



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-218 - DISNEA SIN CAUSA CARDÍACA NI PULMONAR CLARA

I. Llario^a, J. Mansilla^b, C. Moncho^a, A. Cuquerella^a y V. Peiró^a

^aHospital Lluís Alcanyís. ^bPsiquiátrico Bétera.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 73 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes patológicos de polimiositis reumática en tratamiento con corticoides, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75 mg, osteoporosis y Fa anticoagulada con sintrom. Acude al centro de salud de Villanueva de Castellón por disnea intermitente de DOS meses de evolución que ha ido en aumento en los últimos días hasta hacerse a mínimos esfuerzos, impidiéndoles en algunas ocasiones realizar las actividades de la vida cotidiana. No presenta dolor torácico ni abdominal. No disminución de la diuresis. No clínica infecciosa respiratoria. Febrícula y tos sin expectoración de 24h de evolución. No sangrados activos ni melenas. Orinas oscuras. Subictericia.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,5 °C. TA: 100/60. SatO₂: 95%. FC 70. Paciente consciente y orientada. No focalidad neurológica. REG, discreta palidez muco-cutánea. Subictericia. Eupneica. No adenopatías. Auscultación cardiorrespiratoria: arrítmica. Crepitantes en campo medio derecho. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. No visceromegalias. Extremidades inferiores sin edemas, con pulsos presentes y simétricos. No signos de TVP. Presenta dermotosis ocre. Tacto rectal: presencia de heces en débil, no restos hemáticos. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, BIRDHH, PR normal, no lesiones de isquemia aguda, conducción iv normal. Hemograma: leucocitos: 11.700 (N: 76,5%), hematíes 2,1, hemoglobina 6,7 g/dl, hematocrito 20%, VCM: 94, HCM: 32,3, ADE: 17,4, plaquetas 347.000. Bioquímica: glucosa 99 mg/dl, urea 20 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, sodio 135 mmol/l, potasio 3,7 mmol/l, NT-proBNP 500 pg/ml, CK 50 UI/l, troponina T 8 ng/l, PCR 14 mg/dl. LDH 515, Br 2.3, GOT 15, GPT 10. Vit B12 240 pg/ml, ác. fólico 160 mEq/l. Hemostasia: Quick 100%. Rx tórax: no signos de insuficiencia cardíaca, no se aprecian condensaciones ni infiltrados alveolares.

Juicio clínico: Anemia hemolítica (anemia normocítica normocrómica regenerativa).

Diagnóstico diferencial: Anemia por procesos crónicos (infecciosas, enfermedades inflamatorias, neoplasias, IRC, hepatopatía crónica, endocrinopatías). Anemia ferropénica. Anemia megaloblástica. Aplasia medular. Invasión medular. Síndromes mielodisplásicos.

Comentario final: La anemia hemolítica se produce por destrucción prematura de los eritrocitos, a lo que la médula responde con aumento de la eritropoyesis. Los pacientes pueden presentar ictericia, en casos de hemólisis crónica esplenomegalia, y en caso de aguda puede acompañarse de fiebre, escalofríos, dolor lumbar y/o abdominal, y si es muy intensa, orinas oscuras y estado de shock. Se identifica por presencia de anemia normo o macrocítica acompañada de cinco signos característicos: reticulocitosis, hiperplasia eritroide en MO, elevación de LDH, hiperbilirrubinemia no conjugada y descenso de la haptoglobulina. En casos

agudos puede existir hemoglobinuria. Es importante hacer una anamnesis exhaustiva para conocer su etiología: edad de aparición de la hemólisis, antecedentes familiares, el origen del enfermo, el consumo previo de fármacos o determinados alimentos, antecedente de infecciones bacterianas o virales, transfusiones previas, presencia de prótesis valvulares metálicas. El tratamiento: administración de corticoides con dosis altas de inicio (1-2 mg/kg/días durante 10-14 días) y posterior descenso gradual en semanas o meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 7^a ed. Hospital Universitario 12 de Octubre.