

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

424/3676 - UNA ANEMIA INFRECUENTE

V. Hernández Díez¹, M. Ortiz del Amo², M. Rodríguez Prieto³ y A. Estropa Zapater³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital 12 de Octubre. Madrid.²Médico de Familia. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años natural de Marruecos en situación de riesgo social (menor inmigrante sin familiares en España), que realiza tratamiento de tuberculosis pulmonar (actualmente con isoniacida y rifampicina tras 2 meses de isoniacida, rifamicina, pirazinamida y etambutol). Acude a consulta del centro de salud por astenia en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. TA: 124/60. Ictericia mucosa, no cutánea. AC: rítmica, sin soplos, 100 lpm. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. EEII: no edemas. Ante el cuadro clínico y la exploración se decide solicitar analítica: Hemograma: Hb 8, Hematocrito 24,7, HCM 28,3, VCM 87,5. Plaquetas 207.000. Leucocitos 8.200, fórmula normal. Bioquímica sin alteraciones salvo bilirrubina 1,6. Tras los resultados el paciente es remitido a urgencias hospitalarias con sospecha de anemia hemolítica secundaria a fármacos (isoniazida y rifampicina). Se repite analítica con test de Coombs negativo y estudio de reticulocitos, elevado. Finalmente es derivado a consultas de Hematología para completar estudio, confirmándose disminución de los niveles de glucosa 6-P-DH intraeritrocitaria (2,00 UI/gHb).

Orientación diagnóstica: Anemia normocítica normocrómica por déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.

Diagnóstico diferencial: Otras anemias normocíticas normocrómicas como son de tipo inflamatorio (la más frecuente), anemias hemolíticas, secundarias a fármacos o hereditarias como esferocitosis hereditaria; o anomalías en médula ósea (aplasia medular, leucemias, mielomas o mielopatía).

Comentario final: Aunque inicialmente sospechamos una anemia hemolítica secundaria a fármacos debemos profundizar en el estudio de las anemias para poder diagnosticar entidades menos frecuentes como la que nos ocupa. En el déficit de G6PDH la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos y cuando aparece la clínica ésta se asocia con cuadros de hemólisis, desencadenada por algunos fármacos (como en este caso), infecciones o alimentos siendo el principal cuidado de estos pacientes el de evitar los desencadenantes conocidos de la hemólisis, así como evitar la toma de algunos medicamentos y acudir a su médico ante cuadros infecciosos.

Bibliografía

1. Leung L. Hemolytic anemia due to drugs and toxins. UpToDate. 2017.
2. Moraleda JM. Pregrado Hematología, 4^a ed. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. 2017.

Palabras clave: Anemia. Hemólisis. Fármacos.