

se planteen realizar estudios en relación con esta enfermedad en nuestro medio<sup>1,2</sup>. En este sentido, nos ha parecido muy interesante la revisión publicada por Gómez-Chiari et al<sup>1</sup> sobre esta entidad. El motivo de este comentario es aportar nuestra propia experiencia.

Recientemente, se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que han consultado en el servicio de urgencias del Hospital del Niño Jesús de Madrid, desde enero de 1997 hasta diciembre de 2002, por problemas relacionados con la drepanocitosis. Se han estudiado las siguientes características: edad, sexo, raza, país de origen, motivo de consulta, pruebas complementarias, diagnósticos realizados, tratamientos, complicaciones e indicaciones de ingreso. En este tiempo se han atendido 11 niños con anemia drepanocítica que han motivado 21 ingresos. Las edades están comprendidas entre 6 meses y 15 años. La distribución por sexo es similar. Todos los niños eran de raza negra y procedían, en su mayoría, de Guinea.

Todos los enfermos son homocigotos salvo un niño que presenta una forma doble heterocigota (HbSC). El porcentaje de hemoglobina S que presentan los pacientes ha variado entre el 53 y el 90 %, con un valor medio del 73 %. El valor basal medio de la concentración de hemoglobina es de 7 g/dl.

El principal motivo de consulta, coincidente con lo expresado en la literatura médica<sup>2-4</sup> y presente en prácticamente todos los enfermos, ha sido el dolor, que se localiza, sobre todo, en extremidades (10 casos). La crisis vasoclusiva es el diagnóstico más frecuente, dato este en concordancia con lo publicado<sup>3,5</sup>. El resto de los diagnósticos figuran en la tabla 1.

## Aprendiendo a tratar la anemia drepanocítica

*Sr. Editor:*

La drepanocitosis es una hemoglobinopatía hereditaria cuya incidencia está aumentando en España como consecuencia de la inmigración. Este hecho ha ocasionado que muchos servicios

**TABLA 1. Características principales de los pacientes**

Paciente	Sexo	Procedencia	Genotipo	HBS (%)	Hemoglobina (g/dl)	Edad (años)	Motivo de consulta	Diagnóstico*	Ingreso
1	M	Guinea	Homocigoto	72	7	9	Estudio anemia	Drepanocitosis, linfoma	Adecuado
2	M	Guinea	Homocigoto	85	7,9	15	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
						15	Dolor, fiebre	VSC mesentérica	Adecuado
3	F	Guinea	Homocigoto	90	5,1	15	Dolor, fiebre, vómitos	Malaria, drepanocitosis	Adecuado
4	F	Colombia	Doble heterocigoto S-C	40	11,2	10	Dolor, parestesias	VSC neurológica	Adecuado
						10	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
						11	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
						11	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
5	M	Guinea	Homocigoto	70	8,9	2	Fiebre, vómitos	Malaria, drepanocitosis	Adecuado
6	M	Guinea	Homocigoto	65	7,2	3	Estudio anemia	Drepanocitosis	Adecuado
7	M	Guinea	Homocigoto	73	8	3	Fiebre	Malaria, drepanocitosis	Adecuado
						4	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
						4	Dolor, ictericia	VSC en extremidad, crisis hemolítica	Adecuado
8	F	Guinea	Homocigoto	80	7,8	10	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
						11	Dolor	VSC en extremidad	Evitable
9	F	España	Homocigoto	77	6,7	14	Dolor, disnea	Síndrome torácico agudo	Adecuado
10	M	España	Homocigoto	64	6	0,5	Fiebre	Síndrome febril	Adecuado
						0,9	Palidez, fiebre	Secuestro esplénico	Adecuado
11	M	Ecuador	Homocigoto	53	7,8	8	Dolor, fiebre	VSC en extremidad, crisis hemolítica	Adecuado
						9	Dolor, fiebre	VSC en extremidad, crisis hemolítica	Adecuado
						9	Ictericia	Crisis hemolítica	Adecuado

\*Vasoclusión.

El tratamiento debe individualizarse en cada caso<sup>5,6</sup>. El que se ha aplicado con más frecuencia ha sido analgesia con dipiridona y sueroterapia intravenosas y en 2 casos se precisó cloruro mórfico. Seis pacientes han sido transfundidos con concentrado de hemáties en alguno de los ingresos, uno de ellos en tres ocasiones.

Las principales complicaciones halladas son: retraso pondero-estatural (talla y peso por debajo del percentil 3 en 5 pacientes), enfermedad de la vía biliar (2 pacientes), bazo multiinfartado (un paciente), dilatación ventricular (4 pacientes), dactilitis (un paciente), crisis aplásica (un paciente). Todas ellas se refieren en la bibliografía<sup>2,4</sup>.

Es importante destacar que 3 niños fueron, además, diagnosticados de paludismo y recibieron tratamiento antipalúdico. Otros dos referían haber sido ya diagnosticados y tratados con anterioridad.

Se han revisado las indicaciones de ingreso de nuestros pacientes según los criterios ya establecidos<sup>3</sup> para valorar cuántos podrían haber sido tratados de forma ambulatoria. Como se muestra en la tabla, hubiera estado indicado el tratamiento ambulatorio en 7 ocasiones.

Como comentarios finales cabe señalar que:

1. Las crisis vasooclusivas se han localizado sobre todo en extremidades, a diferencia de los pacientes de la serie citada anteriormente<sup>1</sup>.
2. El ingreso, según la bibliografía actual<sup>3,5</sup>, podría haberse evitado en un tercio de las ocasiones.
3. Hay que tener presente la malaria en el diagnóstico diferencial de los síndromes febriles de los pacientes con drepanocitosis, ya que muchos de ellos proceden de áreas endémicas de paludismo.
4. Es necesario que los servicios de urgencias infantiles desarrollen protocolos de actuación de una patología con prevalencia creciente que ocasiona reiteradas consultas.

**T. de la Calle Cabrera, M. de la Torre Espí  
y J.C. Molina Cabañero**

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid. España.

*Correspondencia:* Dra. T. de la Calle Cabrera.  
Corazón de María, 43, esc. izqda. 1.º B. 28002 Madrid. España.  
Correo electrónico: called@terra.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Chiari M, Tusell Puigbert J, Ortega Aramburu J. Drepanocitosis: experiencia de un centro. *An Pediatr* 2003;58:95-9.
2. Serjeant GR. The clinical features of sickle cell disease. *Baillieres Clin Haematol* 1993;6:93-115.
3. Rozman C, Montserrat E. Enfermedades del sistema eritrocitario: anemias. En: Farreras V, Rozman C, editores. *Medicina Interna*. Vol II. 13.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1995; p. 1663-5.
4. Hillery CA. Potencial therapeutic approaches for the treatment of vaso-occlusion in sickle cell disease. *Curr Opin Hematol* 1998;5: 151-5.
5. Yaster M, Kost-Byerly S, Maxwell LG. The management of pain in sickle cell disease. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:3,699-710.
6. Cohen AR. Hematologic emergencies. En: Fleisher GR, Ludwig S, editors. *Textbook of Pediatric emergency medicine*. Philadelphia: Lippincott-Williams & Wilkins, 2000; p. 859-86.