



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2689 - ¿QUÉ ME PASA DOCTOR? ESTOY MUY CANSADO

V. Arroyo del Moral^a, P. Rius Fortea^b, E. Perales Escortell^c y A. Ramos Farriols^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valdezarza-Sur. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid. ^dCentro de Salud Lavapiés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años sin AP de interés que acude al CS por episodio de pérdida de fuerza generalizada y repentina, sin pérdida de consciencia. Sin caída al suelo. El paciente refiere llevar unos meses con situación personal estresante y en ese tiempo haber perdido 6-7 kg con hiporexia. Episodios puntuales de disnea en relación a momentos de más estrés. No dolor torácico, palpitaciones, ni otra clínica asociada. Niega melenas o rectorragias.

Exploración y pruebas complementarias: Se objetiva ligero tinte icterico en piel y mucosas, con GW de 15, sin asimetrías faciales, ni pérdida de fuerza, ni signos meníngeos. Resto normal. AS: Hb 4,9 d/dl, Hto 12,3%, trombopenia de 58, VCM 104,8 fl. Recuento de reticulocitos 1,57%, urea 58, bilirrubina T 4,9, indirecta 3,9, directa 1. GOT 190, LDH 21671. Sin alteraciones iónicas. PCR 1,40 mg/dl. Hierro 207 ug/dl. Haptoglobina < 1 mg/dl. Frotis: anisopoiquilocitosis y anisocromía. (esquistocitos: 7%). No se observan agregados plaquetarios, trombopenia confirmada.

Orientación diagnóstica: Anemia megaloblástica con reticulocitos altos, LDH alto, haptoglobina < 1 mg/dl. Esquistocitos en frotis.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica: extracorpúscular (inmuno hemolítica, autoinmune, fármacos, mecánicas de la marcha por valvulopatía o microangiopática, PTT, SHU, CID, hipertensión maligna, anomalías de la membrana, enfermedades infecciosas, por agentes químicos- tóxicos, físico o hipofosfatemia) intracorpúscular (HPN). Anemia megaloblástica: déficit de vitamina B12, déficit de ácido fólico, alteración de síntesis de ADN de causa farmacológica. Anemia no megaloblástica: inducida por alcohol, síndrome mielodisplásico, enfermedad hepática, hipotiroidismo.

Comentario final: En analítica destaca déficit grave de Vitamina B12 por lo que se inicia reposición diaria con mejoría progresiva de la cifra de hemoglobina y descenso de los parámetros biológicos de hemólisis. El paciente presenta TAC con dudoso engrosamiento gástrico, por lo que se realiza gastroscopia con toma de biopsia cuyos resultados se observa gastritis crónica no asociada a H. pylori con extensa metaplasia intestinal y cambios reactivos. Estudio de anticuerpos anti-célula parietal y anti-factor intrínseco negativos.

Bibliografía

1. Hoffbrand AV. Color atlas of Clinical Hematology, 4^a ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.

Palabras clave: Anemia. Déficit de vitamina B12. Esquistocitos.