



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/826 - AGRANULOCITOSIS YATROGÉNICA. ¿SE PUEDE PREVENIR?

M. Dueñas Ruíz¹, F. Juan Espert², E. Rodrigo Ramón³ y A. Ruíz Peláez¹

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alaquàs. Alaquàs. Valencia.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Algemesí (Parque). Algemesí. Valencia.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Gilet. Gilet. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años, con antecedentes de fibrilación auricular, asma bronquial e hipertiroidismo secundario a la toma de amiodarona, en tratamiento actual con acenocumarol, diltiazem, flecainida, AAS, furosemida y tiamazol. Consultó por dolor abdominal, náuseas, astenia, aftas bucales y sensación distérmica de varios días, sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente hemodinámicamente estable. En analítica urgente se objetivaba leucopenia $0,4 \times 10^9/L$, con agranulocitosis (neutrófilos 0%) y aumento de PCR 202,09 mg/L. Tras hallazgos, se derivó a Hospital donde se completó estudio, con ecografía y TAC abdominal que objetivan paniculitis mesentérica; ecografía de tiroides compatible con bocio multinodular tóxico, frotis de sangre periférica sin alteraciones morfológicas y aspirado de médula ósea con ausencia completa de serie granulocítica sugestiva de agranulocitosis.

Orientación diagnóstica: Agranulocitosis yatrogénica por tiamazol.

Diagnóstico diferencial: Fármacos, autoinmunidad, posinfecciosa, endocrinopatías, enfermedades de médula ósea, hiperesplenismo, déficit cobre o vitamina B12 o neutropenia crónica idiopática.

Comentario final: La paciente evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico por paniculitis y agranulocitosis que recuperó con la retirada de tiamazol y administración de factores de estimulación de colonias granulocíticas (G-CSF). La agranulocitosis inducida por tiamazol es poco frecuente (0,3-0,6%) pero con alta morbimortalidad dosis dependiente (> 40 mg/día). El diagnóstico precoz debe sospecharse por la clínica, sobre todo, estomatitis, fiebre y odinofagia. Como médicos de familia, debemos instruir al paciente respecto a los posibles efectos adversos y realizar monitorización estrecha del hemograma antes y después del inicio del tratamiento.

Bibliografía

1. Andersohn F, Konzen C, Garbe E. Systematic review: agranulocytosis induced by nonchemotherapy drugs. *Ann Intern Med.* 2007;146:657.
2. Andrès E, Zimmer J, Mecili M, et al. Clinical presentation and management of drug-induced agranulocytosis. *Expert Rev Hematol.* 2011;4:143.

Palabras clave: Leucopenia. Agranulocitosis. Antitiroideos.