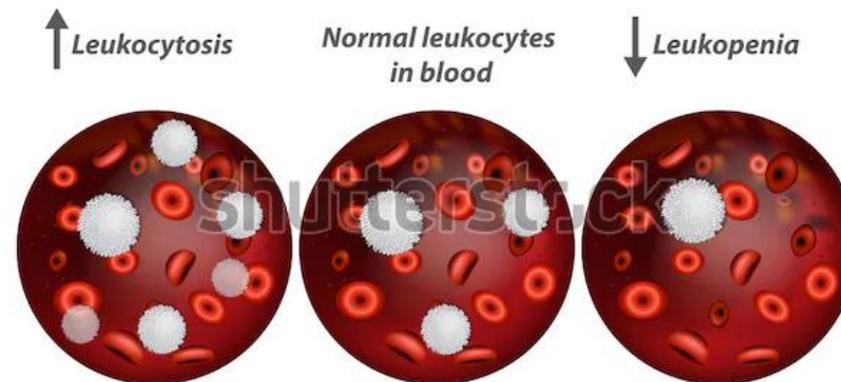


FISIOPATOLOGÍA DE LOS LEUCOCITOS

ALTERACIONES CUANTITATIVAS

LEUCOCITOSIS

Aumento del número de leucocitos (glóbulos blancos). Suele ocurrir durante la fase aguda de una infección o una inflamación.



CAUSAS

Efecto tóxico

toxinas

Mononucleosis infecciosa:
originada por el virus de Epstein Barr



Sarampión

No infecciosas: reacciones de hipersensibilidad y las relacionadas con situaciones de estrés (politraumatizados, cardiopatía aguda, estatus epiléptico)

NEUTROFILIA

Aumento absoluto de los neutrófilos

Causa más común de leucocitosis
«MAYOR A 7500/MM³»

Primaria:

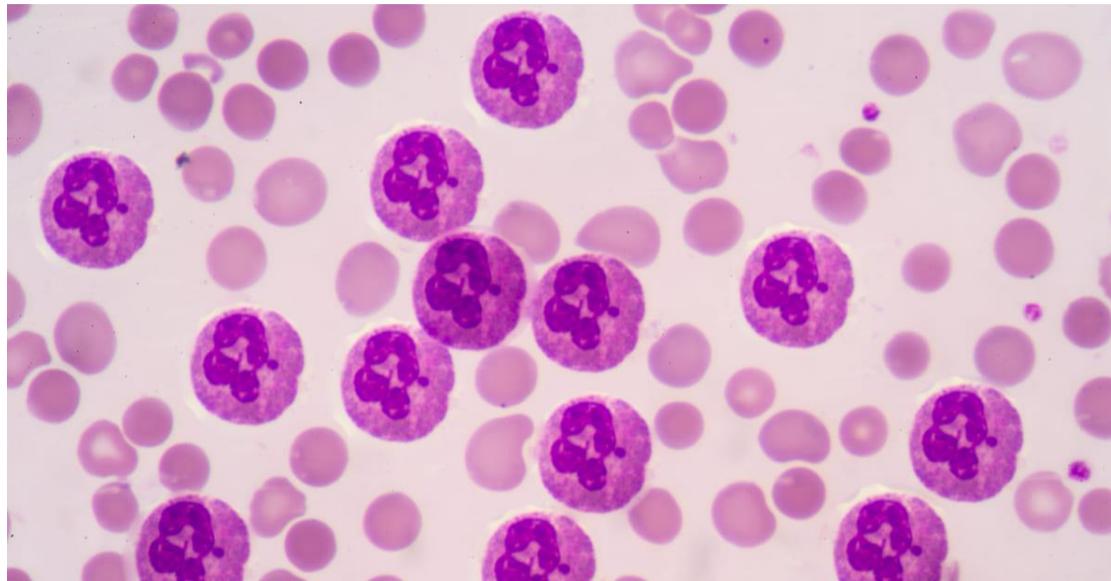
- Neutrofilia hereditaria
- Neutrofilia idiopática crónica
- Leucemia mielógena crónica (LMC) y otras enfermedades mieloproliferativas

Secundaria

- Infección
- Neutrofilia por stress
- Inflamación crónica
- Inducida por drogas: Esteroides, litio, tetraciclina

MECANISMO

Las infecciones bacterianas producen una liberación de neutrófilos desde la medula ósea y el endotelio vascular de forma directamente proporcional a la gravedad de la infección a la inflamación



Eosinofilia

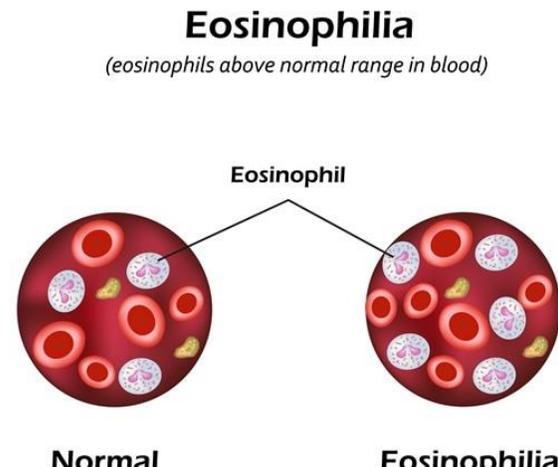
La eosinofilia es la presencia de una cantidad anormalmente alta de eosinófilos en la sangre.

La eosinofilia se caracteriza como

- Leve: 500-1.500/microL
- Moderado: 1.500 a 5.000/mcL
- Grave: > 5000/microL

CAUSAS

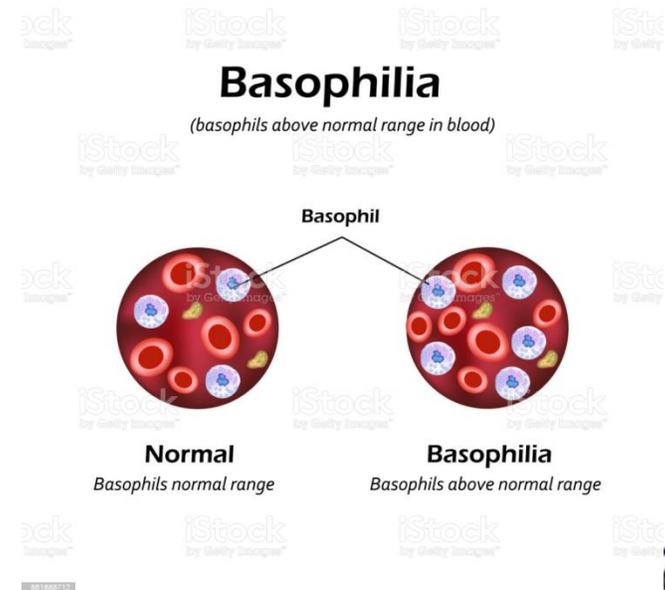
- **Primaria:** proliferación clonal de eosinófilos asociada con trastornos hematológicos, como las leucemias y los trastornos mieloproliferativos
- **Secundario:** causado por o asociado con trastornos no hematológicos (Trastornos importantes y tratamientos asociados con eosinofilia)
- **Idiopática:** no se logran identificar las causas



Basófilo

Presencia de una cantidad elevada de basófilos en la sangre. cuando una persona tiene basofilia, el aumento de glóbulos blancos puede deberse a una causa grave.

Es la causa mas rara de las leucocitosis



CAUSAS

Infecciones: Las infecciones a menudo desencadenan una respuesta inflamatoria en el cuerpo, lo que puede hacer que una persona tenga más probabilidades de desarrollar basofilia.

