



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2524 - DOCTORA, ESTOY LLENA DE HEMATOMAS

Á. Martínez Tolosa¹, I. Pérez Zambrano², M. Pierre Barea¹ y M. López Nieto³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Cáceres. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 54 años, con obesidad mórbida en lista de espera para cirugía bariátrica. Sin alergias conocidas. Consultaba por aparición de hematomas generalizados de forma espontánea, desde hacía 5 días. Negaba traumatismos previos. Indicó que los dos primeros días, al estornudar, presentaba epistaxis autolimitada. Sin hemoptisis, rectorragia, hematuria ni metrorragia. Sin fiebre asociada. No tomaba anticoagulantes ni antiagregantes, solo AINE de forma ocasional. Sin antecedentes personales ni familiares de coagulopatía. Tras obtener resultados analíticos, se contactó con la paciente para que acudiera a Urgencias hospitalarias por pancitopenia a estudio, e ingresó en Hematología. Inició tratamiento con ácido transretinoico total (ATRA) y trióxido de arsénico (ATO). Acudió a consulta de Atención Primaria para comentar la tolerancia al tratamiento. Actualmente, continúa con el mismo, con buena respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: PA 140/63 mmHg. Afebril, buen estado general, hidratada y normocoloreada, eupneica. Mucosa oral normal, sin restos de sangrado en orofaringe. Hematomas de distintos tamaños en tronco y extremidades, no dolorosos a la presión. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen sin signos de interés. MM.II: sin edemas ni signos de TVP. La paciente acudió a primera hora de la mañana y refería estar en ayunas, por lo que se solicitó analítica. Sobre las 13h, se consultaron los resultados: Hemograma: hematíes $2,59 \times 10^6/\mu\text{L}$, Hb 8,4 g/dL, hematocrito 23%, leucocitos $0,47 \times 10^3/\mu\text{L}$ (neutrófilos 0,1, linfocitos 0,3, monocitos 0), plaquetas $14 \times 10^3/\mu\text{L}$. Frotis SP: No se puede hacer recuento leucocitario. Dos células de aspecto blástico monocitoide. Plaquetopenia confirmada. Dacriocitos. Coagulación: TP 1,3, INR 1,2, ratio del aPTT 0,9; fibrinógeno 2,77. Bioquímica: glucosa, perfil hepatorrenal, iones, vit B12 y ácido fólico en rango de normalidad. LDH 471 U/L, PCR 32. Hematología: biopsia MO: mieloblástica. CMF MO: blastos 40%. BM y cariotipo: M3.

Orientación diagnóstica: Leucemia aguda promielocítica (LAM3).

Diagnóstico diferencial: Causas pancitopenia: Primarias: aplasia medular, síndrome mielodisplásico, mielofibrosis, HPN, metástasis. Secundarias: fármacos, infecciones, déficit vitamina B12 o ácido fólico.

Comentario final: LAM3 se caracteriza por proliferación de promielocitos atípicos. Su debut puede

manifestarse como hemorragias graves, por tanto, el papel del médico de familia es fundamental en sospecha diagnóstica.

Bibliografía

1. Merino A. Clasificación de las leucemias agudas mieloides. Rev Lab Clin (Barc). 2010;3(3):139-47.

Palabras clave: Leucemia. Pancitopenia.