

# EL SISTEMA INMUNE Y LA HEMÓLISIS COMO RESPONSABLE

N. Sotelo Kesti, A. Herencias Nevado, E. Pérez Castro, G. Galindo Doncel, J.A. Garcia Sánchez, R. Reques Cosme.

Hospital U. El Escorial. San Lorenzo de El Escorial.



Niña de 3 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por **fiebre de 38°C** de 3 días, **dolor abdominal** e **ictericia**. No coluria ni hipocolia. No otra sintomatología asociada. No ambiente epidemiológico de interés.

## EXPLORACIÓN

T.A.: 95/57 mmHg, percentil 72/75. F.C.: 118. Buen estado general. Bien perfundida. **Leve palidez cutánea e ictericia conjuntival**. No exantemas ni otras alteraciones en la piel. No adenopatías significativas. Soplo sistólico I/VI. A nivel abdominal, se palpa polo del **hígado y bazo 1 cm bajo reborde costal**. Resto sin alteraciones.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

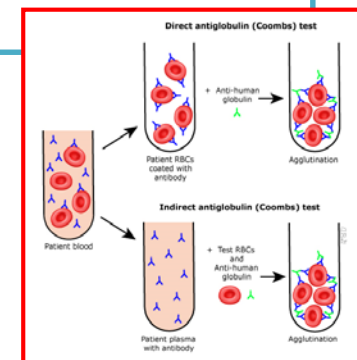
**Hemograma:** Leucocitos 9.89x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>, Hematíes 1,99x10<sup>6</sup>/mm<sup>3</sup>, **Hemoglobina 7,16 g/dl**, Hematocrito 20,00%; **VCM 101 fL, HCM 36 pg**, CHCM 35,70 g/dl, **Reticulocitos v. absoluto 798/l**, Reticulocitos 37,90%, Hierro 87 µg/dl, Capacidad de Fijación del Hierro 340 µg/ml, IST 36%, **Ferritina 90 ng/ml, Haptoglobina <8 mg/dl**, Transferrina 243 mg/dl, Ácido fólico 9.3 ng/ml, Vitamina B12 412 pg/ml, **Plaquetas 322x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>**.  
**Frotis en sangre periférica:** anisopoiquilocitosis de predominio macrocítico, **esferocitos**, macrocitos, policromatofilia. **No blastos**.  
**Coagulación:** Normal.

**Bioquímica:** **Bilirrubina Total 3,2 mg/dl, BD 0,4 mg/dl**, AST 61 UI/l, LDH 799 UI/l. **Inmunoematología: Coombs Directo (IgG, C3d) ++++**. **Orina:** Urobilinógeno 2 mg/dl. Resto normal.

**Serología:** VHBs Ag., VHC screening, Citomegalovirus IgG, Paul Bunnell, Herpes Simple 1+2 IgG, Herpes Simple 1+2 IgM, Parvovirus B19 IgG, Parvovirus B19 IgM: **Todos Negativos**.

## JUICIO CLÍNICO: ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE (AHA)

- La AHA se produce por autoanticuerpos que atacan a sus propios eritrocitos dando lugar a una hemólisis que puede llegar a producir anemia. Según la temperatura a la que actúan los anticuerpos se clasifican en fríos o calientes; la AHA puede ser primaria o secundaria.
- La AHA por frío suele ser **autolimitada** y la mayoría se deben a una **infección concomitante**. La AHA por anticuerpos calientes suele ser más **crónica con recaídas**.
- La mortalidad con AHA es del 3-4%; un 90% alcanzan la remisión de la enfermedad.
- En nuestro caso, hay signos como el **Test directo de antiglobulina positivo que orientan a un peor pronóstico**. Sin embargo, el hecho de que la sintomatología apareciese de forma repentina suele correlacionarse con buen pronóstico.



(1) Russell E Ware. Autoimmune hemolytic anemia in children: Treatment and outcome. Mar 2018. Obtenido de : <https://www.uptodate.com>; (2) Stanley L Schrier, Carlo Brugnara. Warm autoimmune hemolytic anemia: Clinical features and diagnosis. Mar 2018. Obtenido de : <https://www.uptodate.com>; (3) Stanley L Schrier, Carlo Brugnara. Pathogenesis of autoimmune hemolytic anemia: Cold agglutinin disease. Mar 2018. Obtenido de : <https://www.uptodate.com>.