UN ERROR DE TRAZO

En los orígenes etimológicos de la palabra empatía se definía con exactitud aquello que estaba experimentando. Se dice que la palabra, antes de su uso desde un punto de vista clínico, fue empleada para describir aquello que transmite una obra de arte ante quien la observa. Bien es cierto que los antiguos griegos lo tendrían más fácil con sus obras escultóricas llenas de dinamismo. Ante mis ojos estaba una serie de 12 pocillos de gel con unos puntos dispersos en el eje vertical, a los que llamaban agregados, y, en algunos casos, una raya horizontal completa fruto de la imposibilidad de los conglomerados de hematíes para descender entre los mínimos huecos que restaban entre cada nanoesfera. Puntos y rayas… conceptos no muy distantes de la concepción del arte moderno actual, cuya interpretación, en comparación con el arte clásico, se intuye más difícil.

No era más que un residente de Hematología en una guardia nocturna, un aprendiz de aquel taller de arte moderno al que llamaban Servicio de Transfusión.

El maestro me había enseñado en los meses previos los fundamentos básicos para interpretar los resultados, aquellos puntos y rayas que formaba la biología al enfrentar el plasma del paciente con células comerciales, basándose en la reacción antígeno-anticuerpo.

Contaba con la ayuda inestimable de interpretaciones previas realizadas por mis superiores bajo la siempre más benevolente luz del Sol. De forma somera, en aquella hoja transfusional, se indicaba que el plasma del paciente presentaba anticuerpos anti-K. Dicho anticuerpo, como si de un pincel se tratase, iba a mostrar unos trazos en aquellos pocillos que, sin duda, buscaría con ahínco.

—«*Solo se trata de un panel para descartar otros aloanticuerpos*» —me repetía a mí mismo una y otra vez.

Era capaz de encontrar los trazos que sin duda dejaba tras de sí el anti-K, pero, en aquella obra de arte moderno, había demasiados puntos, demasiados pocillos con trazos artísticos que el pincel del anti-K no había dejado a su paso.

Aquellas otras positividades en células K-negativas no eran desconocidas para mí. Me habían entrenado con premura a identificarlas, puesto que se trataba de un hallazgo frecuente. Aquello era obra de un anti-D, que, en ocasiones, por ausencia de stock, se inducía en pacientes Rh(D) negativos que recibían un concentrado Rh(D) positivo. Al llegar a aquella conclusión, un suspiro abandonó mi interior. Sin embargo, la calma iba a durar poco.

El grupo serohemático del paciente era B positivo y dado que presentaba una sensibilización previa conocida, hubiese sido obligado respetar con anterioridad por completo el sistema Rh y, por supuesto, el Kell. Había algo que no encajaba. Además, existía el problema añadido de los agregados en el pocillo del “AUTO”. Este hallazgo conducía siempre a continuar con los estudios y, con ellos, y por suerte, ganar así algo de tiempo para organizar mis pensamientos por orden alfabético.

Comenzaría con un Test de Coombs Directo, para comprobar que, efectivamente, en el interior de los vasos sanguíneos de nuestro paciente se disputaba una especie de guerra civil, en la que los anticuerpos circulantes reconocían como ajenos epítopos de los hematíes que viajaban suspendidos en el mismo fluido que los contenía a ambos.

—«*Positivo de dos cruces. Monoespecífico una cruz para IgG*» —comentó la enfermera de técnicas mientras depositaba la tarjeta sobre la mesa.

¿Cómo de agresivo estaba siendo aquel enfrentamiento? ¿Existía realmente hemólisis? Y, sobre todo, ¿por qué habían solicitado el concentrado de hematíes?

— «*Detrás de cada panel hay una petición motivada, y detrás de ella un paciente. Busca en la Historia Clínica siempre que las dudas te acorralen*». Aquella fue la primera lección que anoté en la libreta que se disponía a contener los conocimientos que adquiriría en aquella rotación.

Se trataba de un varón de 61 años, ucraniano, en programa de hemodiálisis por enfermedad renal crónica avanzada y con antecedentes de politransfusión. Precisaba un nuevo concentrado por falta de rendimiento transfusional previo, pero sin datos analíticos francos de hemólisis que sugiriesen la presencia de restos post-mortem de eritrocitos caídos en injusta contienda.

Aquello me concedía tiempo. El suficiente para enfrentar la herejía que suponía la presencia de un anti-D en un paciente Rh(D) positivo.

—«*Hagamos un eluido*» — Respondí a la confundida enfermera por la demora en mi respuesta.

Con dicha técnica, se podrían lavar bien los hematíes del paciente, desprender el anticuerpo protagonista y preguntarle directamente a qué antígeno posicionaba en su mirilla antes de disparar.

Vagabundeando por los pasillos del hospital en busca de alguna respuesta coherente a aquel dilema, interrumpe el fluir de mis neurotransmisores el detestable pitido del busca. El eluido había formado exactamente el mismo patrón. No había escapatoria. Solicitar nuevas pruebas sería una huida indigna. Cerré los ojos y rebusqué en el hipocampo todo lo que recordaba del Rh(D). Este antígeno funcionaba como un bosque denso, conformado por multitud de árboles. Y es que no contenía un único epítopo, sino más de 30 que generaba en su hilar a través de la membrana del hematíe, dejando pequeñas puntadas sin tensar o “bucles extracelulares”, según la terminología más oficial.

Era fácil perderse en el cajón de sastre de las variantes del antígeno D. Ocurría que, en ocasiones, alguna de estas puntadas se encontraba ausente, lo que daba lugar al D-parcial. En otras ocasiones, aun estando presentes todas y cada una de ellas, su densidad en la superficie del hematíe era escasa lo que generaba un D-débil. Ambas situaciones predisponían a una sensibilización frente a parte o al conjunto de esta maraña de hilos. En dicho supuesto, podríamos suponer que aquel anti-D eluido sólo reconocía una región concreta del antígeno D. Quizá el Coombs directo fuese positivo por hematíes transfundidos previamente que sí expresaban dicho epítopo.

Por otro lado, podría asumir que aquello no se trataba de un aloanticuerpo, sino de un autoanticuerpo circulante generado por variopintas causas ajenas al enigma hematológico que me mantenía ensimismado. Quizá, cual francotirador con miopía, el autoanticuerpo estuviese reconociendo como enemiga una estructura espacial que el fondo debería de resultarle familiar.

Todo ello eran hipótesis que se aclararían cuando el astro rey volviese a emitir sus relucientes haces de fotones marcando el fin de mi guardia. Pero, por el momento, decidí ir a lo sencillo y solicitar una prueba cruzada, que resultaría compatible, con unidades Rh(D) y K negativas, respetando el resto del sistema Rh y Kell. Días más tarde, el genotipado confirmó un Rh(D) completo y usual, por lo que caían con ello las hipótesis de un alo-anti-D en contexto de una variante D. Restaba, pues, cual superviviente de un largo recorrido mental por la inmunohematología, la teoría de un auto-anti-D. Con ello, podríamos dar por descifrado un cuadro abstracto más. ¿Cuál sería la siguiente obra de arte moderno que aguardaba por una interpretación en aquel curioso taller en que se desarrollaba mi rotación?