



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1541 - ANEMIA CON SÍNDROME EMÉTICO: LA IMPORTANCIA DE LOS SIGNOS DE ALARMA

M. Villanueva Rubio<sup>a</sup>, F. Otero Rosado<sup>b</sup> y M. González Armayones<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estepa. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Osuna. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Estepa. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 26 años, sin alergias ni hábitos tóxicos. Única patología talasemia menor. Consulta por vómitos diarios recurrentes de meses de evolución, sin relación con comidas, sin alteración en deposiciones ni dolor abdominal. Asocia astenia y pérdida de peso. No fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, palidez mucocutánea. ACR normal; abdomen normal (sin masas ni megalias ni de irritación peritoneal). No adenopatías. Analítica: destaca Hb 5,2 g/dl (previas 8), sin alteración en resto de series. Perfil abdominal normal. Se deriva a Urgencias Hospitalarias para transfusión, e ingresa para completar estudio. Amplían analítica: ferritina normal. VitB12 100, fólico 11. Posteriormente Ac anti-FI negativos; Ac anti-células parietales positivos. Frotis de sangre periférica: anisopoiquilocitosis y pleocitosis que sugiere megaloblastosis. No macrocitosis justificada por patología de base (talasemia). Rx PA tórax sin hallazgos. TAC toracoabdominal sin hallazgos. Endoscopia digestiva alta y biopsia: gastritis crónica atrófica. Estudio de médula ósea: no llegó a realizarse por mejoría al instaurar vitB12 parenteral tras resultado del frotis.

**Orientación diagnóstica:** Procesos linfoproliferativos; neoplasias gástricas; gastritis.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial inicial con procesos linfoproliferativos (dado el cuadro constitucional y la anemia marcada); neoplasias gástricas. Esta orientación se fue modificando tras el resultado de las pruebas complementarias, con juicio clínico final de anemia megaloblástica por déficit de vitB12, secundaria a gastritis crónica atrófica.

**Comentario final:** Tras el resultado analítico, la paciente ingresó para estudio. Inicialmente se pensó en proceso linfoproliferativo dado el cuadro constitucional, pero por el frotis se decidió instaurar tratamiento con vitB12, con buena evolución en días. Se pospuso el estudio de médula ósea durante el ingreso, no siendo necesario. La anemia megaloblástica se produce por déficit de vitB12, por múltiples causas, la más frecuente la malabsorción. Puede ser de origen autoinmune (como en nuestro caso). Es interesante reseñar que este caso no cursaba con la típica macrocitosis dado la patología de base de la paciente (talasemia, que típicamente es microcítica). El papel del médico de familia reside en detectar signos de alarma y si precisa derivación reglada o urgente. Además requerirá seguimiento periódico.

## **Bibliografía**

1. Díaz Rueda T, Duarte Borges MA. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2016: p. 1311-32.

**Palabras clave:** Anemia. Vómitos. Gastritis.