

## HEMOFAGOCITOSIS REACTIVA EN DEBUT DE HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO CON COMA MIXEDEMATOSO

Hurtado G, Sala F, Antelo ML, Ugalde N, Zudaire MT, Ceberio I, Viguria MC, Pena E, Gorosquieta A, Uriz MJ, Orúe MT

*Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital de Navarra. Pamplona*

**Introducción:** La histiocitosis reactiva con hemofagocitosis es un síndrome de curso clínico grave debido a actividad macrofágica descontrolada. Son muchos y variados los procesos asociados o desencadenantes de este síndrome. En adultos se asocia a infecciones, tumores, fármacos, enfermedades reumatológicas o autoinmunes. Con frecuencia el curso clínico es fatal y dependiente de la enfermedad de base. Presentamos un caso particular y curioso de una paciente con hemofagocitosis reactiva en el debut de hipotiroidismo/coma mixedematoso

**Resumen:** Mujer de 70 años con cuadro de febrícula, disnea de esfuerzo, intensa astenia, lentitud física e intelectual de un mes de evolución e hipoacusia bilateral rápidamente progresiva. En los últimos días, aparición de edemas sin fovea a la presión en EEII, párpados y cara. En la exploración destacaba además sequedad de piel generalizada y descamación.

El ecocardiograma objetivó derrame pericárdico. El TAC descartó TEP y se vió hepatoesplenomegalia y anasarca. El TAC craneal no mostraba alteraciones. En analítica destacaba tiroxina  $<0.30\text{ng/dL}$  (normal 0.8-1.9), tirotropina en límites bajos de la normalidad con anticuerpos antitiroideos negativos e hiperprolactinemia ( $46.1\text{mg/L}$ ) y se observaba pancitopenia con datos de hemólisis no inmune (HB  $7.7\text{ g/dL}$ , VCM  $94.8\text{m}^3$ , Leucocitos  $2.9 \times 10^9/\text{L}$ , Plaquetas  $107 \times 10^9/\text{L}$ , morfología con policromatofilia, haptoglobina  $1\text{mg/dL}$ , test de Coombs directo e indirecto negativos, LDH  $2096\text{ U/L}$ , bilirrubina  $1\text{mg/dL}$ ), descartando causa carencial (hierro, índice de saturación, cobalamina y folato normales). Además presentaba ferritina elevada ( $1347\text{mg/L}$ ), triglicéridos altos ( $495\text{mg/dL}$ ) y suero lipémico con colesterol total normal. Se descartó cuadro infeccioso (los hemocultivos fueron negativos, igual que las serologías para Salmonellas, Brucella, Epstein-Barr, Toxoplasma, Citomegalovirus, Leishmania, Neumonías atípicas y Hepatitis A, B y C). Se realizó medulograma en el que se observó hiperplasia eritroide y lo más destacable de este caso, un aumento del número de macrófagos, con presencia de hemofagocitosis, principalmente de hematíes y eritroblastos y en menor grado, de plaquetas y neutrófilos. Se diagnosticó hipotiroidismo secundario, causa principal del cuadro clínico (por lo que se inició tratamiento con hormona tiroidea) y hemofagocitosis reactiva. La pancitopenia se agudizó en los siguientes días y la paciente evolucionó rápidamente con deterioro del estado general, hipotensión, oliguria y confusión llegando al coma, que no respondió a tratamiento en unidad de cuidados intensivos, falleciendo a los 7 días del ingreso.

**Conclusiones:** 1. En nuestro caso destaca la aparición de hemofagocitosis reactiva en el debut de hipotiroidismo secundario con evolución a coma mixedematoso, ya que es una patología que según la bibliografía consultada no está descrita como causa desencadenante. 2. La asociación de estas dos patologías, muy severas de forma individual, resulta particularmente grave.