



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## P-126 - PANCITOPENIA A ESTUDIO

A. Cuquerella Senabre, J. Ordiñana Sanchis, A. León Medina, C. Moncho Alarcón e I. Llarío Cuquerella

Hospital Lluís Alcanyís.

### Resumen

**Descripción del caso:** Ámbito del caso: multidisciplinar (atención primaria, urgencias, hematología y medicina interna). Motivo de consulta: mujer de 75 años que consulta por cuadro constitucional, fiebre y deterioro progresivo del estado general de un mes de evolución

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA 141/65, FC 75 lpm, O<sub>2</sub> 97%, T<sup>a</sup> 36,7 °C. Regular estado general, tendencia a la somnolencia. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio izquierdo, con esplenomegalia. Tacto rectal: negativo. Bioquímica: glucosa 100 mg/dl, urea 49 mg/dl, creatinina 1,1 mg/dl, sodio 132 mmol/l, potasio 3,9 mmol/l, amilasa 35 UI/l, GOT 31 UI/l, GPT 7 UI/l, bilirrubina 0,8 mg/dl, PCR 104 mg/dl, ferritina 1.350 ng/ml, vitamina B12 266 pg/ml, folato 6 ng/ml. Hemostasia: quick: 100%. Hemograma: leucocitos 1,7/mmc (neutrófilos 0,6, linfocitos 0,6), hematíes 3,4/mmc, hemoglobina 9,1 g/dl, hematocrito 27%, VCM 79 fl, plaquetas 49/mmc. Morfología: no se observan células inmaduras. Serologías: VIH, VEB, VHB, VHC, lúes, mononucleosis y brucelosis negativas. IgG toxoplasma, IgG cmv, IgG parvovirus b19 y ac. Leishmania positivas. Rx tórax: sin hallazgos significativos. Rx abdomen: sin hallazgos significativos. Ecografía abdominal: esplenomegalia homogénea de 180 mm. No hay signos de hipertensión portal. Aspirado m.o: abundantes macrófagos con leishmanias intracitoplasmáticas. Tinción de giemsa: amastigotes de *Leishmania* spp. PCR Leishmania en m.o: positivo. Tratamiento: anfotericina B liposomal iv con mejoría progresiva clínica y analítica.

**Juicio clínico:** Leishmaniasis visceral o kala azar.

**Diagnóstico diferencial:** Pancitopenia. Causas hematológicas: anemia aplásica, síndromes mielodisplásicos, hemoglobinuria paroxística nocturna, leucemia aguda, mieloma múltiple. Causas no hematológicas: hiperesplenismo, farmacológicas, tóxicos. Inflamatoria: autoinmune, conectivopatías, LES. Infecciones: viriasis, leishmania, tuberculosis, *Brucella*, fiebre tifoidea, legionella, fiebre Q. Infiltración medular: sarcoidosis, tumores sólidos. Carencial: ácido fólico, cianocobalamina.

**Comentario final:** La pancitopenia es la disminución simultánea de los valores de las tres series hematológicas por debajo de rangos normales en sangre periférica y puede manifestarse con distinto grado de intensidad. Los síntomas y signos asociados a pancitopenia son habitualmente secundarios a ésta e independientes de la etiología: astenia, infecciones, hematomas, esplenomegalia, adenopatías. El conjunto de enfermedades que lo producen es muy amplio, pudiendo afectar o no a la médula ósea. Es importante saber enfocar el cuadro de manera inicial, distinguir las situaciones

de gravedad, y conocer las indicaciones del estudio de médula ósea. En nuestro caso, la pancitopenia se debió a una infección por *Leishmania*. La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria producida por un protozoo intracelular del género *Leishmania* y transmitida por la picadura del mosquito phlebotomo, siendo el principal reservorio el perro. Afecta de forma endémica a países de Asia, África, Latinoamérica y la cuenca mediterránea. Existen 2 formas de presentación: la cutánea y la visceral que debe sospecharse en ante todo paciente con fiebre, esplenomegalia y pancitopenia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. H.U. 12 de octubre, 7ª ed.