



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2436 - DEL SANGRADO ORAL A LA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA

G.R. Burgos Valverde<sup>a</sup>, A.M. Iglesias Docampo<sup>b</sup>, S. Medrano Sanz<sup>b</sup>, P. Altozano Rodulfo<sup>a</sup>, A. Alonso Pacho<sup>a</sup>, M. Goicoechea García<sup>a</sup>, A. Cano Espín<sup>b</sup>, A. Menéndez Muñoz<sup>a</sup> y J.I. Turrientes García-Rojo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud García Noblejas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 68 años con antecedentes de DM tipo 2 y HTA con buen control. Intervención de sinusitis hace 10 años. En tratamiento con enalapril, hidroclorotiazida, amlodipino y metformina. Acude a la consulta por odinofagia de 4 días de evolución con sensación febril y astenia.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración se observa un pequeño sangrado oral y un pequeño hematoma en la base de la úvula derecha. No masas ni adenopatías. Equimosis espontáneas en miembros. Se solicita analítica con resultado: Hb 9,9, plaquetas 7.000, monocitosis 5.950, no leucocitosis, PT 16, INR 1,34, PTT 28, fibrinógeno 450. Se le deriva a urgencias por plaquetopenia grave y anemia. El paciente presenta buen estado general, no fiebre ni síndrome constitucional. Estando en urgencias hace pico febril, le valora hematología y le realizan un frotis de sangre periférica compatible con leucemia aguda promielocítica. El paciente comienza de urgencia su tratamiento con ATRA y dexametasona. Se le realiza una biopsia de M.O confirmándose el diagnóstico. Posteriormente un cariotipo con resultado de traslocación t(15;17)(q24;q21) y una trisomía de cr. 8 y 13.

**Juicio clínico:** Leucemia aguda promielocítica

**Diagnóstico diferencial:** Tumor ORL, Plaquetopenias, Patología faríngea, discrasias hematológicas.

**Comentario final:** La leucemia mieloide aguda es el tipo más común de leucemia aguda en adultos. Los síntomas son consecuencia de la anemia (sensación de cansancio, debilidad, mareos, palidez); del déficit de plaquetas (hematomas, hemorragias de encías, nasales o de cualquier otro foco); y del déficit de granulocitos (fiebre e infecciones). En ocasiones puede observarse el crecimiento de los ganglios linfáticos, el hígado o el bazo. El 90% de los pacientes alcanzan la remisión completa con el tratamiento de inducción y el 99% alcanzan una remisión molecular tras la consolidación, con una supervivencia esperable a los 5 años superior al 85%, siendo excepcionales las recidivas después de éste momento.

### Bibliografía

1. Milanés MT, Losada R, Hernández P, Agramante O, Rosell E. Aspectos clínicos y epidemiológicos de la leucemia mieloide aguda en el anciano.

2. Lozano ML, Navarro-Núñez L, Martínez C, Rivera J. Alteraciones de las plaquetas. Etiopatogenia, clasificación. Medicine.

**Palabras clave:** *Sangrado oral. Leucemia promielocítica aguda.*