

424/942 - CUANDO UN CUADRO DE GASTROENTERITIS SE COMPLICA

P. Jiménez Albarca, B. Sánchez Jiménez y S. Camacho Reina

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años sin AP de interés, que refiere haber sido atendido en el servicio de Urgencias en varias ocasiones por cuadro de vómitos, sensación distérmica termometrada de 37 °C, sudoración profusa de predominio vespertino y astenia de 10 días de evolución sin mejoría clínica. Además comenta que ha presentado epistaxis casi diaria y abundante desde hace 3 días.

Exploración y pruebas complementarias: REG, palidez mucocutánea. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma difusa, no signos de reacción peritoneal. Hepatomegalia y esplenomegalia 1,5 cm por debajo del reborde costal. Adenopatías axilares e inguinales múltiples. Analítica sanguínea: Destaca leucocitosis de 206.000 con 155.000 monocitos, Hb 13,9 y plaquetas 42.000. Se realiza frotis de urgencia objetivándose 95% de blastos. Bioquímica: creatinina 1,43, GOT 210, GPT 110, LDH 6.033, PCR 44. Coagulación: INR 1,6, TP ratio 1,47 y TTPA 1,19. Resto normal. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico, derrame pleural leve izquierdo, no infiltrados parenquimatosos. Estudio de extensión normal.

Orientación diagnóstica: Se deriva de nuevo a Urgencias Hospitalarias y se ingresa a cargo de Hematología por alta sospecha de hemopatía aguda. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante el estudio del aspirado de médula ósea, mostrando un 90% de células plásticas de estirpe linfoide T, compatible con leucemia linfoblástica aguda T.

Diagnóstico diferencial: Artritis crónica juvenil, mononucleosis infecciosa, púrpura trombocitopénica idiopática, anemia aplásica, linfocitosis secundaria a una infección aguda viral, leishmaniasis, síndrome hipereosinofílico.

Comentario final: La LLA comprende el 80% de todas las leucemias agudas en este grupo de edad. Aunque la etiología se desconoce, se han descrito factores predisponentes genéticos, virales y ambientales. El diagnóstico se realiza mediante el aspirado de médula ósea y el tratamiento dura aproximadamente dos años. El pronóstico ha mejorado espectacularmente en las últimas décadas gracias a los nuevos fármacos y al tratamiento adaptado al riesgo de cada paciente. En nuestro caso, nos encontramos con una sintomatología aparentemente benigna, pero de presentación atípica o curso tórpido puede ser el inicio de un proceso neoplásico.

Bibliografía

1. Pui CH, Yang JJ, Hunger SP, et al. Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: Progress Through Collaboration. *J Clin Oncol.* 2015;33:2938-48.

Palabras clave: Leucemia aguda linfoblástica. Diagnóstico.