



## 160/314 - ALARMAS EN UNA ANEMIA NORMOCÍTICA

M. Álvarez<sup>a</sup>, B. García López<sup>b</sup>, J. Fernández Cuevas<sup>c</sup> y L. López Álvarez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Trasona. Las Vegas. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Las Vegas. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Área III. Avilés. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 58 años, con hipertensión arterial y colecistectomizada como únicos antecedentes, que acude a su médico de cabecera con astenia y mareo de dos semanas de evolución. A la exploración se observa palidez cutáneo mucosa evidente y ligera taquicardia, se solicita analítica y se observa una anemia normocítica con VCM límite con función renal y hepática normales, de modo que se solicita nueva analítica con reticulocitos. A los tres días acude a Urgencias del Centro de Salud por empeoramiento, con disnea de mínimos esfuerzos y clínica miccional con orinas oscuras. Se objetiva febrícula y una muestra de orina colúrica con tira reactiva positiva para leucocitos y sangre. Se deriva a Urgencias para pruebas complementarias detectándose anemia grave con datos compatibles con hemólisis además de infección urinaria. Se inicia corticoterapia y transfusión y se ingresa en Hematología con el diagnóstico de sospecha de anemia hemolítica, confirmándose una anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes con un Coombs directo positivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 130/80. Saturación de oxígeno 97%. Temperatura 37,5°. Palidez con cierto tinte icterico. Auscultación cardiaca ruidos cardiacos rítmicos a 125 lpm. Auscultación pulmonar sin ruidos añadidos. Exploración abdominal sin masas ni megalias con cicatriz de laparotomía. No edema maleolar. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 120 lpm. Radiografía de tórax: normal. Bioquímica: glucosa función renal iones y PCR normales. Bilirrubina total 1,51 y directa 0,56. LDH 445. Sistemático de orina: leucocitos 4+, nitritos +, proteínas+, urobilinógeno+. Hemograma: serie blanca y plaquetas normales, hemoglobina 4 con hematocrito 12,5% y volumen corpuscular medio de 105,9. Reticulocitos 236,2, 19,68%. Frotis intensa anisopoiquilocitosis con esferocitos > 50% y eritroblastos 3%. Hemostasia y coagulación normales. Coombs directo positivo, ANAs negativo, complemento normal, proteinograma hipergammaglobulinemia policlonal, CMV y VEB inmune, toxoplasma negativo, VHB inmune. VIH y VHC negativo. Ecografía de abdomen normal.

**Juicio clínico:** Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes.

**Diagnóstico diferencial:** Anemia normocítica y macrocitosis leve: tuberculosis. Infección de orina. Úlceras por presión. Bronquiectasias. Endocarditis infecciosa. Osteomielitis. Carcinoma metastásico. Carcinoma renal. Linfoma. Alteraciones reumatológicas: polimialgia reumática, arteritis de la

temporal. Panarteritis nodosa. Artritis reumatoide. Malnutrición. Insuficiencia renal. Insuficiencia hepática. Alteraciones endocrinas. Síndrome mielodisplásico. Anemias hemolíticas. Alcoholismo.

**Comentario final:** La anemia es una patología frecuente en las consultas de Atención Primaria y es descubierta en muchas ocasiones por medio de un análisis de sangre solicitado por otros motivos. Entre las causas más frecuentes en este ámbito asistencial se encuentran la ferropenia, la inflamación crónica y los déficits de vitamina B12 y ácido fólico. Las anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) son un conjunto de entidades patológicas caracterizadas por una disminución de la vida media de los hematíes por destrucción temprana de los mismos como consecuencia de la existencia de autoanticuerpos. Aunque menos frecuentes, son enfermedades que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de pacientes con anemias normocíticas o macrocíticas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Farrús Palou M, Pérez Ocaña A, Mayer Pujadas MA, Piquer Gibert M, Mundet Tudurí X, Iglesias Rodal M. Anemias en atención primaria: etiología y características morfológicas. *Aten Primaria*. 2000;25:230-5.
2. Mayayo Crespo M, Pérez Rus G, Gómez Pineda A, Pintado Cros T. Anemias hemolíticas de patogenia inmunológica. Mecanismos etiopatogénicos. Clasificación, clínica y diagnóstico. Manejo terapéutico. *Medicine*. 2001;8(51):2703-10.