ALERGIAS: Las alergias y las reacciones alérgicas a los alimentos y los fármacos pueden causar basofilia.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la basofilia varían, pero pueden incluir fatiga, dolor abdominal, calambres, pérdida de peso inexplicable, fiebre, malestar

Linfocitosis

Recuento elevado de linfocitos, es un aumento en un tipo de glóbulo blanco de la sangre denominado linfocito

Linfocitosis infecciosas: bacteriana, vírica, toxoplasmosis.

Linfocitosis no infecciosas: enfermedades hematológicas, endocrinas (hipertiroidismo), tóxicas, autoinmunes, neurológicas (Guillain-Barré), rotura de bazo, tabaquismo.

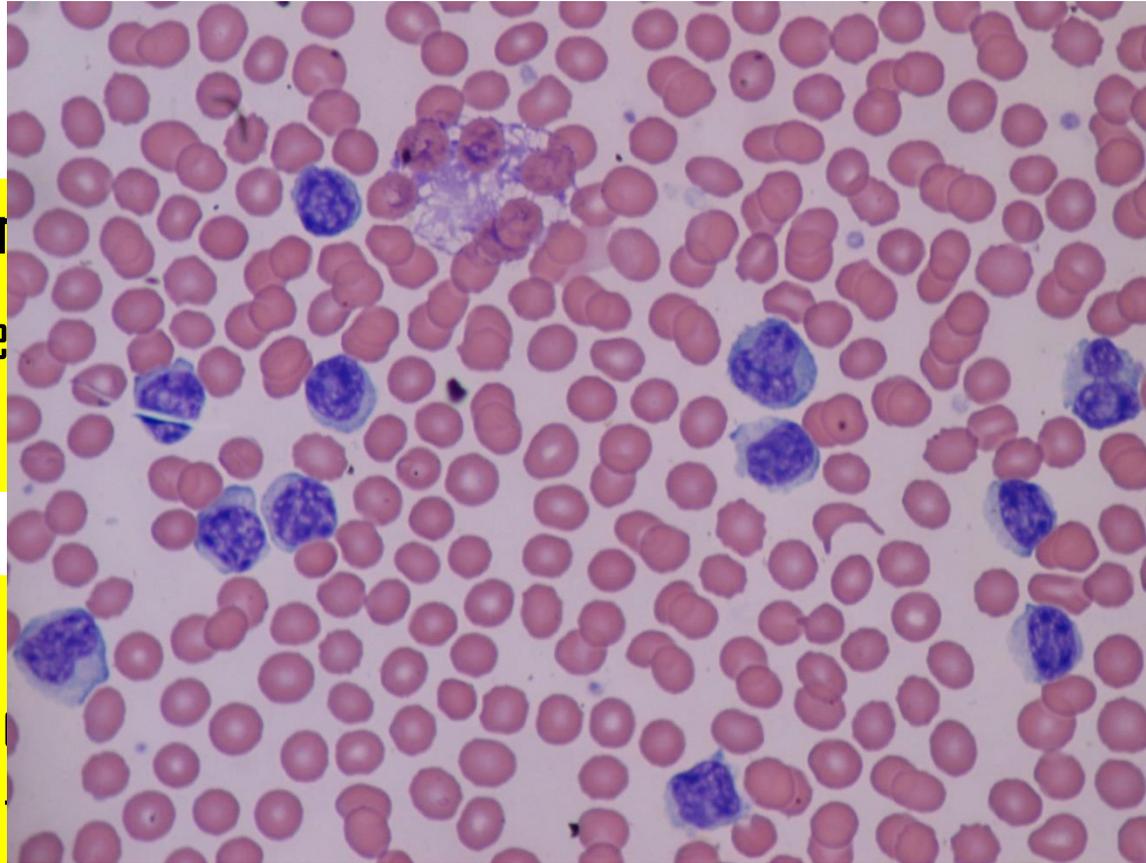
TIPOS

Linfocitosis monoclonal

