdominal: colecistitis aguda. Esplenomegalia. TAC de abdomen: derrame pleural bilateral, con atelectasia pasiva bibasal de los pulmones subyacentes. Esplenomegalia, con dos zonas de infarto periférico. Numerosas adenopatías retroperitoneales, adyacentes al tronco celíaco, peripancreáticas y en hilio hepático. Microbiología: bilis con Enterococo faecium multirresistente; Serologías/anticuerpos: negativos. Mielograma: médula ósea intensamente hipercelular con grave hiperplasia eritroide. Estudio genético: Compatible con síndrome linfoproliferativo B: lambda. LNH (linfoma no Hodgkin)- B linfoplasmocítico versus LNH B marginal esplénico.

**Orientación diagnóstica:** LNH-B linfoplasmocítico versus LNH B marginal esplénico. El paciente rechaza realización de biopsia, decantándose por un manejo conservador.

**Diagnóstico diferencial:** 1) Infección (ejemplo: neumonía por Mycoplasma pneumoniae), 2) Enfermedad autoinmune (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico) o 3) proceso linfoproliferativo (LNH o macroglobulinemia de Waldenström).

**Comentario final:** El interés de nuestro caso reside en recordar la importancia en la valoración de un trastorno subyacente responsable de una anemia por anticuerpos fríos, especialmente en los adultos mayores y en aquellos con evidencia de un trastorno infeccioso, autoinmune o linfoproliferativo. Ante un síndrome general,

hepato o esplenomegalia, citopenias y/o linfocitosis, lo primero que se debe descartar es una neoplasia.

## Bibliografía

1. Berentsen S. How I manage patients with cold agglutinin disease. Br J Haematol. 2018;181:320.

**Palabras clave:** Anemia hemolítica autoinmune. Linfoma no Hodgkin. Anticuerpos fríos.