



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4616 - PANCITOPENIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Ceballos Malagón<sup>a</sup>, M. Macías Espinosa<sup>b</sup>, J. Goujat Salas<sup>a</sup> y A. Macías Corbacho<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano III. Mérida. Badajoz.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Urbano III. Mérida. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 69 años de edad con antecedentes personales de prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata, herniorrafia inguinal derecha, colecistectomía y espondiloartropatía periférica HLA B27 positivo habiendo estado previamente en tratamiento con metotrexate y ácido fólico por monoartritis periférica. Acude a nuestra consulta por astenia, motivo por el cual se solicita analítica urgente objetivándose marcada pancitopenia y se deriva al servicio de Urgencias de Hospital de Mérida para completar estudio. Allí se cursa interconsulta a hematología y se decide conjuntamente con reumatología suspender tratamiento con metotrexate e iniciar terapia con salazopirina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. Palidez de piel y mucosas. Signo del pliegue negativo. Auscultación cardíaca: taquicárdico, rítmico, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos patológicos audibles. Abdomen: blando, depresible y sin signos de irritación peritoneal. Neurológico: no focalidad neurológica. Analítica general: hemograma (hemoglobina 12,4, hematocrito 34,30, volumen corpuscular medio  $10^3$ , leucocitos (neutrófilos 86,6%, linfocitos 7%, eosinófilos 0%), plaquetas 76.000. Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa 134, urea, creatinina, sodio, potasio, vitamina B12, ácido fólico, hierro y ferritina normal, LDH 350, PCR 24,74.

**Orientación diagnóstica:** Pancitopenia crónica secundaria a metotrexate.

**Diagnóstico diferencial:** Anemia megaloblástica. Hemoglobinuria paroxística nocturna. Síndrome mielodisplásico. Leucemia aguda. Aplasia medular. Hiperesplenismo. Tóxicos. Infección. Inflamatorias. Farmacológicas.

**Comentario final:** Es muy importante la realización de una buena historia clínica y exploración física para detectar posibles efectos adversos de fármacos empleados en las distintas patologías y así llevar a cabo una retirada a tiempo, evitando consecuencias graves como la de nuestro caso.

### Bibliografía

1. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en Urgencias, 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Sanidad y Ediciones, S.L.; 2014; p. 871-5.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de

Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.

3. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Pancitopenia. Metotrexate. Astenia.