

Carta al editor

Observaciones al artículo “Pancitopenia: Enfoque diagnóstico. Revisión de la literatura”.

Observations on the article “Pancytopenia: Diagnostic Approach. A Literature Review”.

Diana Elizabeth Andrade-Mejía^{1,a}, Jhonatan Andrés Portes-Ortiz^{2,a}

1. Médica, Estudiante Especialización en Medicina Familiar.
2. Médico, Especialista en Medicina Familiar, Especialista en Epidemiología Clínica.

a. Fundación Universitaria Navarra Neiva (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Diana Elizabeth Andrade-Mejía
ORCID ID <https://orcid.org/0009-0003-7874-9601>
UNINAVARRA Neiva (Colombia).
E-mail: diana.andrade80@uninavarra.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 20 de noviembre de 2025.
ACEPTADO: 25 de noviembre de 2025.

RESUMEN

El texto analiza críticamente un algoritmo diagnóstico propuesto para la pancitopenia, señalando una inconsistencia relevante cuando coexisten pancitopenia y esplenomegalia. Se destaca que el algoritmo conduce de forma directa a procedimientos invasivos como la punción o biopsia de médula ósea, sin considerar previamente causas secundarias frecuentes. En la práctica clínica basada en evidencia, este hallazgo suele asociarse a hipersplenismo, principalmente relacionado con hepatopatía crónica, cirrosis o hipertensión portal, aunque también puede deberse a infecciones, neoplasias hematológicas, enfermedades autoinmunes, congestión sistémica o trastornos por almacenamiento. Se propone incorporar una evaluación clínica y paraclínica inicial no invasiva, incluyendo estudios hepáticos, imagenológicos e infecciosos. La biopsia medular debería reservarse para casos con alta sospecha de compromiso medular o ausencia de una causa clara, con el fin de evitar procedimientos innecesarios y errores diagnósticos.

Palabras clave: Pancitopenia, esplenomegalia, hipersplenismo, algoritmo diagnóstico, biopsia de médula ósea, práctica clínica basada en evidencia.

ABSTRACT

The text provides a critical appraisal of a proposed diagnostic algorithm for pancytopenia, highlighting an important inconsistency in cases where pancytopenia coexists with splenomegaly. The algorithm directs clinicians immediately toward invasive procedures such as bone marrow aspiration or biopsy, without explicitly considering common secondary causes. Evidence-based clinical practice suggests that this presentation is most often related to hypersplenism, frequently associated with chronic liver disease, cirrhosis, or portal hypertension, although infectious, hematologic, autoimmune, congestive, and storage disorders should also be considered. The authors recommend adding a preliminary, noninvasive clinical and diagnostic evaluation, including liver function tests, imaging studies, and targeted infectious workup. Bone marrow examination should be reserved for patients with persistent diagnostic uncertainty, strong suspicion of hematologic malignancy, or warning signs, in order to prevent unnecessary invasive procedures and diagnostic misinterpretation.

Key words: Pancytopenia, splenomegaly, hypersplenism, diagnostic algorithm, bone marrow biopsy, evidence-based clinical practice.

Andrade-Mejía DE, Portes-Ortiz JA. Observaciones al artículo “Pancitopenia: Enfoque diagnóstico. Revisión de la literatura”. *Salutem Scientia Spiritus* 2025; 11(4):24-25.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

Señor Editor
Revista Salutem Scientia Spiritus

Hemos leído con atención el artículo “Pancitopenia: Enfoque diagnóstico. Revisión de la literatura” (publicado en el Volumen 10 Número 2 del 2024 en la Revista Salutem Scientia Spiritus)¹ y felicitamos a los autores por abordar un tema de gran relevancia clínica con potencial impacto en la práctica. Sin embargo, consideramos importante señalar la siguiente inconsistencia entre lo representado en el algoritmo y el abordaje recomendado en la práctica clínica basada en evidencia:

En la rama del algoritmo que parte de la “esplenomegalia presente”, se conduce de manera directa a la punción aspiración de médula ósea o a la biopsia de médula ósea, sin un paso previo explícito de evaluación de causas secundarias frecuentes.

En la práctica, cuando existen pancitopenia y esplenomegalia sugiere hiperesplenismo ya sea por secuestro y/o destrucción excesiva de células sanguíneas en un bazo agrandado.^{2,3} En la gran mayoría de casos, la pancitopenia en un paciente con esplenomegalia y/o hiperesplenismo se asocian con enfermedad hepática/cirrosis o hipertensión portal.^{2,4} Sin embargo, existen otras etiologías a tener en cuenta como:

- Infecciones (infecciones virales, malaria, leishmaniasis, endocarditis)
- Neoplasias hematológicas con compromiso esplénico o medular.
- Hematopoyesis extramedular (asociada con mielofibrosis o talasemias)
- Congestión como en insuficiencia cardíaca congestiva del lado derecho)
- Inflamación por enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, síndrome de Felty entre otras.
- Enfermedades por almacenamiento como en enfermedad de Gaucher.

Sugerimos añadir un paso previo, no invasivo y orientado por la clínica: evaluación de linfadenopatía, síntomas constitucionales, estigmas de hepatopatía crónica y datos de autoinmunidad; en paralelo, solicitar pruebas de función hepática, ecografía hepatobiliar con Doppler como estudio de primera línea, tomografía computarizada abdominopélvica si la ecografía no es concluyente y estudios infecciosos según el contexto epidemiológico. Cuando coexistan esplenomegalia y linfadenopatía, o exista sospecha tumoral, incorporar marcadores linfoproliferativos, entendidos como orientación inicial y no sustitutivos de la biopsia diagnóstica cuando esté indicada.²⁻⁴

La punción aspiración o la biopsia de médula ósea, se debe reservar para aquellos pacientes que, tras la evaluación inicial, no

se identifique una causa clara, exista alta sospecha de neoplasia hematológica con compromiso medular o existan banderas rojas (presencia de blastos en sangre periférica, citopenias rápidas y progresiva, síntomas constitucionales).^{2,4}

Esta discrepancia entre lo graficado y las recomendaciones habituales puede generar confusión entre los lectores y conducir a procedimientos invasivos prematuros o a interpretaciones diagnósticas erróneas. Dado que se trata de un asunto sensible para la toma de decisiones basadas en evidencia, sería aconsejable que los autores aclaren estas cuestiones y ajusten el algoritmo y la figura correspondiente.

Agradecemos la oportunidad de contribuir a la discusión académica y subrayamos que estas observaciones buscan fortalecer la validez y la utilidad clínica del trabajo presentado.

REFERENCIAS

1. Morales-Quintero N, Martínez-Sánchez LM. Pancitopenia: Enfoque diagnóstico. Revisión de la literatura. *Salutem Scientia Spiritus*. 2024; 10(1):50-56.
2. Chew S, Kamangar M. Approach to pancytopenia: From blood tests to the bedside. *Clin Med (Lond)*. 2024; 24(5):100235. DOI: 10.1016/j.clinme.2024.100235.
3. Fierro-Angulo OM, González-Regueiro JA, Pereira-García A, Ruiz-Margáin A, Solís-Huerta F, Macías-Rodríguez RU. Hematological abnormalities in liver cirrhosis. *World J Hepatol*. 2024 Sep 27; 16(9):1229-1244. DOI: 10.4254/wjh.v16.i9.1229.
4. Gnanaraj J, Parnes A, Francis CW, Go RS, Takemoto CM, Hashmi SK. Approach to pancytopenia: Diagnostic algorithm for clinical hematologists. *Blood Rev*. 2018; 32:361-7. DOI: 10.1016/j.blre.2018.03.001