Producida por una alteración de lo habitual o que no

Linfocitosis policlonal

Debido a la existencia de un estímulo en el organismo que induce en el

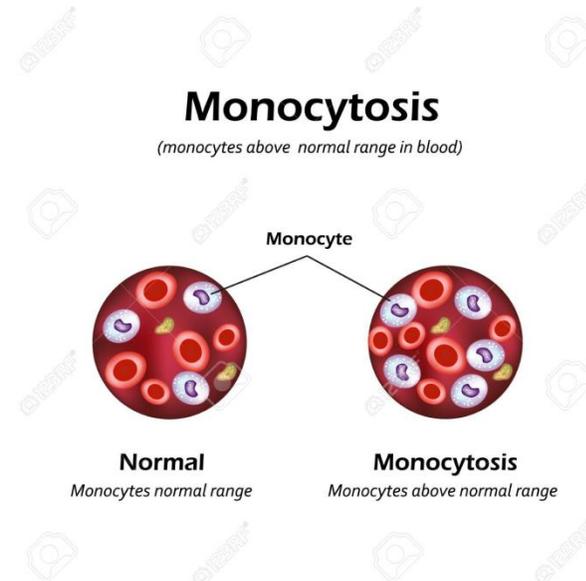


muchos más linfocitos

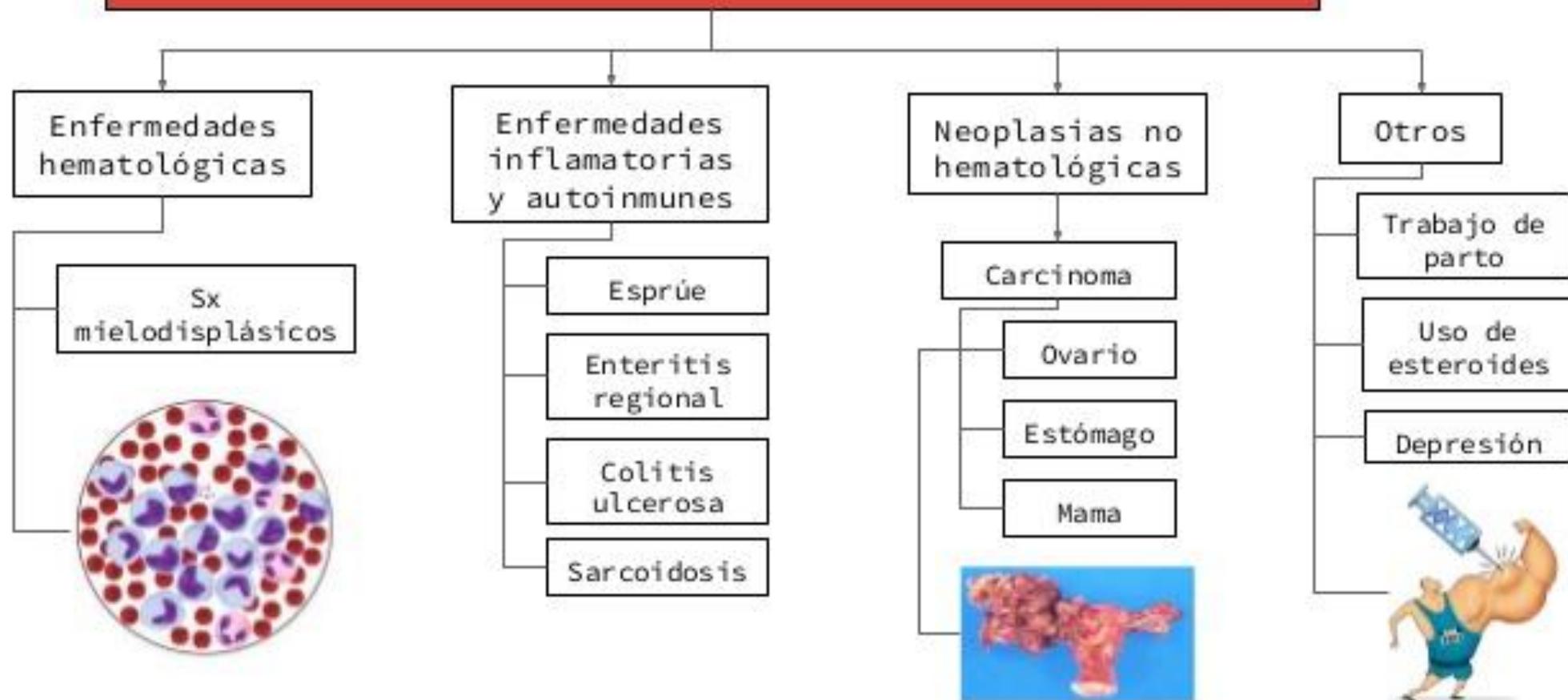
estímulo que induce en el

Monocitosis

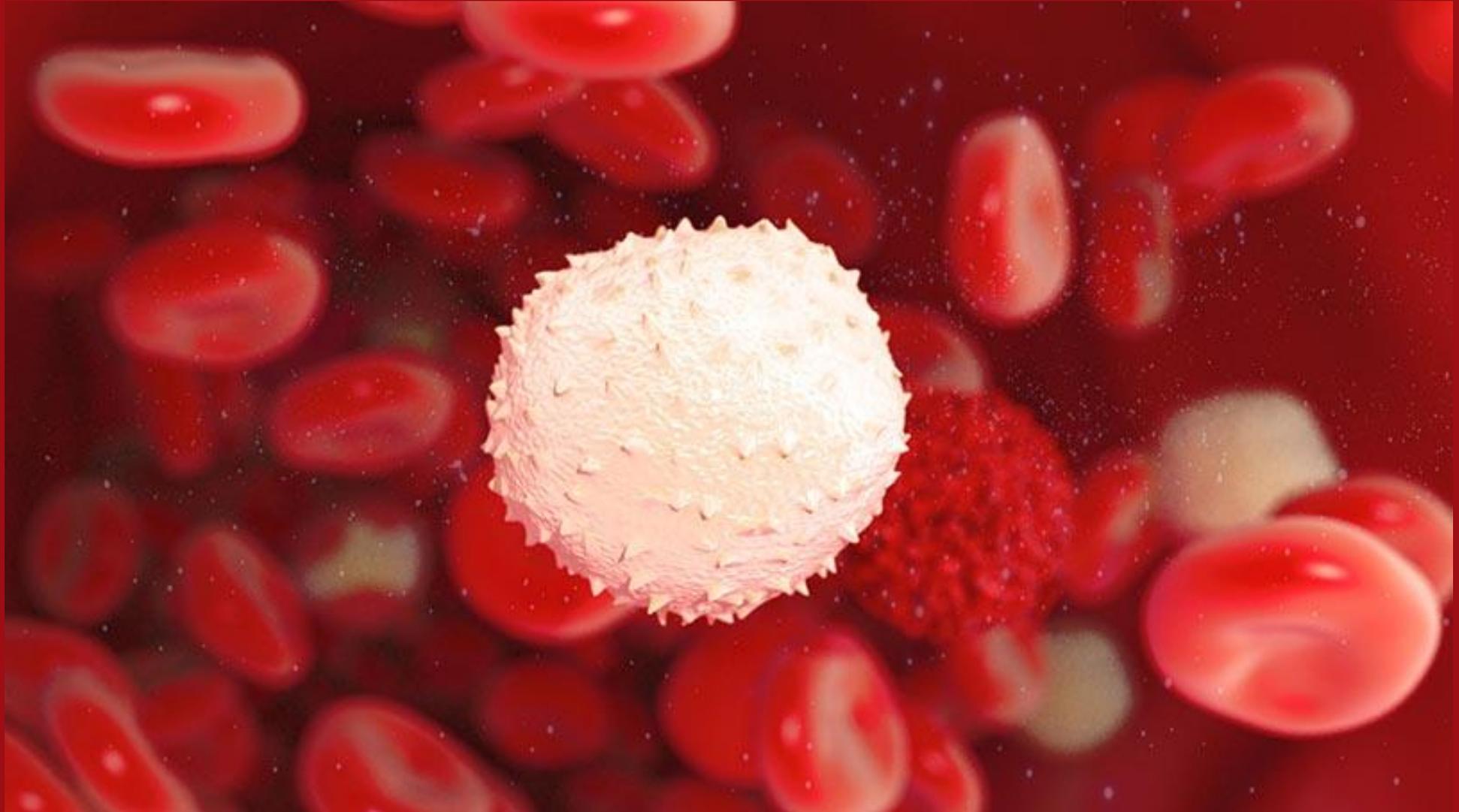
Elevación de los monocitos en la sangre por encima de 850 monocitos por microlitro. Esta elevación se suele apreciar también en el porcentaje de los monocitos del total de glóbulos blancos (por encima del 8%)



ENFERMEDADES ASOCIADAS CON MONOCITOSIS



leucopenia





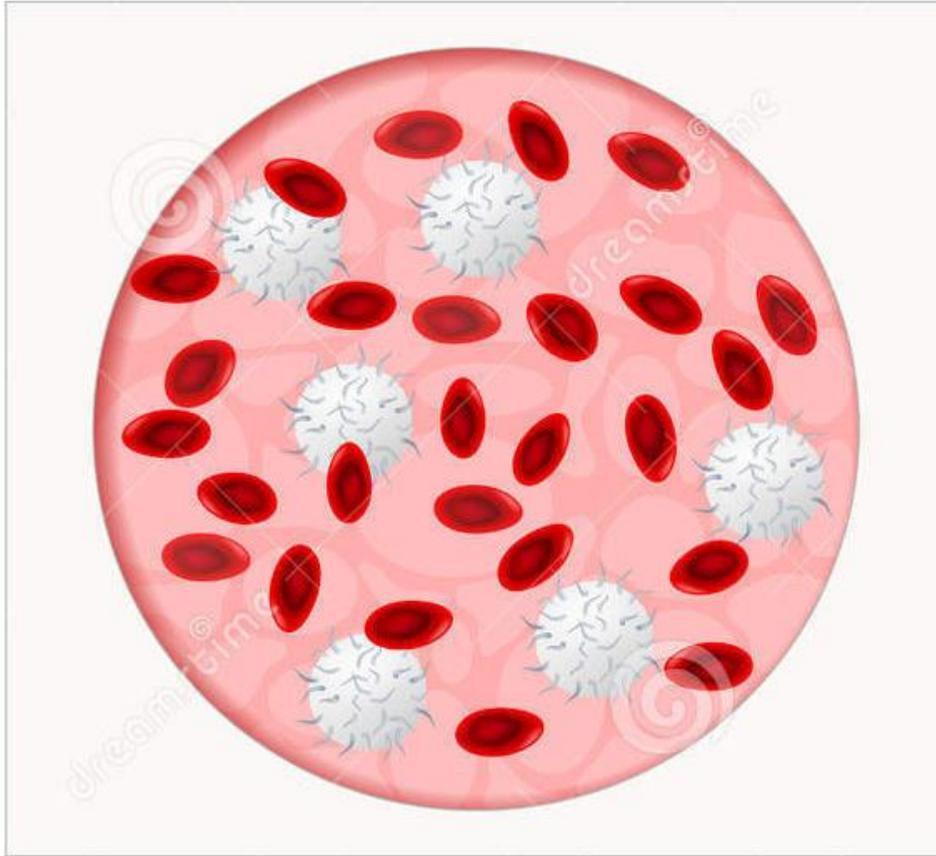
Los glóbulos blancos o leucocitos están encargados de defender al organismo frente a diferentes infecciones.

