

**SESIÓN CLÍNICA GENERAL – HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA**

PONENTE: DRA. CLARA ALONSO CABALLERO

MODERADORA: DRA. ANGELA BLANCO GONZALEZ

10 DE MAYO DE 2019, 8:15 HORAS. SALÓN DE ACTOS GORBEIA (PABELLÓN GOBIERNO)

Caso clínico

ANTECEDENTES PERSONALES

- Varón de 28 años
- Natural de Nigeria
- No alergias medicamentosas conocidas
- No HTA, no DLP, no DM
- Fumador de 1 paq/día, no bebedor
- Refiere ingresos previos por dolor óseo en su país y en Francia donde ha estado viviendo los últimos años (no aporta informes)
- IQ: apendicitis en la infancia
- No tratamiento habitual
- SFB: lleva 1 mes viviendo en Bilbao en un piso compartido, está buscando trabajo

EPISODIO ACTUAL

Paciente de 28 años que acude al S. Urgencias por dolor generalizado de 3 semanas de evolución, actualmente localizado sobre todo en extremidad inferior izquierda. Niega traumatismo previo. No fiebre ni clínica infecciosa a ningún nivel. No dolor torácico ni disnea.

Refiere 2 ingresos por clínica similar en su país y 1 en Francia donde ha estado viviendo los últimos años.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 128/68 mmHg, FC 67 lpm, T^a36.4°C, SO₂ 99%

Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Funciones superiores conservadas. Buena coloración de piel y mucosas, leve tinte icterico en escleróticas. Eupneico en reposo

CyC: no rigidez de nuca, no adenopatías, orofaringe normal

TÓRAX

-AC: rítmica, sin soplos

-AP: murmullo vesicular conservado

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso. No masas ni megalias. RHA+.
EE: leve dolor a la movilización de EII, no edema ni eritema. Pulsos conservados, no signos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica:

- Hemograma: Hb 7.1 g/dL, VCM 86 fL, leucocitos 10.400/UI, neutrófilos 7.300/uL, linfocitos 1.900/uL, plaquetas 452.000/uL
- Bioquímica: función renal normal, bilirrubina total 5.5, GPT y GOT normales, LDH 580, PCR 3.5, procalcitonina negativa.
- Coagulación: normal

ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, no alteraciones agudas en la repolarización

Radiografía de tórax: no se observan condensaciones ni pinzamiento de senos.

Radiografía de EII: sin alteraciones, no se observan fracturas.

Se inicia analgesia, sin clara mejoría y se avisa a Hematología de guardia. Tras revisar el caso se solicita coombs directo, se amplian reticulocitos, haptoglobina y se realiza frotis de sangre periférica.

PREGUNTAS

- ¿Qué opciones diagnósticas se plantean?
- ¿Qué podríamos sospechar encontrarnos en el frotis teniendo en cuenta que es un paciente natural de Nigeria, con una anemia de perfil hemolítico y dolor generalizado?