

PANCITOPENIA COMO HALLAZGO CASUAL EN ADOLESCENTE CON PALIDEZ E ICTERICIA

C. Pascual García, A. Valero Arenas, P. Sanjuan Uhagón, B. Sagastizábal Cardelús, I. Cuadrado Pérez, A.J. Alcaraz Romero.
Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid

INTRODUCCIÓN

Adolescente con antecedentes de anemia ferropénica y pérdida de peso, que acude a Urgencias por vómitos desde hace 3 semanas, presentando en últimos días diarrea, coluria, fiebre intermitente y palidez. El objetivo es la importancia de una valoración completa, teniendo en cuenta su situación basal y antecedentes personales, no solo la sintomatología aguda.

CASO CLÍNICO

A su llegada presenta **palidez de mucosas, ictericia conjuntival, soplo sistólico y taquicardia**. Tensión arterial y resto de la exploración normal. Se canaliza vía periférica, se extrae analítica de sangre objetivando pancitopenia. **Anemia severa, normocítica, hemolítica no inmune** (Hb 4.5g/dL, VCM 97 fL, LDH 6060U/L, bilirrubina 4.04mg/dl, haptoglobina <10, coombs negativo), **plaquetopenia** (47.000/uL) **y leucopenia** (3240/uL), sin neutropenia. Frotis sangre periférica con reticulocitosis, hipersegmentación de neutrófilos, sin blastos, ni esquistocitos. Reactantes de fase aguda y coagulación normal. **Orina colúrica con hematuria** (22 hematíes/campo) y **proteinuria no nefrótica** (cocientes proteínas/creatinina 388 mg/g).

Ante resultados, se hace hincapié en los antecedentes, refiriendo **pérdida de peso de 6 kilos en 6 meses** y actitud de control sobre la comida. No viajes, ni consumo de tóxicos. Se amplía estudio con **vitamina B12 indetectable, perfil férrico y ácido fólico normal**. Serologías bacterianas y virales negativas.

Por taquicardia y anemia severa se administra concentrado de hematíes. Descenso de tensión arterial (109/63 mmHg, p15) con ausencia de respuesta a volumen, se decide traslado a hospital de referencia. En UCIP buen control hemodinámico, precisando transfusión de varios concentrados de hematíes, sin drogas vasoactivas. Realizan biopsia de médula ósea, sin alteraciones y estudio Leishmania negativo.

Según los resultados y antecedentes, estamos ante una pancitopenia por déficit severo de vitamina B12, secundaria a malnutrición por Trastorno Conducta Alimentaria. Tras el diagnóstico se inician suplementos de vitamina B12.

Acercamiento diagnóstico de la anemia en Pediatría, según otras líneas sanguíneas afectadas			
PANCITOPENIA	ANEMIA + TROMBOCITOPENIA	ANEMIA + TROMBOCITOSIS	ANEMIA + LEUCOCITOSIS
Central: Infiltración tumoral por hemopatía maligna ó tumores sólidos. Mielosupresión por drogas o toxinas (sepsis bacteriana) Aplasia medular, mielodisplasia	Sd. Hemolítico Urémico Púrpura trombótica trombocitopénica Sd. De Evans	Ferropenia Infección Anemia post-esplenectomía	Infección Leucemia
Periférica: Infecciones (víricas), Hiperesplenismo, microangiopatía Déficit de vitamina B12 ó Ácido Fólico Citopenias inmunes (Sd.Evans)			

CONCLUSIONES

La **pancitopenia** es la disminución de las tres series. Puede ser **central** (afectación de la hematopoyesis) o **periférica** (destrucción de células maduras), existiendo distintas causas (aplasia medular, hemofagocítico, leucemias, infecciones víricas, leishmaniasis, déficit de B12 o fólico). En países occidentales lo más frecuente es la sepsis bacteriana, en países en desarrollo por déficit de B12.

Los **síntomas suelen ser inespecíficos** (hiporexia, astenia, palidez...), por lo que es importante un alto índice de sospecha. En nuestro caso destacar la importancia de una completa anamnesis que da pista para llegar al diagnóstico correcto.

Se debe realizar un estudio exhaustivo en sangre periférica y médula ósea, descartando patología grave que requiera tratamiento urgente. Tratamiento de soporte en el momento agudo y posteriormente tratamiento de la etiología.