Existe una variedad de glóbulos blancos (neutrófilos, basófilos, eosinófilos..) siendo los neutrófilos los más abundantes.

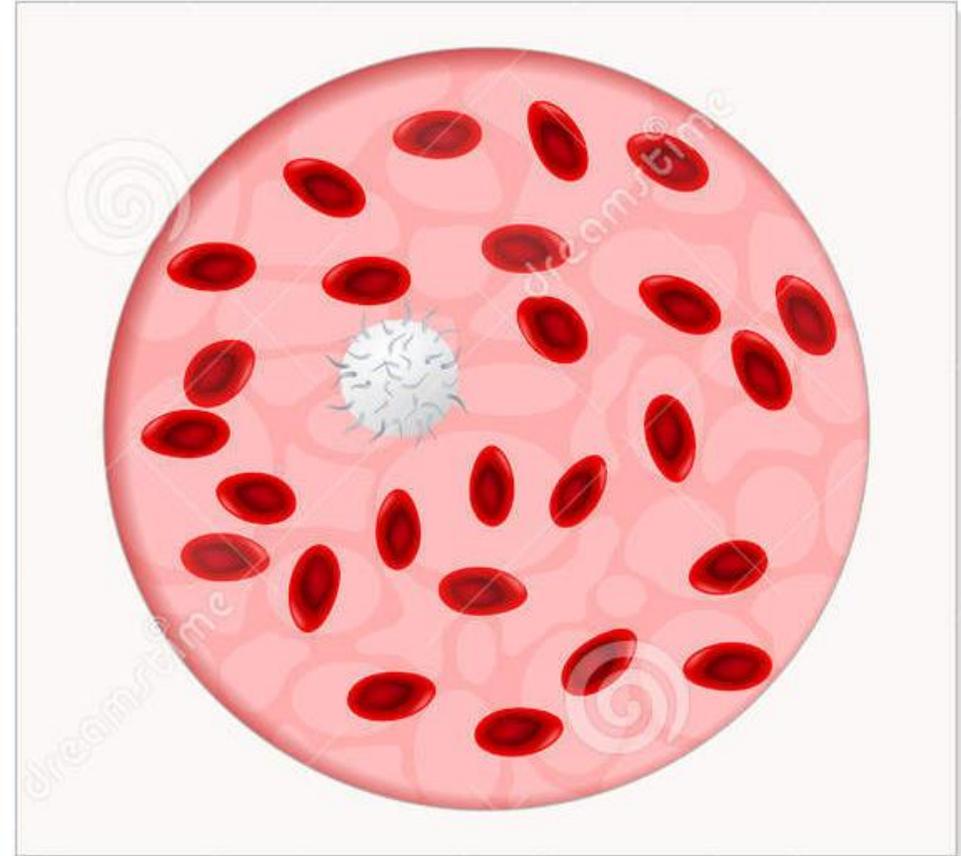




NORMAL

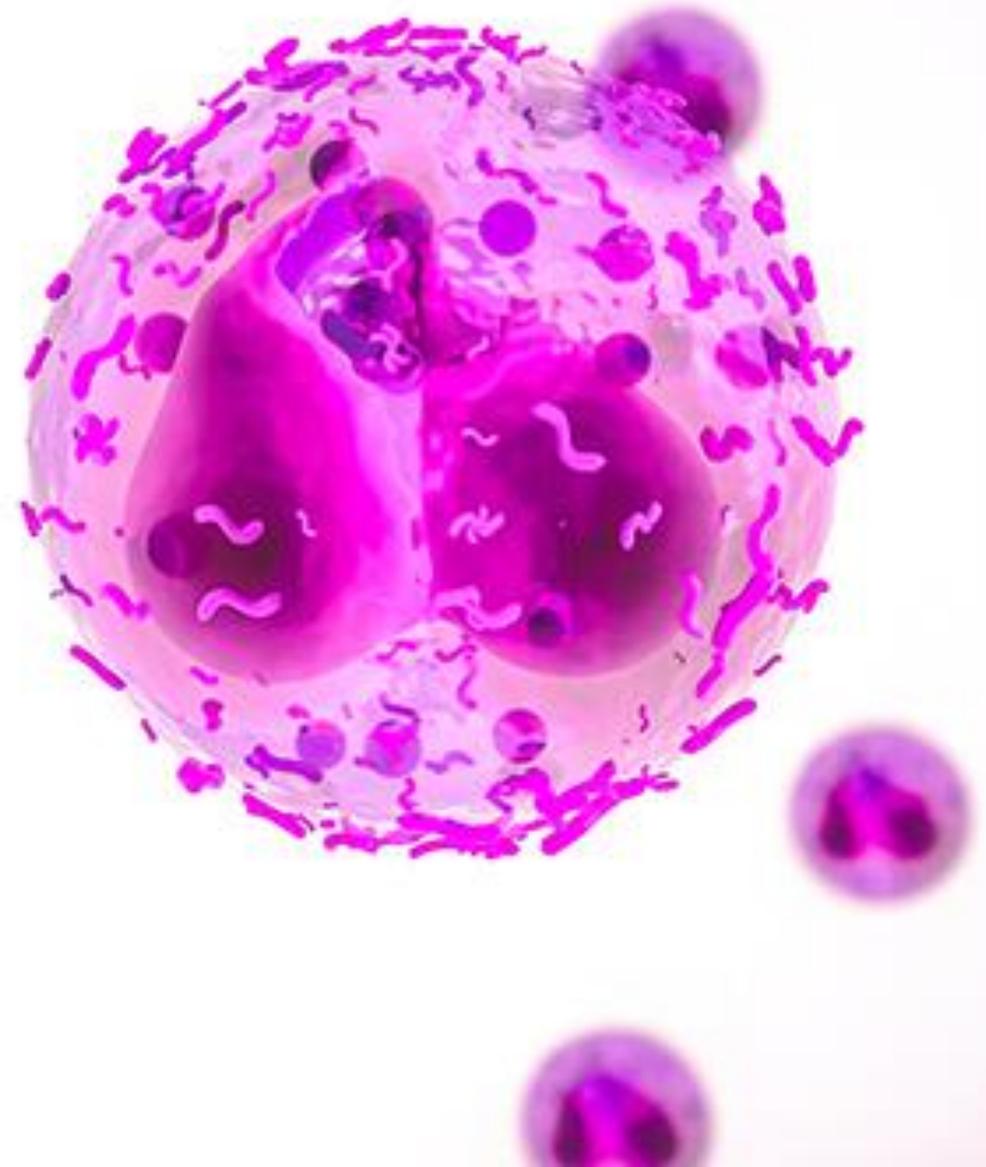


LEUKOPENIA



Una leucopenia es un descenso del número de leucocitos en la sangre.

