Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2573

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/4090 - DOCTORA, LA AMIGDALITIS NO ME CURA

J. Martínez Martínez[1], M. Martos Borrego[2], A. Bernabe Sánchez[3] y A. Martínez Sánchez[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Viña. Lorca. Murcia. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por odinofagia y sensación distérmica de 10 días de evolución. Acudió al consultorio donde se le prescribió amoxicilina 500 mg/8h y antiinflamatorios durante 7 días. Tras evolución tórpida vuelve a consultar. Refiere haber tenido fiebre hasta 39 ºC. No alteración del hábito intestinal. No síndrome miccional. No tos, ni expectoración. No convive con animales. No viajes al extranjero.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada. Glasgow 15 puntos. Auscultación cardiaca: taquicardia a 120 lpm. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso a expensas de panículo adiposo, sin visceromegalias palpables ni signos de irritación peritoneal. Orofaringe; amígdalas eritematosas e hipertrofia gingival. No se palpan adenopatías axilares ni supraclaviculares. Analítica: hemoglobina 8,9 g/dl, hematocrito: 26,2%, volumen corpuscular medio (VCM): 91,1 fL, plaquetas: 939,0 × 10^3/µL, leucocitos 32,2 × 10^3/µL (neutrófilos 1,5 × 10^3/µL, linfocitos: 26,2 × 10^3/µL, monocitos 22,7 × 10^3/µL, eosinófilos: 0,5 × 10^3/µL). Morfología de sangre periférica: 78% blastos. Se distinguen dos poblaciones, una mayoritaria de células más grandes, citoplasma basófilo y núcleo irregular, indentado, con nucléolos y otra población con células de menor cuantía y tamaño, una mayor relación núcleo/citoplasma con signos del hachazo y ocasionales bastones de Auer.

Orientación diagnóstica: Proceso hematológico agudo debido a la cantidad de blastos.

Diagnóstico diferencial: Linfoma de Burkit. Leucemia mieloblástica aguda. VIH. Mononucleosis infecciosa. Trombocitopenia autoinmune.

Comentario final: Leucemia mieloblástica aguda: Es un tipo de cáncer que se origina generalmente en las células madre que producen los granulocitos (neutrófilos, eosinófilos o basófilos). La leucemia mieloide aguda se puede manifestar de diversas maneras con visceromegalias, adenopatías, fiebre, dolor de cabeza y musculoesquelético. La importancia de la analítica y el estudio de la sangre periférica serán los que nos pongan en el diagnóstico final. En medula ósea: observaremos los bastones de Auer que aparecen característicamente en mieloblastos de la leucemia mieloide aguda.

Bibliografía

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al, eds. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, revised 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2017.

Palabras clave: Leucemia aguda. Bastones de Auer.

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