



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/154 - UN REMEDIO PEOR QUE LA ENFERMEDAD

M. Benito González^a, A. Esteban Navarro^a, G. Fernández Tabernero^b y M. Lumbreras Montero^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de Los Reyes. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de Los Reyes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, con antecedentes personales de carcinoma lingual, enolismo crónico con cirrosis hepática y tabaquismo activos, actualmente en tratamiento antituberculostático desde hace 1 mes con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol, tras detectarse un nódulo pulmonar cavitado en el lóbulo superior derecho en el contexto de un síndrome febril. Acude a su médico de Atención Primaria por vómitos, hiporexia, dolor abdominal en hipocondrio derecho y diarrea de unas horas de evolución, evidenciándose ictericia cutánea y conjuntival, por lo que se remite a Urgencias para realización de analítica de sangre.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta ictericia cutánea y conjuntival, hipotensión de 90/50 mmHg con signos de deshidratación y dolor a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio. En la analítica de sangre presenta leucocitosis con neutrofilia, anemia con hemoglobina de 6,1 g/dl normocítica normocromica regenerativa, creatinina de 1,5 mg/dl, bilirrubina total de 9,4 mg/dl, bilirrubina conjugada de 5 mg/dl, LDH de 448 U/L, GOT de 60 U/L, FA de 109 U/L, amilasa de 23 U/L, lipasa de 83 U/L y PCR de 54,3 mg/L. Se hace un tacto rectal sin evidenciarse sangrado. Se realiza una RX de tórax en la cual se evidencia el nódulo cavitado ya conocido. Se hace una ecografía abdominal sin hallazgos patológicos agudos. Se realiza test de Coombs indirecto positivo y directo positivo con C3d positivo y se detectan anticuerpos antimedamento actuando como inmunocomplejos contra rifampicina.

Orientación diagnóstica: Anemia hemolítica inmune inducida por rifampicina por mecanismo de inmunocomplejos.

Diagnóstico diferencial: En un paciente con una anemia normocítica regenerativa hay que descartar una hemorragia aguda o una anemia hemolítica. Con una elevación de bilirrubina, transaminasas y/o enzimas pancreáticas, hay que descartar patologías del sistema hepatobiliar o pancreático.

Comentario final: Los pacientes con anemia hemolítica pueden presentar esplenomegalia, ictericia, insuficiencia renal aguda y coagulación intravascular diseminada. El tratamiento fundamental para la anemia hemolítica inmune inducida por fármacos es retirar el fármaco sospechoso.

Bibliografía

1. San Miguel J, Sánchez Guijo F: Hematología manual básico razonado, 3ª ed. Elsevier, 2009.
2. Turgut M, Uzun O, Kelkitli E, et al. Pulmonary Tuberculosis Associated with Autoimmune Hemolytic Anemia: An Unusual Presentation. Turk J Haematol. 2002;19(4):477-80.

Palabras clave: Anemia hemolítica inmune. Rifampicina.