

424/1753 - MALESTAR GENERAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

J. Turró Planas¹, A. Mora López² y P. Arciello Corredoira³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Palamós. Baix Empordà. Gerona.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Pals. Gerona.³Médico de Familia ABS de Palafrugell. Gerona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 62 años que consulta el servicio de urgencias del hospital por mal estar general de 1 semana de evolución. Además refiere episodios de diarrea y vómitos autolimitados los días previos. También refiere mareos e hipoglicemias (45 mg/dl), que requirieron administración de Glucosmon. Antecedentes relevantes: HIV positivo desde 2006 sin tratamiento activo ni controles desde hace 10 años. Se desconoce carga viral.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 72/47 mmHg; FC: 106 lpm; FR: 36 rpm, Malestar general, sequedad de piel y mucosas. Múltiples lesiones cutáneas con aspecto de hematoma. Lesiones en sacro y glúteos, costrosas y eritematosas. Cardiovascular: pulsos centrales débiles. Tones cardiacos audibles sin soplos. Respiratorio: murmullo vesicular conservado, roncus dispersos. Abdomen: sin peritonismo, sin masas ni visceromegalias, molesto a la palpación. Neurológico: Glasgow 15, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos. Analítica: pH a: 7,074; pCO₂ a: 15,3 mmHg;; Bic a: 4,4 mmol/L; EB a: -23,6 mmol/L. Urea: 136,97 mg/dL; creatinina: 5,25 mg/dL; Na: 122,71 meq/L; K: 7,48 meq/L. Leucocitos: 13,74 × 10³?L; hemoglobina: 16,29 g/dL; hematocrito: 50,29%; plaquetas: 43,00 × 10³?L; PCR: 196,39 mg/L; glucemia urgencias: 44,00 mg/dL. Rx tórax: no condensaciones. Se inician medidas correctoras de iones y glucosa. Recuperación de cifras de TA. Corrección parcial del pH.

Orientación diagnóstica: Sepsis de origen desconocido.

Diagnóstico diferencial: Neumonía bacteriana, neumonía por Pneumocistis, Mycobacterium avium, linfoma no Hodgkin, sarcoma de Kaposi.

Comentario final: Ingresa en la UCI de hospital de referencia y se realiza fenotipado linfocitario con fenotipo compatible con linfoma B de alto grado, probablemente leucemia de Burkitt/LAL3. A los 4 días de ingreso es exodus. El linfoma de Burkitt es un linfoma no Hodgkin de crecimiento muy rápido, que se origina a partir de los linfocitos B. Es más habitual en jóvenes (varones) y en pacientes con sida. Se disemina rápidamente hacia médula ósea, sangre y SNC. Sin tratamiento, el linfoma de Burkitt es rápidamente mortal.

Bibliografía

1. Swerdlow SH, Campo E, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*. 2016;127:2375-90.

Palabras clave: Inmunosupresión. Linfoma de Burkitt.