



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 349/33 - LA PUNTA DEL ICEBERG

D. Fernández Valdivieso<sup>1</sup>; G. Alonso Sánchez<sup>2</sup>; G. Muñoz Saura<sup>3</sup>; M. Fernández Rodríguez<sup>4</sup>; B. Martínez Baeza<sup>5</sup>; C. García-Giráldez Núñez<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año. Orihuela. Alicante.; <sup>2</sup>Médico Residente de 3er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; <sup>3</sup>Médico Residente de 3er año. Talavera de la Reina. Toledo.; <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año. Caravaca de la Cruz. Murcia.; <sup>5</sup>Médico Residente de 1er año. Caravaca de la Cruz. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años que acude a nuestra consulta de primaria por sangrado nasal cuantioso sin antecedente traumático previo ni toma de tratamiento anticoagulante. No reacciones alérgicas medicamentosas. Antecedente de cáncer de mama intervenido hace 15 años.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales: tensión arterial 133/74, frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto, Saturación 96%. Exploración física: sangrado nasal anterior abundante, no pulsátil. Destaca delgadez, palidez mucocutánea y hematomas en tronco y extremidades de distintos grados de evolución. Así mismo, palpamos tumoración supraclavicular derecha dura e inmóvil, ante lo cual solicitamos: 1) radiografía de tórax (disponible en nuestro Centro de Salud) donde objetivamos imágenes pulmonares nodulares agrupadas en zona apical de pulmón derecho, 2) analítica: hemoglobina 7,8 g/L, hematocrito 23 %, volumen corpuscular medio 110, plaquetas 21.000, neutrófilos 0,41 (5,3%), y células grandes no identificadas 34,4%, fibrinógeno ligeramente elevado 643 mg/dl e índice de Quick 84%, observándose por tanto, discrasia sanguínea tipo pancitopenia. Tras este diagnóstico cursamos interconsulta preferente al hematólogo quien tras estudio de frotis sanguíneo, inmunocitoquímica y biopsia de médula ósea, concreta el diagnóstico de Leucemia Mieloide aguda con signos displásicos de mal pronóstico.

**Juicio clínico:** Leucemia mieloide aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Linfadenopatía generalizada, enfermedad renal crónica, Leucemia mieloide crónica, Síndrome mielodisplásico, Recuperación medular de ataque tóxico.

**Comentario final:** Resaltar que el carácter a priori benigno de una epistaxis disminuye drásticamente en personas mayores de 60 años, en éstos la presentación de esta entidad sin antecedentes farmacológicos ni traumáticos previos, nos obliga a descartar una etiología sistémica que haya debutado de esta forma, siendo importantísimo hacer una buena anamnesis y una exploración física exhaustiva y analítica general. Un diagnóstico lo más precoz posible por el médico de primaria es crucial y posible si estamos atentos a esas “puntas de hielo”, que dependiendo del contexto, pueden ser la primera evidencia de un gran y fatídico iceberg.

### Bibliografía

Sánchez Gómez (ed). Otorrinolaringología en Atención Primaria: Guía práctica para el manejo de procesos otorrinolaringológicos. 2012. p.123-31.

Villwock JA, Jones K. Recent trends in epistaxis management in the United States: 2010. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 1269-1279.