



242/4665 - CUANDO EL REMEDIO ES PEOR QUE LA ENFERMEDAD

A. Moreno Forte^a, F. Serna Gea^b, C. Gracia Díaz^c, P. Mateo Medina^a e I. Marín Cabrera^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años que consulta por odinofagia, disfagia, astenia y fiebre de hasta 38 °C desde hace 5 días. Su médico le pautó amoxicilina-clavulánico, metamizol, ibuprofeno y prednisona, sin mejoría. Refiere además distensión abdominal. Sin otra clínica de interés. Sin AP de interés ni tratamientos crónicos. Exploración: TA 120/58 mmHg, T^a 37,7 °C. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. ORL: amigdalitis pultácea. Adenopatías submandibulares. Se realiza analítica en la que se observa PCR 30,20, leucocitos 400 (N 1, L 320). Resto normal. Es derivado urgentemente al hospital por neutropenia y linfopenia grave. En el hospital es ingresado en aislamiento y con tratamiento con meropenem, corticoterapia y antitérmicos.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma de control: leucocitos 370 (N 0, L 270). Resto normal. Proteinograma: hipergammaglobulinemia policlonal. Rx tórax: normal. Frotis de sangre periférica: neutropenia severa, linfocitos activados. TAC abdominal: diverticulosis sigmoide. No masas, megalias ni adenopatías. Serologías: VIH, sífilis, virus hepatótrofos y CMV negativas. 1^o de VEB (IgM anti VCA) negativa. 2^o de VEB indeterminada. 3^o de VEB negativa. Hemocultivos: negativos. Aspirado de médula ósea: hiper celularidad, agranulocitosis, hiperplasia de las células plasmáticas. No metástasis ni hemoparásitos. Se mantuvo febril durante el periodo neutropénico, a pesar del tratamiento antibiótico. Sólo recuperó el recuento leucocitario mediante la administración de inmunoestimulantes.

Juicio clínico: Agranulocitosis por metamizol.

Diagnóstico diferencial: Mononucleosis infecciosa. Toxicidad farmacológica. Infección por CMV, VIH o toxoplasma. Otras infecciones virales.

Comentario final: Si un paciente es refractario al tratamiento adecuado de la patología que sospechamos que presenta, es importante replantearse el diagnóstico y buscar nuevas causas que puedan explicar su clínica.

Bibliografía

1. Martín Calle MC, Martínez Origüen N. Síndrome mononucleósico: importancia de un correcto

diagnóstico diferencial. SEMERGEN. 2000;26:219-20.

2. Fernández García PL, Ibáñez Camacho MF, López Pérez E. Trombocitopenia grave y agranulocitosis por metamizol. Med Clin (Barc). 2016;47:e43-4.

Palabras clave: Neutropenia. Metamizol. Agranulocitosis. Toxicidad farmacológica.