Los neutrófilos, constituyen la defensa del organismo contra las infecciones bacterianas agudas y ciertas infecciones por hongos. Representa un 45-75% de los glóbulos blancos presentes en el torrente sanguíneo

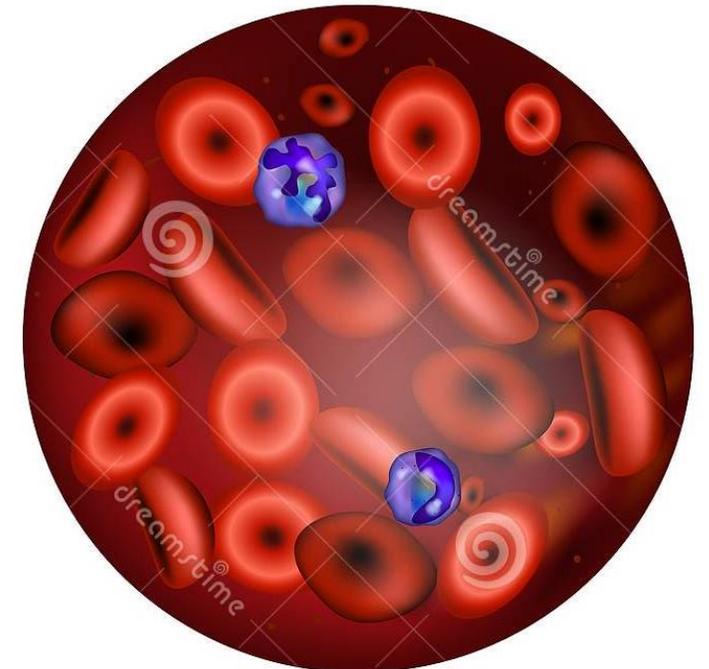
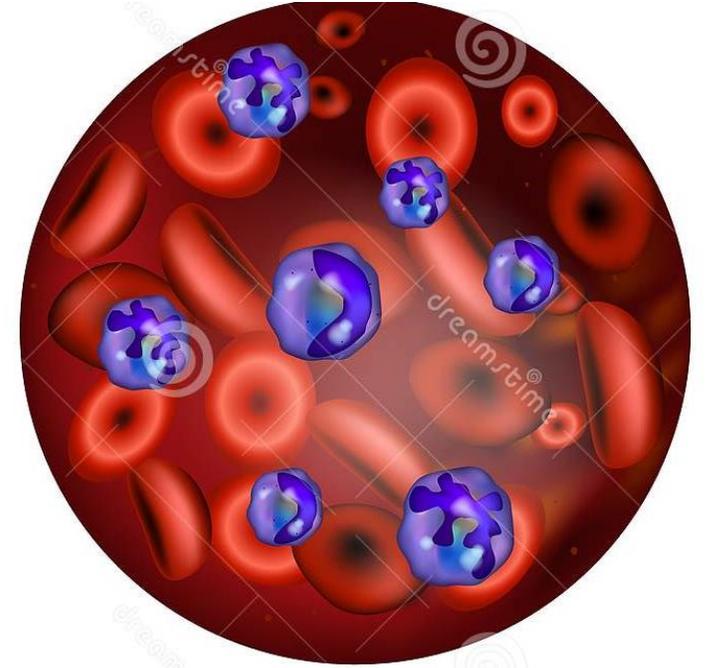


Es la reducción del recuento de neutrófilos sanguíneos.

El límite inferior normal del recuento de neutrófilos es de 1.500/ μ L en individuos de raza blanca y en los de raza negra alrededor de 1.200/ μ L

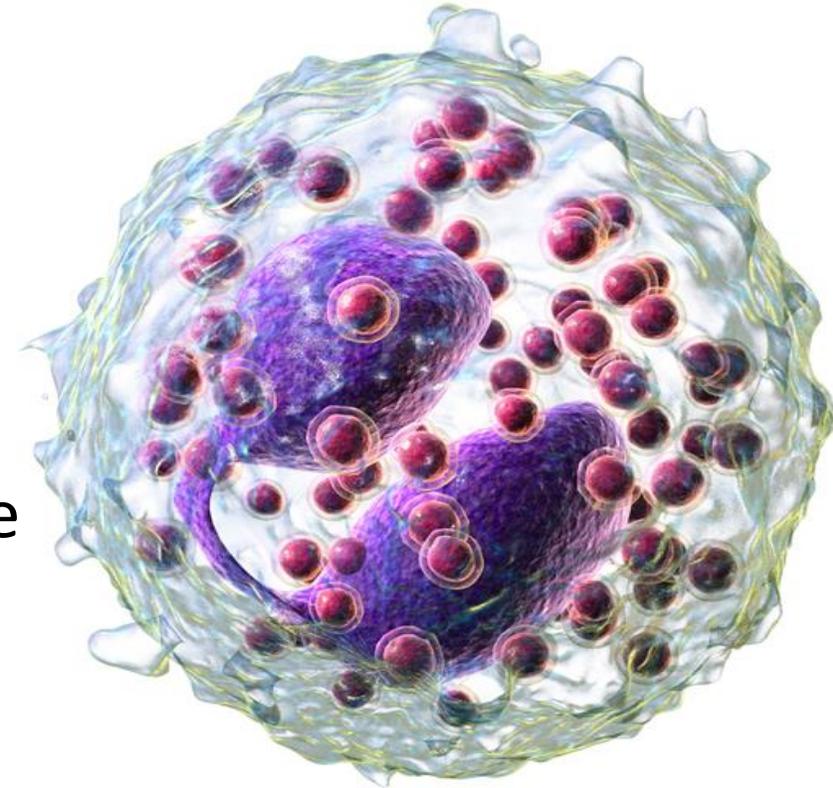
Grado	Neutrófilos absolutos
Leve	1000-1500 / μ L
Moderada	500-1000 / μ L
Severa	<500 / μ L

Los recuentos de neutrófilos no son tan estables como otros recuentos de células y pueden variar considerablemente en períodos cortos, dependiendo de muchos factores, como el estado de la actividad, la ansiedad, las infecciones y los fármacos



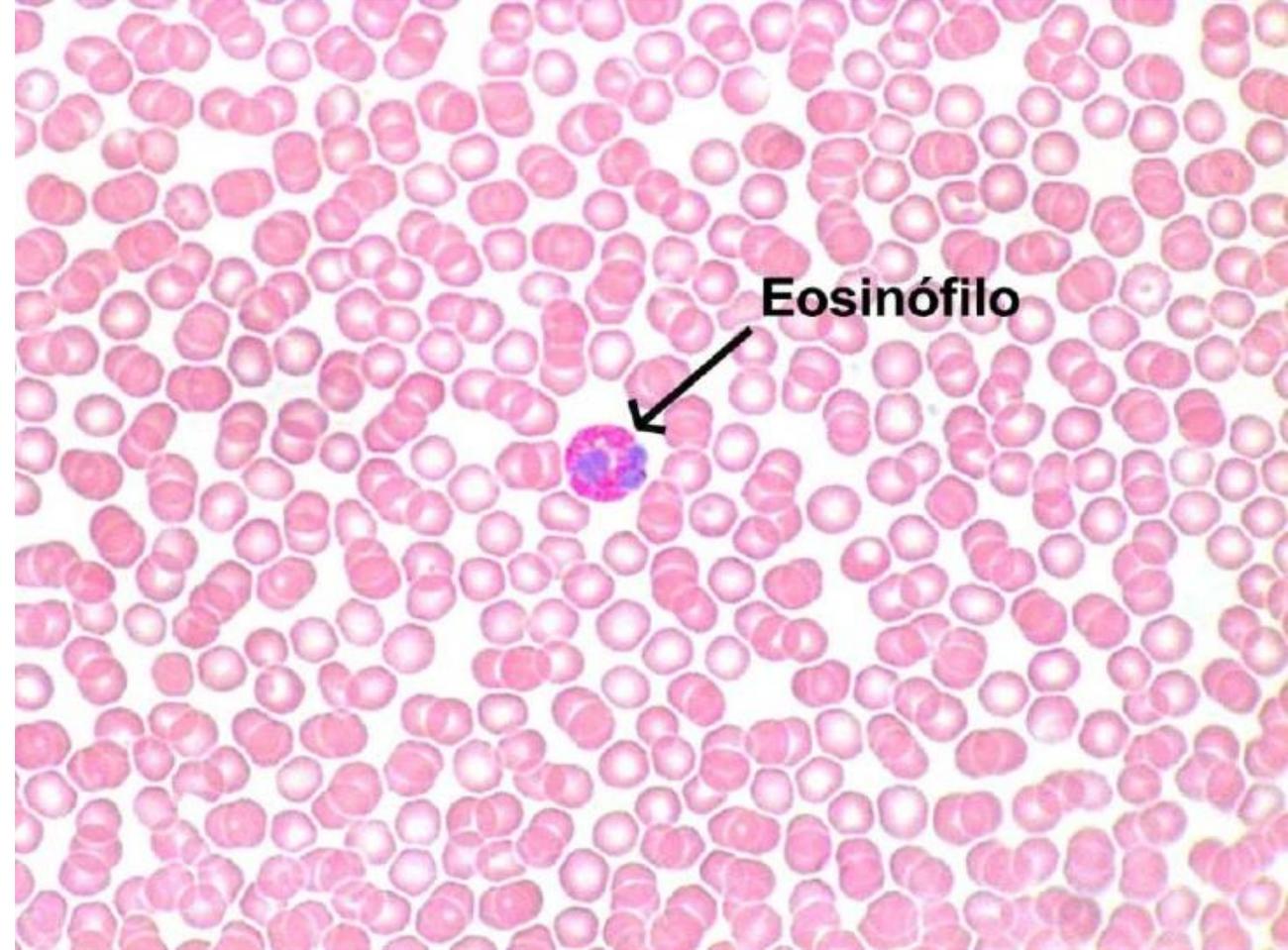
participan en la respuesta inmune ante infecciones, pero pueden estar implicadas en variedad de patologías, como procesos inflamatorios o alergias.

