Med Gen Fam. 2026; 15(5): 236-237

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Poliglobulia secundaria a empagliflozina

Alba Blanco Gallego[a,*], *María del Río Bueno*[a], *Coral Gamazo Güell*[a], *Elisa del Molino Serrano*[b], *Patricia Bayón Fernández*[c], *Tania López Caballero*[b]

[a]*Centro de Salud de Velilla de San Antonio (Madrid).* [b]*Centro de Salud El Puerto. Coslada (Madrid).* [c]*Centro de Salud Jaime Vera. Coslada (Madrid).*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 14 de enero de 2026
Aceptado el 31 de octubre de 2026
On-line el 23 de noviembre de 2026

Palabras clave:
Inhibidores SGLT2
Poliglobulia
Eritrocitosis
Empagliflozina

RESUMEN

La poliglobulia es un hallazgo relativamente frecuente en atención primaria. Obliga a descartar causas secundarias potencialmente graves, como la hipoxia crónica, procesos neoplásicos o enfermedades hematológicas. Sin embargo, determinados tratamientos farmacológicos pueden ser responsables de alteraciones analíticas inesperadas.

Se presenta el caso de un varón de 70 años con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con empagliflozina, en el que se detectó poliglobulia leve en una analítica de control.

Este caso pone de manifiesto la importancia de una revisión sistemática del tratamiento farmacológico ante hallazgos analíticos casuales, así como la necesidad de conocer los efectos adversos de fármacos de uso creciente en la práctica clínica habitual.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Secondary polyglobulia due to empagliflozin

Keywords:
SGLT2 inhibitors
Polyglobulia
Erythrocytosis
Empagliflozin

ABSTRACT

Polycythemia is a relatively common incidental finding in primary care. It requires exclusion of potentially serious secondary causes such as chronic hypoxia, malignancy, or hematologic disorders. However, drug-related causes should also be considered.

We present the case of a 70-year-old man with type 2 diabetes mellitus treated with empagliflozin, in whom mild polycythemia was detected during routine blood testing.

This case highlights the importance of a systematic medication review when unexpected laboratory abnormalities are identified, as well as the need for primary care physicians to be aware of adverse effects associated with widely used therapies.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: albabge97@gmail.com (A. Blanco Gallego).
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.052
2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 70 años de edad, que acude a consulta de atención primaria como nuevo paciente. Entre sus antecedentes personales destaca diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento con empagliflozina; exfumador desde hace más de 20 años.

En la analítica inicial realizada se objetiva una hemoglobina de 19 g/dl, con un hematocrito discretamente elevado (aproximadamente un 2 % por encima del límite superior de la normalidad). El resto de los parámetros analíticos, incluyendo función renal y hepática, se encuentran dentro de la normalidad, al igual que la exploración física.

Ante el hallazgo de poliglobulia, se inicia un estudio orientado al diagnóstico diferencial. Se descarta el tabaquismo activo como causa, dado el tiempo transcurrido desde el abandono y la ausencia de alteraciones analíticas previas.

La espirometría no muestra datos compatibles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y no existen síntomas sugestivos de síndrome de apnea-hipopnea del sueño.

No constan antecedentes de exposición a grandes alturas ni signos clínicos de hipoxia.

Las pruebas complementarias realizadas no evidencian patología renal, hepática ni procesos neoplásicos conocidos.

Al no identificarse causas secundarias evidentes, se revisa el tratamiento farmacológico. Se observa que la alteración hematológica coincide temporalmente con el inicio del tratamiento con empagliflozina. La revisión de la literatura permite identificar una asociación descrita entre el uso de un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y la aparición de eritrocitosis, lo que orienta el diagnóstico hacia una poliglobulia secundaria de origen farmacológico.

Comentarios

La poliglobulia se define como un aumento de la masa eritrocitaria, reflejado en cifras elevadas de hemoglobina y hematocrito[1,2]. Puede ser primaria, como en la policitemia vera, o secundaria a múltiples causas, entre ellas la hipoxia crónica, determinados procesos neoplásicos o el uso de fármacos[1,3]. Dada su asociación con un mayor riesgo trombótico, su detección en atención primaria obliga a realizar un estudio sistemático que permita identificar la etiología subyacente y orientar un abordaje adecuado[1,3].

En los últimos años, los iSGLT2 han adquirido un papel relevante en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 y la insuficiencia cardiaca. Entre sus efectos adversos descritos, se encuentra el incremento de los valores de hemoglobina y hematocrito, fenómeno que puede generar dudas diagnósticas en la práctica clínica habitual[1,2].

La poliglobulia secundaria constituye un hallazgo relativamente frecuente en la práctica clínica y, en muchas ocasiones, es detectada de forma casual en atención primaria[3]. La prioridad diagnóstica debe centrarse en descartar causas potencialmente graves, como la hipoxia crónica, los procesos neoplásicos o las enfermedades hematológicas, antes de atribuir el hallazgo a una etiología farmacológica[3].

Diversos estudios han descrito un incremento de los valores de hemoglobina y hematocrito en pacientes tratados con iSGLT2, especialmente con empagliflozina[1,2]. Este efecto parece explicarse no solo por la hemoconcentración secundaria a su acción diurética, sino también por mecanismos fisiopatológicos más complejos, como la reducción de los niveles de hepcidina, el aumento de la disponibilidad de hierro y la estimulación de la eritropoyesis mediada por la eritropoyetina[1,2].

Aunque en la mayoría de los casos el aumento de las cifras es leve, su reconocimiento resulta fundamental para evitar exploraciones innecesarias y para valorar adecuadamente el riesgo trombótico individual del paciente, especialmente en quienes tienen otros factores de riesgo cardiovascular[1,3].

Ante el hallazgo de poliglobulia en la consulta de atención primaria, se recomienda confirmar el resultado mediante una segunda analítica y realizar un estudio dirigido para descartar causas secundarias frecuentes, como la hipoxia crónica, el tabaquismo activo o el síndrome de apnea-hipopnea del sueño[3].

Asimismo, resulta fundamental revisar de forma sistemática el tratamiento farmacológico del paciente, teniendo en cuenta fármacos de uso habitual que pueden asociarse a eritrocitosis[1,2]. En la tabla 1 se presenta una estrategia práctica y ordenada para el abordaje de la poliglobulia en el ámbito de la atención primaria.

Tabla 1 – Estrategia práctica ante la poliglobulia en atención primaria.

Paso	Actuación
1	Confirmar el hallazgo con una segunda analítica (hemoglobina y hematocrito).
2	Descartar causas frecuentes de hipoxia: tabaquismo activo, EPOC, SAHS, exposición a altura.
3	Valorar función renal y hepática; descartar patología neoplásica según contexto clínico.
4	Revisar tratamiento farmacológico y prestar especial atención a fármacos asociados a eritrocitosis (iSGLT2, testosterona…).
5	Individualizar el riesgo trombótico y valorar remisión a Hematología si cifras elevadas persistentes o clínica asociada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chin-Yee B, Solh Z, Hsia C. Erythrocytosis induced by sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors. CMAJ. 2020;192(42): E1271. https://doi.org/10.1503/cmaj.76686
2. Medsafe New Zealand. Sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors and potential risk for polycythaemia. Prescriber Update. 2023;44(2):35-7. https://www.medsafe.govt.nz/profs/PUArticles/June2023/SGLT2-inhibitors-potential-risk-polycythaemia.html
3. Sociedad Española de Medicina Interna. Preguntas y respuestas sobre los inhibidores SGLT2 en insuficiencia cardiaca. Documento de consenso. 2023.