

ANEMIA HEMOLÍTICA GRAVE COOMBS NEGATIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LNH DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B, EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Alonso Socas MM^a; Rodríguez-Salazar MJ^b; García Marrero R^c; Alemán Valls R^a; Llanos Muñoz M^c; Oramas Rodríguez^c; Alonso Alvarez B^c; Ponce Martín E^a; Rodríguez-Sánchez R^b; Gómez Sirvent JL^a

^aSección de Infecciones, ^bServicio de Hematología, ^cServicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Canarias.Tenerife.

Introducción: La anemia es muy frecuente en los pacientes con infección por VIH, estando presente en un 66-85% de los pacientes con sida. Su etiología es multifactorial, siendo la más frecuente la anemia de enfermedades crónicas con niveles bajos de reticulocitos y de eritropoyetina. La anemia hemolítica es poco frecuente y se asocia a ciertos fármacos (dapsona, sulfamidas), autoinmunidad, infección por parvovirus o microangiopatía trombótica.

Caso clínico: Paciente de 59 años, homosexual, remitido por síndrome constitucional, sudoración nocturna de 3 meses de evolución y malestar general. El paciente no refería síntomas del tracto gastrointestinal ni deposiciones con sangre. En la exploración física destacaba fiebre y palidez cutáneo-mucosa. Analítica: Hb: 9,4 g/dl, Hto:29,2%, VCM 92,2, leucocitos: 8600 (S 53,9%, L28,5%, M 15,5%) plaquetas 215.000/mm³, reticulocitos absolutos 8,5%, LDH 887 U/L, bilirrubina total 0.7 mg/dl, TPT: 80%, fibrinógeno 545 mg/dl, Coombs directo negativo, sideremia: 62, IST: 27,8 %, ferritina 1535. Morfología de los eritrocitos: poiquilocitosis y anisocitosis discreta; haptoglobina, ácido fólico y vitamina B12: normales, B2 microglobulina 7,41 U, hipergammaglobulinemia policlonal. Ac VIH: positivo, CD4: 198 células/mm³; Mientras se le está realizando el estudio el paciente presenta un Hb de 6,6 gr/dl con intensa reticulocitosis, sin objetivarse pérdidas digestivas, por lo que se inicia tratamiento con prednisona a 2mg/Kg, inmunoglobulinas inespecíficas y tratamiento antirretroviral con tenofovir, lamivudina y efavirenz. A pesar de ello, el paciente precisó transfusiones periódicas por persistencia de la anemia. Se realizó un TAC en el que se observaron múltiples adenopatías < 1 cm en tronco celíaco y raíz de mesenterio; y una gammagrafía de galio donde se observó intensa captación difusa a nivel gástrico. Se realizó una endoscopia digestiva alta donde se apreció una masa pétreo y friable sin datos de sangrado activo, cuyo resultado anatomopatológico fue de Linfoma no Hodgkin (LNH) difuso de células grandes B. La biopsia de médula ósea fue normal. Con el diagnóstico de LNH estadio IVEB, se inició tratamiento quimioterápico según esquema CHOP-metotrexate intratecal, desapareciendo la fiebre, recuperándose la anemia, el estado general y alcanzándose una respuesta completa tras el tercer ciclo de quimioterapia.

Conclusiones: La prevalencia de LNH como enfermedad definitoria de sida es del 3-5%, aunque determinan entre 12-16% de las causas de muerte por esta enfermedad. Es más frecuente en estadio III-IV, con afectación extraganglionar (75-100%), síntomas B (80%) y la afectación gastrointestinal ocurre en un 23% de los casos. Dentro de los síndromes paraneoplásicos, se han identificado casos de anemia hemolítica microangiopática en relación con tumores malignos. La trombocitopenia no siempre está presente y suele responder al tratamiento para la neoplasia.