



<https://www.revclinesp.es>

## 815 - ANEMIA HEMOLÍTICA POR ANTICUERPOS FRÍOS Y CALIENTES. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS POCO FRECUENTES

**Marcos Lorenzo Andrés, Ana Calonge Arribas, María Torres Briegas, Marcela Calero Saavedra, Marina Gómez Alcalde, María Ángeles Duro Fernández, Laura Lapuerta Corchón y Carlos Jiménez Mayor**

Complejo Universitario Asistencial de Soria, Soria, España.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar dos casos clínicos de pacientes con anemia hemolítica autoinmune (AHA) por anticuerpos fríos y calientes, respectivamente.

**Métodos:** Estudio descriptivo de un caso clínico de AHA por anticuerpos fríos secundaria a linfoma y otro caso clínico de AHA por anticuerpos calientes y revisión de la literatura sobre dichas entidades.

**Resultados:** Caso clínico 1. Se presenta el caso de un varón de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por anemia y síndrome constitucional a estudio. En la analítica sanguínea destaca hemoglobina de 7 g/dL, test de Coombs directo positivo para Ig M y C3d, elevación de bilirrubina y niveles disminuidos de haptoglobina. Se inicia tratamiento con eritropoyetina y prednisona a dosis de 1 mg/Kg/día. Ante la ausencia de respuesta a corticoterapia se pauta rituximab intravenoso con adecuada respuesta. Se completa estudio de AHA mediante serología de *Mycoplasma pneumoniae* y síndrome mononucleósido con resultado negativo y TC toraco-abdomino-pélvico en el que se objetivan múltiples adenopatías paraesofágicos, retrocrurales, retroperitoneales e iliacas bilaterales. Ante la alta sospecha de proceso linfoproliferativo se realiza biopsia con aguja gruesa de adenopatía ilíaca con resultado histológico compatible con linfoma B difuso de células grandes. Con el diagnóstico definitivo de anemia hemolítica autoinmune por crioaglutininas secundaria a un linfoma de alto grado, se inicia tratamiento de primera línea con esquema R-CHOP sin presentar complicaciones inmediatas. Caso clínico 2. Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y osteoporosis que acude a Urgencias por disnea progresiva de moderados esfuerzos acompañado de edemas en miembros inferiores y astenia. A la exploración física presenta cifras tensionales de 150/85 y saturación de oxígeno basal del 87%. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes bilaterales y en miembros inferiores edemas bimaleolares. En analítica sanguínea destaca hemoglobina de 6,7, y NT-PRO-BNP de 1500. y en radiografía de tórax se evidencia un aumento bilateral de la trama broncovascular. Ante el diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada y anemia normocítica normocrómica en rango transfusional se inicia tratamiento diurético y se solicitan pruebas pretransfusionales. Sin embargo, la hematóloga de guardia avisa telefónicamente de que visualiza una panaglutinina por lo que indica restricción de transfusiones hasta completar el estudio. Tras completar estudio se objetivan niveles indetectables de haptoglobina y test de Coombs directo positivo C3d 2+. Auto 4+. Se interroga a la paciente que no refiere cambios recientes en la medicación, infecciones o vacunaciones. Ante la sospecha de AHA por anticuerpos calientes, se realiza genotipado eritrocitario evidenciando la presencia de autoanticuerpos sin aloanticuerpos. Se inicia tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/día presentando la paciente una evolución favorable

con ascenso progresivo de las cifras de hemoglobina y resolución del cuadro congestivo.

*Conclusiones:* Presentamos ambos casos clínicos por la baja incidencia de casos de AHA, resaltando la importancia de realizar un amplio diagnóstico diferencial de anemias incluyendo no solo perfil ferrocinético y niveles de vitamina B12 y ácido fólico sino también un estudio de hemólisis, ya que si no esto puede conducir a un error diagnóstico y por ende a un error terapéutico.