



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/799 - DEBUT DIAGNÓSTICO SOBRE PROCESO INFECCIOSO EN PACIENTE ADOLESCENTE SANO

S. Fernández Crespo¹, M. Romero Ruiz², L. Flores Garnica³ y C. Cuello Estrada⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ²Especialista en Nefrología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada IV. Ponferrada. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años de edad sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés (intervenciones quirúrgicas, tratamientos domiciliarios...). Estudiante. Procedente de Cabo Verde. Consultó por cuadro de 24 horas de evolución de fiebre (39 °C), dolores intensos generalizados, astenia y diarrea acuosa de 3 deposiciones/día sin productos patológicos. Así mismo, palpitations más dolor torácico punzante, ambos ocasionales y asociados al ejercicio físico. Negaba otra clínica por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: Fiebre. Palidez mucocutánea. Ictericia conjuntival. Soplo sistólico panfocal. Resto de la exploración normal. Analítica sanguínea (hallazgos): bilirrubina total 4,4, GOT 56, GPT 50, fosfatasa alcalina 209, LDH 1.531, procalcitonina 34, hemoglobina 8,1, VCM 90,2, HCM 30, reticulocitos 12,5%, leucocitos 28.000 con neutrofilia. ANA, ANCA, inmunoglobulinas y complemento normales. Frotis de sangre periférica: anisocromía y anisocitosis con dianocitos, eliptocitos, drepanocitos y poiquilocitos. Electroforesis (concentraciones de las variantes de hemoglobina): S 93,2% y fetal 3,2%. Orina de 24h: proteinuria subnefrótica (1,58 gramos) con función renal normal. Ecocardiograma (hallazgos): Miocardiopatía hipertrófica e hipertrabeculación de cara inferior, lateral y ápex, ventrículo derecho levemente hipotrófico, insuficiencia tricuspídea leve. Ergometría y electrocardiograma: normales. Ecografía abdominal: colelitiasis múltiple. Hemocultivos y urocultivo negativos. Coprocultivo: *Salmonella typhimurium* resistente a ampicilina. Rotavirus y adenovirus: positivos.

Orientación diagnóstica: Salmonelosis en paciente con drepanocitosis (homocigótica: HbS HbS) y nefropatía falciforme.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica parainfecciosa o autoinmune por crioaglutinas/anticuerpos calientes.

Comentario final: Debemos sospechar drepanocitosis (enfermedad con herencia autosómica recesiva más frecuente en nuestro medio) en pacientes inmigrantes que lleguen a nuestra consulta con historia de crisis dolorosas y una analítica sanguínea básica con anemia de perfil hemolítico. Estamos ante un caso prototipo (caboverdiano con colelitiasis, infección por *Salmonella*...), donde se

ha pautado sueroterapia, morfina y piperacilina/tazobactam más azitromicina, rotando a ceftriaxona. Ante la buena evolución clínica y analítica (disminución de los marcadores de hemólisis) se decide alta, a tratamiento con ácido fólico y a demanda con paracetamol/tramadol. Varios ingresos *a posteriori* por mal manejo del dolor, empeoramiento de la proteinuria y anemización precisando transfusiones sanguíneas.

Bibliografía

1. Garcés Mendoza MC, Escobar Paredes DA. Fenotipificación de un caso de anemia de células falciformes. Rev Cient Cienc Méd. 2019;22(1):68-72.

Palabras clave: Anemia hemolítica. Drepanocitosis.