



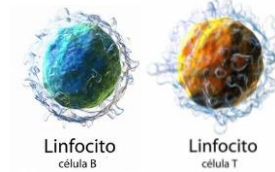
Medicina humana

Pediatría *“Enfermedades
linfoproliferativas de la infancia”*
6to Semestre (cuarto parcial)

Doctor Saúl Peraza Marín
Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Enfermedades Linfoproliferativas de la Infancia

Los linfomas en la infancia son un grupo heterogéneo de neoplasias que afectan al sistema inmune y derivan de los linfocitos en diferentes estados de diferenciación.
 Los linfomas constituyen un grupo de neoplasias del tejido linfóide, derivadas de los linfocitos B o T.



Los dos tipos principales de linfoma

Linfoma de Hodgkin (LH)

La EH es un proceso maligno del sistema linforreticular

Constituye el 6% de los tumores infantiles.
 -Representa un 5% de los cánceres en pacientes menores de 15 años .
 -Un 15% en personas de 15-19 años.
 -Es infrecuente en los niños <10 años.

LH clasico

Las células malignas se denominan células histiocíticas y linfocíticas (HL), y presentan morfología que recuerda a las palmitas de maíz.

LH nodular

Es el antígeno de superficie CD20.
 -Presenta acúmulos celulares formados en el 99% por células reactivas no malignas: linfocitos, eosinófilos, neutrófilos, histiocitos y células plasmáticas.

Linfoma no Hodgkin (LNH)

El linfoma no Hodgkin infantil es un tipo de cáncer que se forma en el sistema linfático, que forma parte del sistema inmunitario.
 El único factor etiológico favorecedor del desarrollo de un LNH conocido actualmente es la inmunodeficiencia, primaria o adquirida. Los niños afectos de síndromes de inmunodeficiencia congénita, adquirida o en tratamiento inmunosupresor, tienen mayor riesgo de desarrollar LNH.

El LNH es responsable de, aproximadamente, 60% de todos los linfomas en niños y adolescentes.
 -Representa el 8-10% de todas las neoplasias en niños entre 5 y 19 años.

Linfoma linfoblástico

La mayoría de los linfomas linfoblásticos son causados por células de estirpe T y se presentan como masa mediastínica acompañada de derrame pleural o pericárdico.

Linfoma de Burkitt

El LB esporádico se presenta como una masa abdominal, causante de un cuadro de invaginación intestinal y crisis suboclusivas, ocupación abdominal masiva o abdomen agudo. También, como masa adenopática en la región parafaríngea.

En estos casos, si la resección quirúrgica puede ser completa, supone la curación de la práctica totalidad de estos pacientes con muy poca quimioterapia (QT) adyuvante

Linfoma difuso de células grandes B

El LDCGB tiene tendencia a afectar a la piel y al hueso. La variante mediastínica primaria es característica de mujeres jóvenes.

Linfoma anaplásico de células grandes

El LACG se presenta en dos formas clínicas, una cutánea exclusiva, ALK negativa y de evolución benigna; y otra forma invasiva o sistémica, ALK positiva, que requiere tratamiento QT agresivo.

síntomas y signos sistémicos, como: fiebre, cansancio y anorexia.
 El 70% de los pacientes debutan con enfermedad diseminada. No es excepcional la afectación del SNC y de la MO.

Clinica

Los pacientes presentan con frecuencia adenopatías indoloras, firmes, elásticas, a nivel cervical o supraclavicular
 La mayoría de los pacientes debutan con cierto grado de afectación mediastínica
 Los pacientes pueden presentar síntomas y signos de obstrucción en las vías respiratorias, (disnea, hipoxia, tos)
 Derrames pleural o pericardio
 Disfunción hepática o infiltración medular (anemia, neutropenia, o trombocitopenia)

Diagnostico

en pacientes con adenopatía persistente sin causa aparente se realiza radiografía de torax. se plantea biopsia en pacientes con adenomegalias persistentes de preferencia abierta.

incluye una anamnesis, una exploración física y estudios de imagen, incluida la radiografía de tórax; TC torácico, abdominal y pélvico; gammagrafía con galio y tomografía por emisión de positrones (PET).

Los estudios de laboratorio comprenden un recuento celular completo (RCC). También se ha descrito la importancia pronóstica de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y de la determinación de los niveles séricos de cobre y ferritina que, en caso de ser patológicos en el momento del diagnóstico

Tratamiento

Las novedades terapéuticas en el LH van tanto dirigidas a disminuir la tasa y gravedad de los efectos secundarios, como a mejorar las tasas de curación, en la actualidad superiores al 90%. La radioterapia podría evitarse en casos seleccionados.

Diagnostico→ Las pruebas de laboratorio y de imagen recomendadas son: hemograma completo (HC), electrolitos, ácido úrico, calcio, fósforo, bilirrubina, nitrógeno ureico, creatinina, alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa, aspirado y biopsias bilaterales de médula ósea, punción lumbar con citología, recuento celular y de proteínas en LCR; radiografía de tórax y CT de cuello, tórax, abdomen y pelvis. PET y gammagrafía ósea (opcional) y TC craneal (opcional)

Tratamiento→ quimioterapia sistémica con múltiples fármacos y la quimioterapia intratecal, cirugía para obtener muestras diagnósticas y/o biológicas, radioterapia, El tratamiento específico de la enfermedad localizada y avanzada es similar en el LB y el LDCBG. El LB y el LDCBG requieren de 6 semanas a 6 meses de quimioterapia con múltiples fármacos. Las pautas más frecuentes son COPAD (ciclofosfamida, vincristina, prednisona y doxorubicina)

Bibliografías

- Kliegman-Behrman-Jenson-Stanton. (2008). Nelson Tratado de Pediatría. España: Elsevier.
- J. Sánchez de Toledo Codina, C. Sábado Álvarez. (2012). Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. 2013, de Servicio de Oncología y Hematología Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil Sitio web: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi06/04/463-474%20Linfoma.pdf>