



PANCITOPENIA EN UN ADOLESCENTE: QUE LA LEUCEMIA NO NOS HAGA OLVIDAR OTROS DIAGNÓSTICOS

Llorente Sanz, B; Rodríguez Lozano, B; Sebastián Pérez, E; Iriondo, J, Zubicaray, J, Sevilla Navarro, J

INTRODUCCIÓN

La pancitopenia se define como el descenso simultáneo de las tres series hematopoyéticas. La clínica se deriva del déficit de cada una de ellas: astenia y palidez, infecciones y diátesis hemorrágica. Su etiología es muy variada, siendo de vital importancia evaluar el estado de la hematopoyesis (disminuida, desplazada o normal).

CASO CLÍNICO

ANAMNESIS

Adolescente de 14 años que acude a Urgencias derivado de su pediatra por mal estado general y coloración pálido-ictérica.

Presenta cuadro de fiebre de 20 horas de evolución (hasta 39.3°C) con cefalea frontal, malestar general y cansancio. Asocia 3 vómitos sin tolerancia posterior. No tos ni mucosidad. No otra sintomatología. Niega pérdida de peso (mal comedor habitual), sudoración nocturna, dolor óseo, episodios febriles previos, aparición de hematomas o petequias.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Destaca regular estado general, palidez cutánea, tinte ictérico de piel y conjuntivas. No petequias ni hematomas. No adenopatías patológicas palpables, ni hepato o esplenomegalia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea que muestra importante pancitopenia:

- Anemia grave con macrocitosis (Hemoglobina 4.6 g/dl, VCM 108.2 fl),
- Leucopenia con neutropenia moderada (Leucocitos 2.000/mcL, Neutrófilos 800/mcL)
- Plaquetopenia moderada (87.000/mcL).
- No se objetivan blastos en frotis periférico.
- Importante elevación de Bilirrubina total (3.39 mg/dL) a expensas de bilirrubina indirecta
- Llamativo valor de lactato deshidrogenasa (4951 U/L).
- Valor de ácido úrico y proteína C reactiva normal.

INGRESO

Se decide ingreso para estudio a cargo de Oncología e inicio de antibioterapia empírica con Cefepime. Se realiza aspirado médula ósea que muestra buena celularidad, serie roja con diseritropoyesis, células blásticas 1 % y abundantes megacariocitos.

DIAGNÓSTICO

Sin embargo, fue un valor de la analítica nutricional la que otorgó finalmente el diagnóstico: el paciente presenta un valor de vitamina B12 de 42 pg/ml, un déficit severo.

TRATAMIENTO

Se inicia tratamiento con cianocobalamina y ácido fólico vía oral, siendo dado de alta a los 4 días.

ETIOLOGÍA

Se investiga a causa de déficit de B12: se completa estudio con anticuerpos antifactor intrínseco y anticélula parietal, que resultan negativos, por lo que se solicita estudio genético, pendiente en el momento actual.

CONCLUSIONES

- La vitamina B12 o cobalamina participa (junto con el ácido fólico) como coenzima en la síntesis de ADN y la maduración celular, esencial en la hematopoyesis.
- Su déficit provoca un aborto intramedular, ya que se produce un stop a nivel madurativo y una hematopoyesis ineficaz de todas las series, lo que condiciona su descenso en sangre periférica.
- De este proceso se deriva la macrocitosis y la subictericia (destrucción de precursores). El organismo humano es incapaz sintetizarla y la obtiene de la dieta, principalmente de productos animales.