



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2332 - ¡CERO NEUTRÓFILOS!, REPITO ¡CERO NEUTRÓFILOS!

N. Rodríguez García^a, B. de la Villa Zamora^b, M. Córcoles Vergara^c, M.C. Quesada Martínez^d, A. Marco Berna^b, D. Fernández Camacho^d, C. López Alarcón^e, A.D. Branchina Núñez^f, R.M. Parras Calahorro^g y M.J. Lázaro Gómez^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^dMédico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Los Dolores. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infante. Murcia. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: No AMC. No HTA. No DM. No DLP. Exfumador. Estenosis aórtica leve. EPOC severo Estadio D de GOLD con numerosos ingresos por reagudización del mismo. Dado de alta hace 5 días por neumonía LSD y lóngula. Tratamiento crónico: Ventolin, relvar, spiriva, CPAP nocturna, nicotinell y bupropion. Enfermedad actual: varón de 68 años que acude a urgencias por fiebre de hasta 39 °C con escalofríos y tiritona de 48 horas de evolución. No tos ni expectoración, disnea, dolor torácico, abdominal ni otra sintomatología de interés.

Exploración y pruebas complementarias: TA 105/70. FC 85. FR 16. SatO₂ 95% a 3 lpm. Consciente. Orientado. Bien hidratado y perfundido. ACR: rítmico con MV disminuido y roncus dispersos. Abdomen: blando. Depresible. No doloroso. No masas ni organomegalias. RHA presentes. MMII: No edemas. No signos de TVP ni iv. No signos de TVP ni IV. Exp. neurológica: No signos de meningismo. PICNR MOEC Pares craneales conservados. Fuerza, sensibilidad y ROT: Normales. Exploraciones complementarias: hemograma: leucocitos 1.820 con 0 neutrófilos (comprobado y repetido 2 veces). Linfocitos 28%. Monocitos 67%. Hb 10,6 VCM 93. Plaquetas 298.000. PCR 9. GSA pH 7,36. PCO₂ 44. PO₂ 63. HCO₃ 28. Rx tórax: patrón intersticial bilateral. TAC tórax: hallazgos compatibles con neumonía organizada (BONO). Primer frotis SP: Neutropenia grado 4. Monocitos de aspecto activado. Leve rouleaux. No células inmaduras, ni blastos, ni otras alteraciones en el frotis de sangre periférica. Evolución: ante el hallazgo de cero neutrófilos en hemograma confirmado y Rx de tórax con patrón intersticial y fiebre lo primero objetivamos que el paciente presentase buen estado general, saturaciones y hemodinámicamente estable. Seguidamente se procedió a: aislamiento inverso, se inicia antibioterapia empírica con meropenem y vancomicina. Se realiza frotis sanguíneo y punción de medula ósea y se ingresa a cargo de Medicina Interna. Se realizan pruebas complementarias con autoinmunidad negativa, serologías negativas, hemocultivos y urocultivos negativos, punción de medula ósea no concluyente. Se administra G-CSF y se repite el frotis con: leucocitosis con desviación izquierda hasta estadio mielocito. Afebril en menos de 24 horas. Al alta leucocitos 6.880 y neutrófilos del 57%.

Juicio clínico: Diagnóstico principal: neutropenia farmacología secundaria a bupropion.
Diagnóstico secundario: bronconeumonía en paciente neutropénico probablemente de origen nosocomial.

Diagnóstico diferencial: Agranulocitosis, por infecciones, inmune, infiltración medular, déficit B12, déficit folatos, hiperesplenismo.

Comentario final: El bupropión es un antidepresivo que se empezó a utilizar ampliamente en pacientes dependientes de la nicotina que quieren dejar de fumar. Dentro de reacciones adversas del mismo destaca la neutropenia. En este caso, al suprimir el fármaco y poner estimuladores de colonias se observó como los neutrófilos comenzaron a aumentar a los pocos días. Como médicos de Atención Primaria nuestro deber ante un paciente con neutropenia es realizar de manera urgente aislamiento inverso, frotis de sangre periférica y punción de médula ósea. Tras descartar causas infecciosas, neoplásicas, metabólicas descartar causas farmacológicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Insausti C, Majado Martínez MJ, García Hernández AM, Moraleda Jiménez JM. Protocolo diagnóstico de la neutropenia. *Medicine*. 2012;11:1309-12.
2. Sánchez García J, Serrano J, García Castellano JM, Torres Gómez A. Protocolo diagnóstico de la neutropenia. *Medicine*. 2008;10:1439-40.