



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2315 - UNA ASTENIA NO EXPLICADA POR NINGUNA PRUEBA

M. Vargas Ucles¹, M. Calvet Valera², M. Valls Gay¹ y M. Cuevas¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Roquetes-Canyelles. Barcelona. ²Médico de Familia Centro de Salud Roquetas Canyelles. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 64 años de edad sin hábitos tóxicos, sin factores de riesgo cardiovascular y con antecedentes de trastorno adaptativo. Destaca IMC 19 kg/m². Acudió a Urgencias de Atención Primaria por cuadro de astenia severa de meses de evolución, que en los últimos días se acompañaba de mareos, sensación nauseosa y fatiga. No refería pérdidas sanguíneas. Menopáusica. Se realizó una exploración física en la que destacaba regular estado general, palidez cutánea generalizada, ORL anodino, neurológico normal. Auscultación cardiopulmonar normal. Sin edemas, abdomen anodino. Tacto rectal negativo. Se solicitó una analítica general detectándose una hemoglobina de 6 g/dL. La paciente fue derivada a urgencias hospitalarias para transfusión.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias se realizó: ECG: ritmo sinusal, regular a 55 lpm, eje 30°, sin signos de isquemia. Rx de tórax normal. Analítica: Hb 6,6 g/dL, hematocrito 26%; VCM 60,6 fl, HCM 15,1 pg, CCHM 250 g/dL, plaquetas 481.000 10³ u/l. Ferritina 2,2, ERS 34. Se transfunden dos concentrados de hemáties y es remitida a la Unidad de Diagnóstico Rápido del hospital, donde se realiza el estudio de anemia. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: TAC toracoabdominal con contraste: normal. Analítica de estudio: VSG 7, Hb 9,7 g/dL, VCM 67 fl, creatinina 0,6, FG > 90, bioquímica hepática normal, Fe 5,6, ferritina 4,8; CEA 4, Ac anti-transglutaminasa normales. Sangre oculta en heces: negativa. Fibrogastroscoopia: normal. Colonoscopia: normal.

Orientación diagnóstica: Anemia ferropénica secundaria a desnutrición.

Diagnóstico diferencial: Anemia ferropénica por: Pérdidas digestivas (por una enfermedad ulcerosa péptica, neoplasias malignas, hemorroides...); Sangrados menstruales; Sangrado intestinal debido a infección por anquilostoma; Hemorragia pulmonar recurrente (hemorragia alveolar difusa) y la hemólisis intravascular crónica; Situaciones de mayor requerimiento de hierro (nacimiento, adolescencia, embarazo y lactancia; Disminución de la absorción de hierro (gastrectomía o síndromes de malabsorción como enfermedad celíaca, gastritis atrófica y aclorhidria); Rara vez, la absorción disminuye por privación dietética secundaria a desnutrición.

Comentario final: La paciente volvió a acudir a su médico de familia e indagando en la alimentación de la paciente, confesó que llevaba muchos años realizando una restricción alimentaria voluntaria. Se contactó con psiquiatría y se solicitó una valoración por sospecha de trastorno adaptativo asociado a trastorno de la alimentación.

Bibliografía

1. https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/anemias-causadas-por-deficiencia-de-la-eritropoyesis/anemia-ferrop%C3%A9nica#v969019_es

Palabras clave: Anemia. Ferropenia. Malnutrición.