Los eosinófilos se producen en la médula ósea a partir de células madre y migran hacia la sangre, desde donde suelen dirigirse a órganos como el timo , el tracto gastrointestinal, las glándulas mamarias o el útero.



Valores disminuidos de eosinofilos en sangre

Los valores bajos de eosinofilos no suelen ser preocupación, incluso 0 es tomado como normal incluso 0-50 / μ l son ligeramente bajos

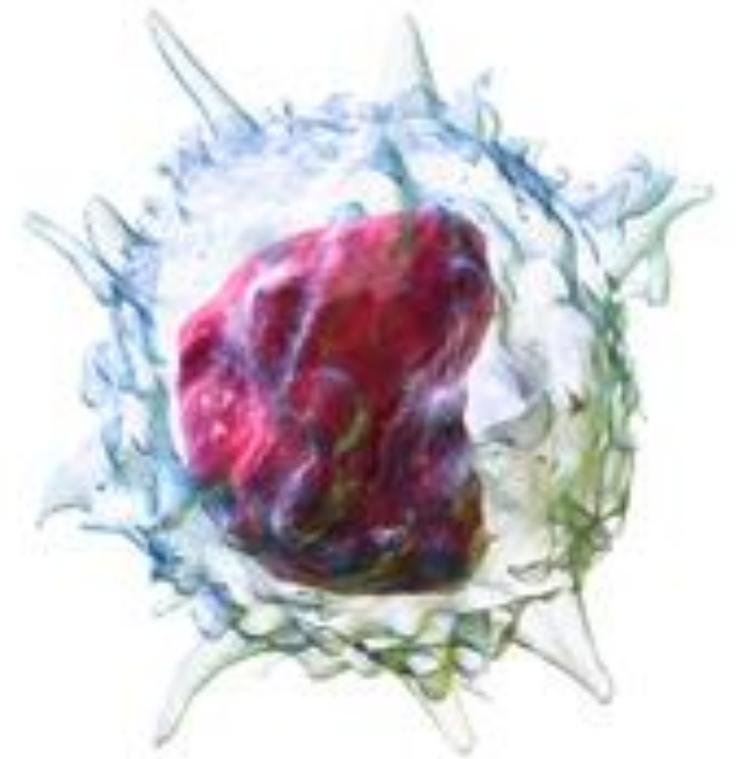


- Alcohol
- Estrés
- Medicamentos, Catecolaminas, epinefrina, insulinas...
- Patologías, fiebre tifoidea, cushing, infarto de miocardio



monocitos

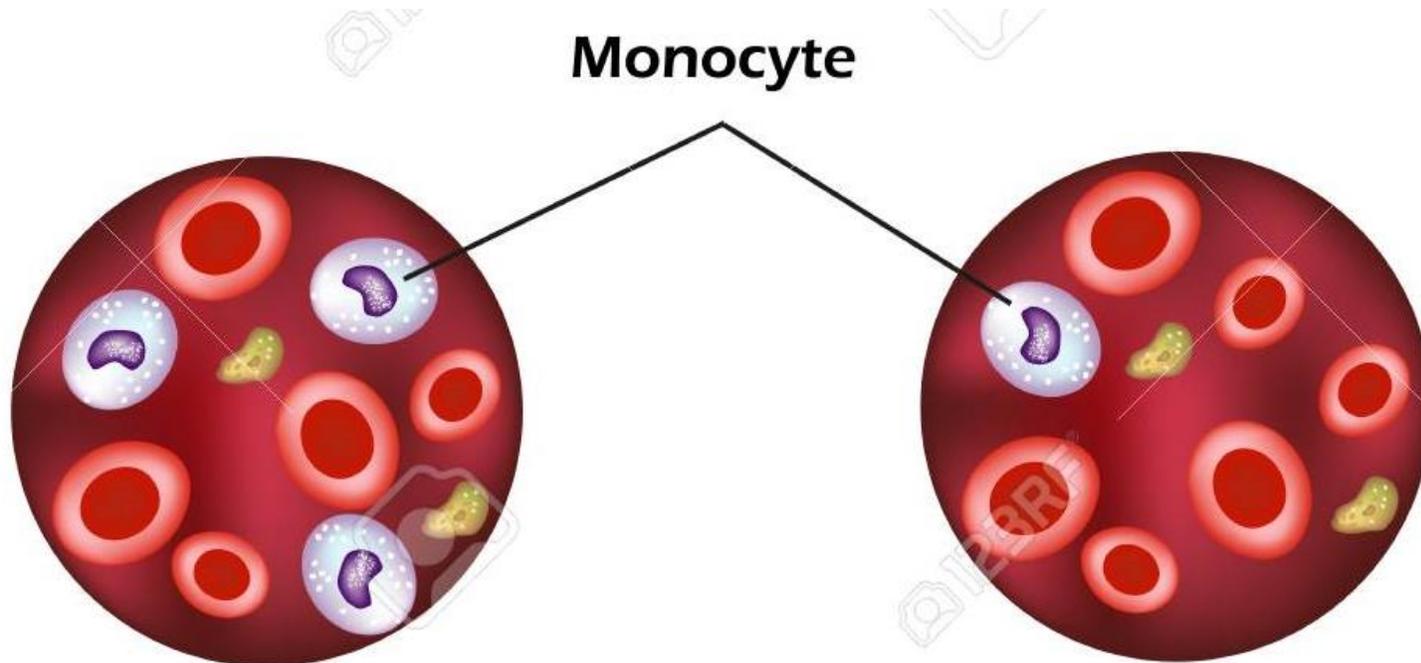
- Los monocitos migran a los tejidos, donde se convierten en macrófagos, con características específicas que dependen de la localización tisular.



monocitopenia

Es la reducción del recuento de monocitos en sangre.

