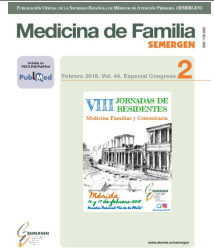




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

61 - UNA PÉRDIDA DE PESO SOSPECHOSA.

M.L.C Núñez Hernández¹, M. Molano Camacho², M.A. de Santiago Rodríguez³, T. Gadeo Moreno¹, M. Pacho Martín¹, B. Cruz Bernet¹,

¹R1 MFyC. UD. Plasencia (Badajoz). ²R3 MFyC. UD Plasencia (Cáceres). ³Médico Adjunto MFyC. C.S. Plasencia III (Cáceres).

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años enviado a Urgencias por su MAP por alteraciones en la analítica, astenia y anorexia (pérdida de 10 kg en 20 días), náuseas, vómitos y dolor abdominal continuo. No fiebre no diarrea, no clínica miccional ni otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/66, FC 90 lpm. CyC: adenopatías palpables en cadena laterocervical izquierda. Auscultación pulmonar con hipofonesis generalizada, sin ruidos. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, esplenomegalia palpable. Analítica: leucos 16.400; hematíes 4.260.000; Hb 9,5, Hematocrito 32%; plaquetas 66.000. LDH 255 UI/L, Cr 1,21 mg/dl; PCR 6 ng/ml. Vitamina B12 851, hierro 23 mg/dl, ferritina 15,5 mg/l, transferrina 349 mg/dl. IgG 673, IgA 122, IgM 77. ECG y Rx tórax normales. Rx abdomen con esplenomegalia. En Eco abdomen marcada esplenomegalia, leve hepatomegalia sin lesiones focales. Sangre periférica: Serie roja: hipocromía, anisocitosis, poiquilocitosis, sin punteado basófilo. Reticulocitos 100. Fórmula manual: 52% segmentados, pelgeroides y no segmentados. 1% mielocitos, 40% monocitos, 2% blastos y 5% linfocitos. Plaquetas: anisotrombia marcada. Se realiza endoscopia digestiva alta donde se observan angiectasias pilóricas y pangastritis. En colonoscopia múltiples pólipos y diverticulosis.

Juicio clínico: Síndrome mielodisplásico. Anemia ferropénica.

Diagnóstico diferencial: Hemorragia digestiva, Déficit de vitamina B12 o ácido fólico. Aplasia medular.

Comentario final: La mayoría de los casos se dan en personas ancianas y se opta por tratamiento sintomático de soporte, con transfusiones de hematíes y antibióticos si aparecen infecciones. El único tratamiento curativo, que se emplea en pacientes jóvenes es el trasplante de progenitores hematopoyético. También la lenalidomida es una opción.

Palabras claves: anemia, trombopenia, esplenomegalia, síndrome mielodisplásico.

Bibliografía

Guías españolas de diagnóstico y tratamiento de los síndromes mielodisplásicos y la leucemia mielomonocítica crónica. GESMD. SEHH. Hematológica. 2012; 97 (supl 5): 1-60.