Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1409

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/3149 - PSEUDOPOLICITEMIA EN PACIENTE DIABÉTICO

M. García Gómez[1], M. Mata López[2] y R. Ramos Quirante[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería. [3]Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Acudió a nuestro Servicio de Urgencias de Atención Primaria un paciente de 48 años, natural de Rumanía. Como antecedentes personales presentaba un IMC > 30 kg/m^2, hipertensión y diabetes tipo 2, en tratamiento con enalapril 5 mg, y metformina 850 mg/dapagliflozina 10 mg (1-0-0). Refería palpitaciones, disnea y astenia de 4 semanas de evolución aproximadamente. Comentaba que tenía que estar todo el día tumbado y que el cansancio no le permitía realizar sus tareas habituales. Dos días antes, acudió al Servicio de Urgencias por dicho motivo, objetivándose como hallazgos analíticos destacaba poliglobulia de 18,5 g/dL y hematocrito de 48%. Se efectuó flebotomía terapéutica con objetivo de mejorar la clínica del paciente y derivación a Hematología para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general y buena coloración de piel y mucosas. No signos de deshidratación. Constantes en la consulta: Tensión arterial 90/65 mmHg, FC 80 lpm. Auscultación: tonos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Miembros inferiores sin edemas. Se realizó ECG: ritmo sinusal a 82 lpm, eje normal. QRS estrecho. Sin alteraciones en la repolarización.

Orientación diagnóstica: Hipotensión arterial.

Diagnóstico diferencial: Policitemia vera primaria y secundaria a hipoxia, aumento de eritropoyetina (tumores renales, feocromocitoma, síndrome de Cushing,...), síndrome de apnea del sueño, pseudopolicitemia.

Comentario final: Observando la clínica que nos comenta el paciente y los hallazgos analíticos y exploratorios, debemos analizar todo aquello que le puede desencadenar los síntomas, y valorar todo el abanico de posibilidades de diagnóstico diferencial. En este caso, la razón de estos hallazgos, finalmente fue la dapagliflozina, tratamiento que llevaba tomando el paciente 3 meses. Debido a su efecto glucosúrico produjo en nuestro paciente la depleción de volumen, que conllevó a deshidratación, hipovolemia e hipotensión (reacción adversa poco frecuente), con aumento de la hemoglobina secundariamente. Es necesario adquirir un amplio conocimiento de los efectos farmacodinámicos de los medicamentos, especialmente a aquellos a los que estamos menos habituados en nuestra práctica clínica diaria.

Bibliografía

1. Pérez-López G, González-Albarrán O, Cano-Megías M. Inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2): de la glucosuria renal familiar al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Nefrologia. 2010;30:618-25.
2. Therapeutic phlebotomy: a review of diagnoses and treatment considerations. J Infus Nurs. 2010;33(2):81-8.

Palabras clave: Hipotensión arterial. Policitemia. Flebotomía.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.