Rev Clin Esp. 2025;225(Supl 1):S1028

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

617 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Eugenia López Sánchez[1], *Dolores Rico López*[1] *y Carlos Reina Baez*[2]

[1]*Medicina Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.*[2]*Medicina Interna, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Resumen

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y tratamiento recibido de pacientes diagnosticados de síndrome hemofagocítico (SHF) en un hospital de tercer nivel entre 2014 y 2024.

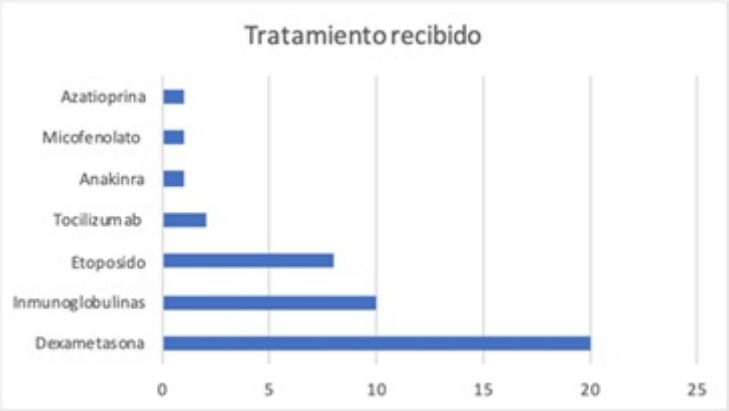
Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, donde se recogen y analizan variables epidemiológicas, clínicas y tratamiento mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de SHF en un hospital de tercer nivel entre el 2014 y 2024.

Resultados: Se analizaron 20 pacientes, siendo el 60% varones y con una edad media de 40 años. Entre las comorbilidades destaca que hasta un 25% tenían alguna enfermedad autoinmune (2 enfermedad de Crohn, 1 psoriasis, 1 lupus eritematoso sistémico (LES) y 1 enfermedad de Behçet), el 15% enfermedades hematológicas, el 20% presentaba VIH y hasta el 40% no tenían ningún antecedente relevante. El 30% de los pacientes estaban con tratamiento inmunosupresor de manera crónica, el 20% se encontraban con terapia antirretroviral y 50% sin tratamiento. El 100% de los pacientes presentaban fiebre alta. El 20% no tenía ninguna organomegalia, 9 pacientes tenían hepatoesplenomegalia y el 35% presentaban una sola organomegalia (6 esplenomegalia y 1 con hepatomegalia). Los datos analíticos están recogidos en la tabla. Respecto a las causas del SHF en nuestros pacientes, destaca que el 50% fueron debido a causa infecciosa, el 35% secundario a procesos oncohematológicos, el 5% debido a LES y el 10% no se pudo identificar la causa. Se hizo PAMO en todos los pacientes, y hasta el 75% presentaban fenómenos de hemofagocitosis. Se calculó el HSCORE, y se obtuvo puntuación elevada en el 90% de los pacientes, teniendo uno de ellos probabilidad intermedia (54-70%) y otro una probabilidad baja (1-3%). Los tratamientos recibidos se recogen en la figura. En nuestra muestra obtuvimos una mortalidad 45%.

Hemoglobina (g/dL)	Leucocitos (/L)	Plaquetas (/L)	LDH (UI/L)	Triglicéridos (mg/dL)	Ferritina (ng/mL)	Fibrinógeno (mg/dL)	AST(U/L)
11,2	1.000	25.000	957	560	15.081	240	143
9,5	2.500	29.000	2.151	160	2.814	180	109

7,6	4.960	38.000	270	443	4.665	71	37
7,5	1.570	64.000	811	252	11.109	144	30
9	1.980	24.000	2.645	254	17.397	82	208
8,2	2.210	98.000	226	163	894	435	19
8,2	340	23.000	934	131	6.957	81	60
7,6	6.400	15.000	1.921	435	> 40.000	64	338
7,2	1.820	27.000	266	177	> 40.000	329	61
9,2	2.170	52.000	416	202	1.702	163	164
6,1	31.720	5.000	401	162	403	161	27
7,2	620	1.000	156	144	28.297	616	32
6,3	3.760	120.000	950	743	28.344	207	176
8	260	16.000	2.202	345	> 35.000	60	112
7,3	10	5.000	1.213	500	>35.000	227	202
10,9	3.390	117.000	2.130	No disponible	25.901	20	377
10,1	1.950	113.000	719	163	4.068	220	208
10,6	80	18.000	345	No disponible	12.673	323	134
8,8	4.160	15.000	185	405	3.625	282	61
7,5	70	50.000	7.191	No disponible	> 35.000	229	9.532

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.



Conclusiones: En nuestro estudio, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueran la fiebre elevada (> 38,5 ºC) y la presencia de organomegalia tanto esplenomegalia como hepatomegalia o ambas, estos datos son concordantes con la literatura científica actual. Entre las causas, el 90% del SHF fue secundario, principalmente a procesos infecciosos y oncohematólogicos, y en menor medida, en nuestra muestra, debido a enfermedad autoinmune, siendo solo el 10% SHF primario. El abordaje terapéutico en nuestra muestra se ajusta en gran medida a las guías actuales, destacando: el uso universal de dexametasona, que refleja una correcta identificación de la fase inflamatoria del síndrome. La utilización de inmunoglobulinas y etopósido se encuentra en proporción adecuada, aunque podría valorarse un mayor uso de etopósido en casos neoplásicos. El uso puntual de terapias biológicas indica un enfoque actualizado y personalizado, probablemente en contextos de SHF autoinmune o refractario. La mortalidad del 45% en tu muestra, a pesar de la correcta instauración de tratamientos, refuerza lo que indica la literatura: el SHF sigue siendo una patología grave, con alta mortalidad, que requiere diagnóstico y manejo precoces y agresivos.

0014-2565 / © 2025, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.