



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-118 - PENDIENTE DE UN HILO

J.L. Cepeda Blanco, N. Ovalle González, R. Segura Granada, R. López Sánchez, L. Alli Alonso y J. Villar Ramos

CS Camargo Costa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, no visto por su MAP desde hace años, acude a consulta por inestabilidad de la marcha y astenia de 1 mes de evolución. Fumador de 40 paq-año y bebedor de 20 UBE diarios, HTA, DM2 sin tratamiento por negativa del paciente, glaucoma. Hermana con enfermedad de Crohn. Desde hace 1 mes dificultad para deambulación por pérdida de fuerza EEII y parestesias. El cuadro comenzó lentamente y ha ido aumentando progresivamente. Asocia oliguria, disuria y disminución del ritmo deposicional (última hace 2 días), cambios en consistencia y color de las heces, que no sabe precisar. Desde hace 2 semanas también presenta anorexia, náuseas y vómitos alimenticios y pérdida de 4 kg de peso. Impresiona el color cinéreo de piel y mucosas, desprende un olor pútrido. Acude en silla, no puede caminar, está agitado, sudoroso. Enfadado y a la defensiva durante la entrevista, responde de manera confusa y escueta. Dada la mala coloración y aspecto general del paciente remitimos a urgencias para estudio analítico.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,3 °C, TA: 130/80 mmHg, Fc: 95 lpm, SatO₂: 96%. REG, palidez cutánea y de mucosas, obeso, bien hidratado. Consciente y orientado. Sin adenopatías ni ingurgitación yugular, Ac: rítmico, sincrónico, sin soplos. Ap: MVF. Abdomen: globuloso, no doloroso, sin signos de defensa. RHA +. EEII: Sin edemas ni signos de TVP, fuerza y sensibilidad conservadas. Marcha tabética. Tacto rectal: anodino, heces de consistencia y coloración normal. Pancitopenia con células inmaduras sugestivo de anemia megaloblástica. Leucocitos: 1.700, plaquetas: 15, hematíes: 970, hemoglobina: 4 g/dl. VCM: 124 fl, HCM: 41,4 pg. Glucosa: 185, AST: 44, ALT: 42, GGT: 68, K: 3,4, PCR: 3.4, filtrado: > 90. Hierro: 28, saturación de Tf: 10%, zinc: 75. Albúmina: 53,1%, Serologías: VIH-, *T. pallidum*-, VHBs A+, VHB anti HBe+, resto negativo. Inmunología: Ac-anti FI, anti-células parietales, Anti-cerevisiae IgA e IgG: Negativos. Rx tórax: normal. Eco: hepatopatía con esteatosis e hipertensión portal. Endoscopia digestiva alta: esofagitis péptica grado B + hernia de hiato.

Juicio clínico: Anemia megaloblástica por déficit de B12 y ácido fólico.

Diagnóstico diferencial: Sospechamos de enfermedades neurológicas (miastenia, radiculopatías, procesos infiltrantes), cardíacas (ICC) y hematológicas (aplasia medular, a. ferropénica, a. megaloblástica...) de etiología hemorrágica, tumoral, malabsortiva, asociada a fármacos, etc.

Comentario final: Durante el ingreso se transfunden 4CH normalizando hemoglobina. Se trata con cianocobalamina y AF con dieta rica en verduras y carne objetivándose mejoría analítica y sintomática. Alta a domicilio tras 13 días de ingreso. Destaca la importancia de la relación médico-

paciente y de las actividades preventivas en pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ambas constituyen una herramienta fundamental para atajar de base cuadros como este, así como para propiciar la consulta y prevención de las consecuencias de estos hábitos tóxicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Paz R. Anemia megaloblástica. *Med Clin.* 2006;125:185-8.
2. Wiersinga WJ. Diagnosis of vitamin B12 deficiency revised. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005;149:2789-94.