



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/23 - DOCTOR, ME PICA TODO EL CUERPO...

A. Martínez Sánchez<sup>a</sup>, M. Sánchez Sánchez<sup>b</sup>, I. Peral Martínez<sup>a</sup>, M. Serna Martínez<sup>c</sup>, M. Cano Torrente<sup>d</sup> y M. Martos Borrego<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años sin antecedentes médicos de interés, consulta en Atención Primaria por cuadro de cefalea holocraneal, sudoración profusa y prurito generalizado que empeora tras baño caliente, de un mes de evolución. Tras el aumento de hemoglobina detectado en analítica solicitada por su médico de Atención Primaria, comienza a recibir tratamiento con flebotomías. En una revisión a los tres meses se detecta trombocitosis y leucocitosis pautaándosele hidroxiurea. Posteriormente presenta mareos, hiperpigmentación y descamación cutánea a nivel de la cara, por lo que al sospechar intoxicación farmacológica se aplica tratamiento de segunda línea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Afebril. TA 128/79 mmHg. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, depresible sin masas ni organomegalias. Piel: rubicundez facial. No adenopatías periféricas. Analítica: glucosa 92 mg/dL; creatinina 0,85 mg/dL; LDH 221 U/L; Hb 18,5 g/dL; Hto 54,9%; VCM 79,4 fL; plaquetas 280.000; leucocitos 8.500. Tras 3 meses de tratamiento: Hb 17,2 g/dL; Hto 45%; VCM 79,2 fL; plaquetas 680.000; leucocitos 19.500. Con tratamiento segunda línea: Hb 12,7 g/dL; Hto 41%; VCM 75,5 fL; plaquetas 223.000; leucocitos 7.500. Ecografía abdominal: esplenomegalia 14,9 cm, ecoestructura homogénea. Biopsia y aspirado médula ósea: hiper celularidad 3 series. No fibrosis. JAK-2 heterocigoto; BCR/ABL negativo.

**Juicio clínico:** Síndrome mieloproliferativo crónico: policitemia vera.

**Diagnóstico diferencial:** Poliglobulias secundarias. Leucemia mieloide crónica. Mielofibrosis primaria. Trombocitemia esencial.

**Comentario final:** Desde Atención Primaria debemos tener en cuenta que la presencia de síntomas inespecíficos como prurito generalizado pueden no ser por enfermedad dermatológica o alérgica, también está presente el componente hematológico que puede debutar con dicha clínica por lo que hay que realizar correcta anamnesis y analítica sanguínea si sospechamos dichos cuadros. En segundo lugar hay que realizar seguimiento de la evolución del paciente desde Atención Primaria para valorar las toxicidades farmacológicas que puedan aparecer dando una clínica que pueda simular otras patologías para así poder informar al especialista por si nuestro paciente está

presentando efectos adversos del fármaco y así poder cambiar a una segunda línea de tratamiento.

## **Bibliografía**

1. Álvarez-Larrán A, Cervantes F. Policitemia Vera. En: Sanz MA, Carreras E. Manual práctico de hematología clínica, 5ª ed. 2015:223-8.
2. Barbui T, Finazzi G, Specchia G, et al. Cardiovascular events and intensity of treatment in polycytemia vera. *New Engl J Med.* 2013;368:22-33.