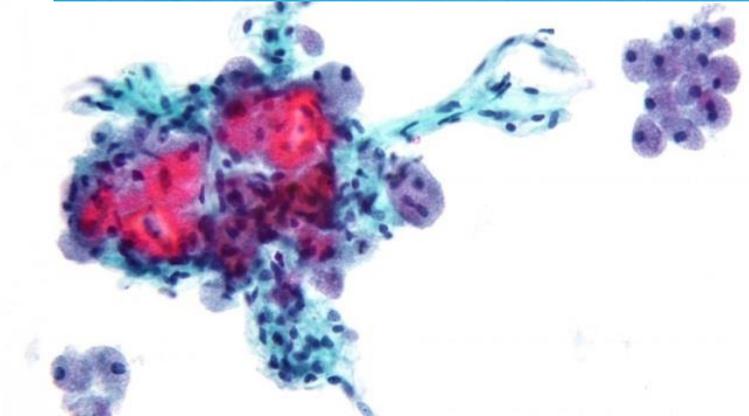
La monocitopenia puede aumentar el riesgo de infección y puede indicar un mal pronóstico en pacientes con daño hepático inducido por paracetamol y lesiones térmicas.



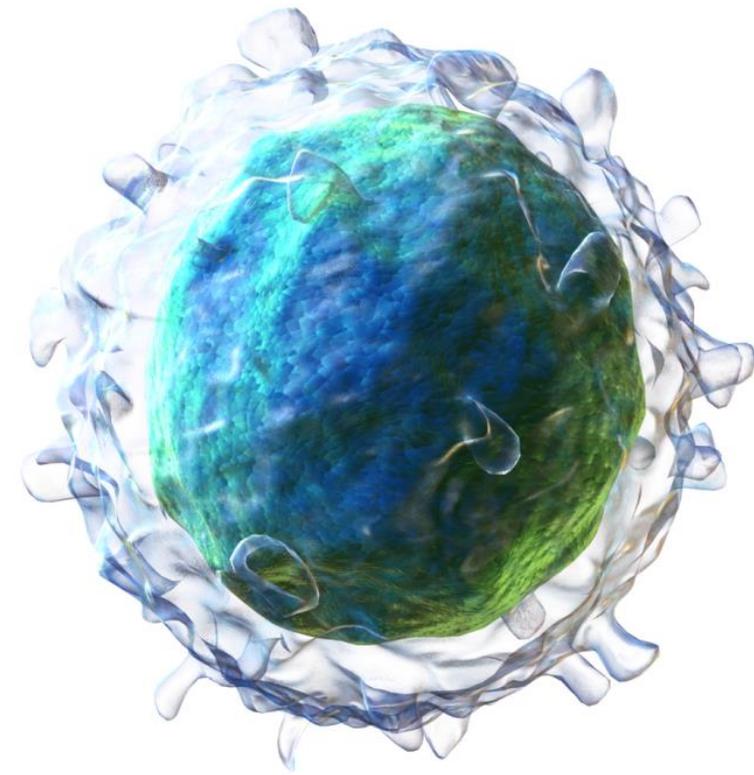


causas

- Quimioterapia
- Mutación de clulas hematopoyéticas
- Trastorno neoplásicos (leucemia, hodgkin tricoleucemia)
- Infecciones (vih, epstein barr, adenovirus, tuberculosis)
- Corticosteroides
- Resección gástrica o intestinal

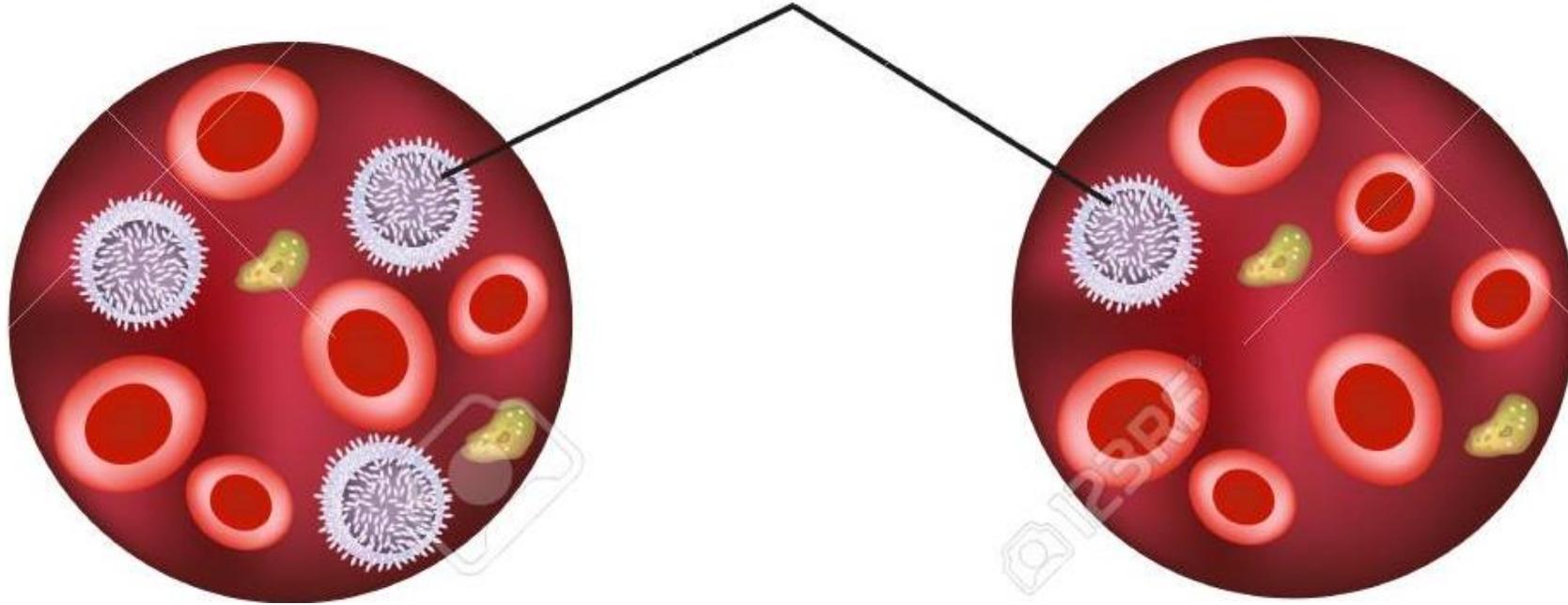


- Los dos tipos de linfocitos son los linfocitos B y los linfocitos T. Los linfocitos B elaboran anticuerpos y los linfocitos T ayudan a destruir las células tumorales y a controlar las respuestas inmunitarias
- Representan del 20-40% de recuento total de leucocitos



linfocitopenia

Lymphocyte

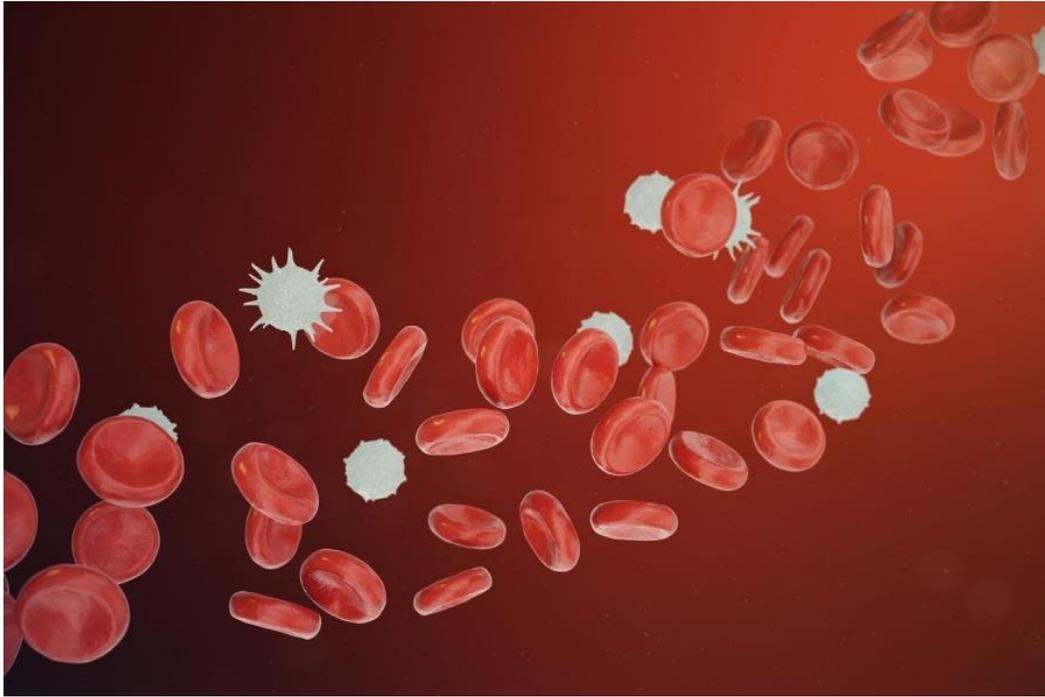


- Recuento total de linfocitos menor a lo normal (menor a 1000/microL en adultos y menor de 3000/microL en niños) se detecta mediante un hemograma

