



160/434 - Cansancio en mujer de 70 años. Un caso de Atención Primaria

L. Gómez Bonillo, R.L. Vázquez Alarcón y S. Pérez Gómez

Médico de Familia. Centro de Salud Vera. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes familiares: hijo fallecido por ca. gástrico. Antecedentes personales: HTA. IABVD. Anamnesis: mujer de 70 años, que acude a consulta por astenia y deterioro clínico de varias semanas de evolución, con hiporexia y aparente pérdida de peso. No sangrado a ningún nivel ni fiebre. Se le prescribe antibiótico y diurético tras valorar Rx tórax, pero persiste mal estado general, con marcada palidez. Se le solicita tras 10 días analítica donde se aprecia anemia y leucocitosis. Se deriva a urgencias hospitalarias para valoración, a su llegada le realizan TC tórax, después se ingresa en planta y termina de realizar pruebas diagnósticas.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, palidez cutáneo mucosa, no adenopatías periféricas. ACR: tonos rítmicos, con crepitantes bibasales. Pruebas complementarias: Rx simple de tórax: derrame pleural bilateral, ensanchamiento mediastínico. Analítica: Hb: 8,8. L: 14.240 (30% LUC), plaquetas 167.000. LDH: 126.210, glu: 216, creat: 1, AST: 43,9, GGT: 48, FA: 127, PT: 4,99. Serología normal. TC toraco-abdominal: derrame pleural bilateral de predominio derecho, con atelectasias subsegmentarias en LID y LM. Los parénquimas están correctamente ventilados, sin alteraciones valorables. A nivel mediastínico se observan múltiples adenopatías, con conglomerado de aproximadamente 7,7 × 5,3 × 7,8 cm de predominio paratraqueal derecho. Hígado normal, porta normal, páncreas normal. Múltiples adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. Bazo normal. Ecocardio normal. Líquido pleural: pH 7,4, hematíes 37.000; leucocitos 14.984 (8% PMN y 93% MN). Glu: 213, prot totales 2,63 g/dL, LDH: 61.000, ADA: 16,4. Citología líquido pleural: infiltrado celular atípico de características blásticas-linfoideas. Cultivos negativos para: líquido pleural, esputo, orina y cultivo de catéter. Biopsia de médula ósea: hipercelular, con infiltración blástica masiva por elementos de hábito linfoide. Inmunofenotipo: 79% presenta inmunofenotipo B homogéneo patológico, positivas para CD10, CD9, CD 19 y CD20, CD24, CD 38, CD49 y CD79a.

Juicio clínico: Leucemia/linfoma linfoblástico de células B. Masa mediastínica y derrame pleural derecho. Aplasia posquimioterapia. Evolución: al ingreso eupneica y estable, presenta rápido deterioro del estado general, con disnea de mínimos esfuerzos, y derrame pleural, así como oliguria. Se inicia tratamiento con esteroides por sospechas de Leucemia/linfoma linfoblástico de células B así como bolos hiperfraccionados de ciclofosfamida, junto con rasburicasa y 5 días después se inicia QMT, recibiendo únicamente las 2 primeras dosis semanales, con mejoría pero profunda aplasia post-QMT que obliga suspensión de QMT. En seguimiento actualmente por unidad de paliativos, con deterioro precoz del estado general.

Diagnóstico diferencial: Anemia, neumonía, insuficiencia cardíaca, leucemia linfocítica crónica, linfoma, púrpura trombocitopénica, aplasia medular, linfocitosis atípica de la mononucleosis o pertusis, síndrome mielodisplásico. VIH, VHB, lúes.

Comentario final: Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para detectar posibles causas de deterioro en ancianos, así como realizar las pruebas complementarias que tenemos disponible al alcance de Atención Primaria, como son la radiografía de tórax y análisis de sangre, donde pudimos comenzar a estudiar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega Sánchez M, Osnaya Ortega ML, Rosas Barrientos JV. Leucemia linfoblástica aguda. Med Int Mex. 2007;23:21-3.
2. García JF, Piris MA, Morente MM. Procesos linfoproliferativos no Hodgkin de células B. Rev Esp Patología. 2004;37:2.