- Pude ser adquirida o hereditaria.
- Adquirida: sida, hepatitis, influenza, tuberculosis, fiebre tifoidea, sepsis, pacientes alcohólicos, con cuadros de desnutricion calorico-proteico o deficiencia

de Zn,
enfermedades
autoinmunes





- Hereditarias: aplasia de células madres linfopoyéticas, ataxia.- telangiectasia, síndrome de wiskiott-aldrich



Signos y síntomas

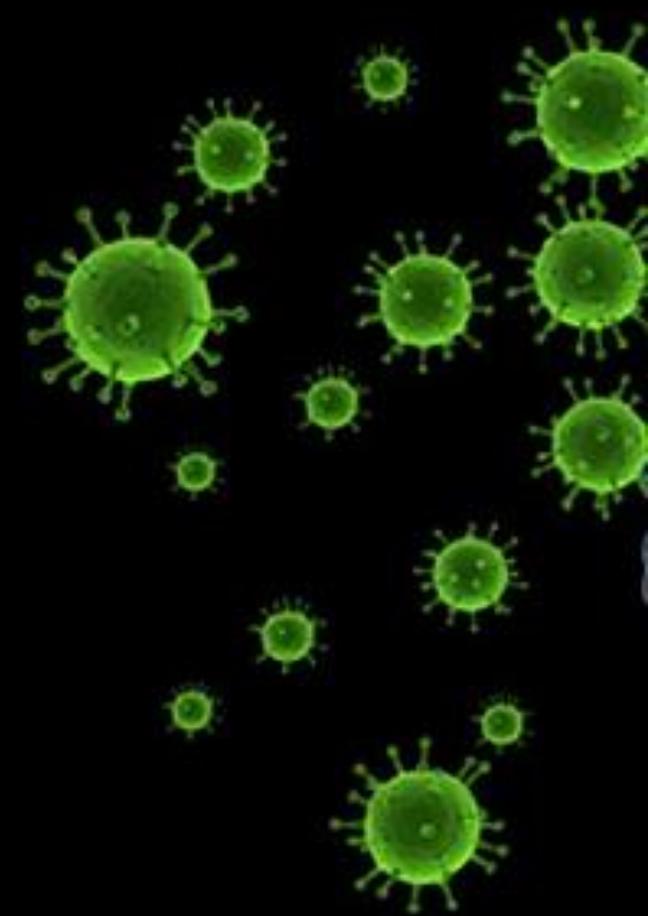
generalmente la linfocitopenia no causa ningún síntoma. Sin embargo, los hallazgos de un trastorno asociado pueden ser:

Ausencia o disminución de las amígdalas o ganglios

Alteraciones de la piel (alopecia, eccema, pioderma, telangiectasia)

Evidencia de enfermedad hematológica (palidez, petequias, ictericia, úlceras en la boca)

Adenopatías generalizadas y esplenomegalia, lo que puede sugerir VIH o linfoma de hodgkin



UDS tratamiento

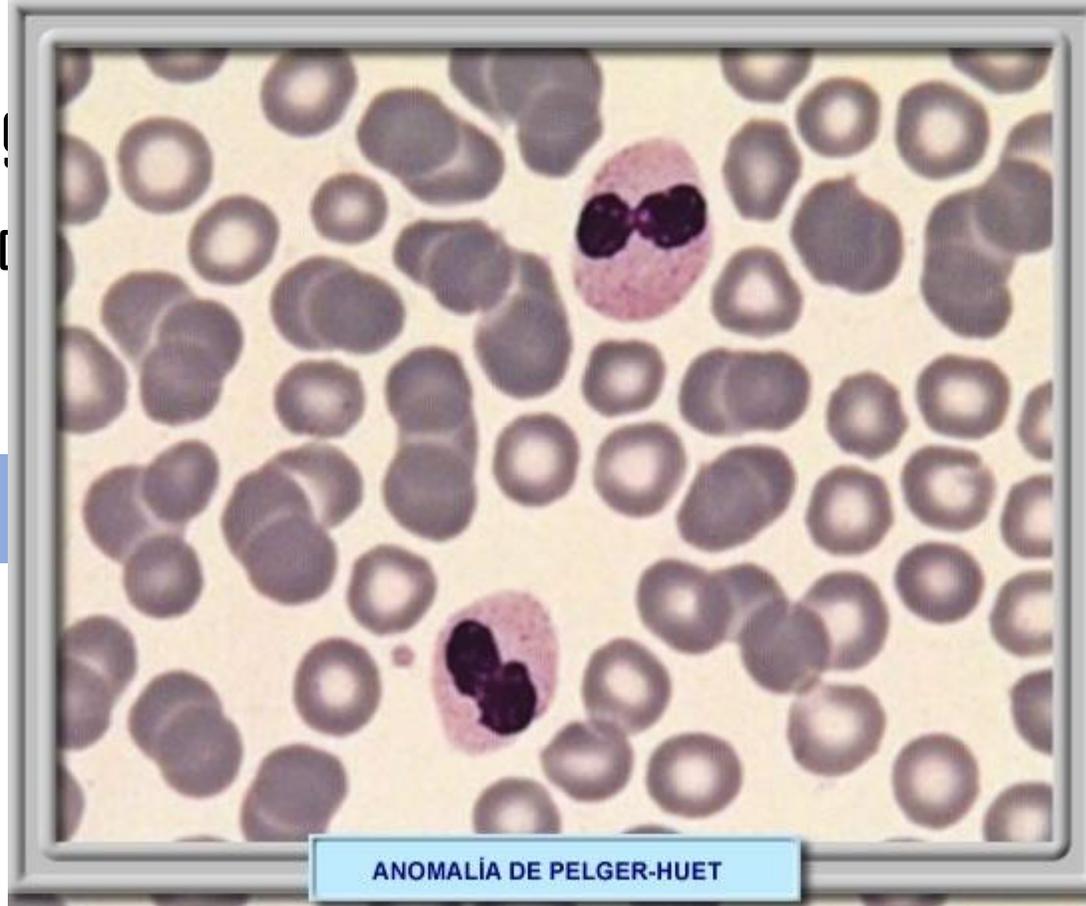
- Se tratan las posibles infecciones
- El problema subyacente
- Se aplica inmunoglobulinas IV o subcutánea
- Trasplante de células madre hematopoyéticas



ALTERACIONES CUALITATIVAS

- Anomalías de Pelger-Huet
Defecto hereditario
neutrófilos

Núcleos bilobulados en



ANOMALÍA DE PELGER-HUET

ación terminal de los

ares y una cromatina basta

HIPERSEGMENTACIÓN DE LOS POLICITOS (PMN)

Trastorno hereditario
una anomalía de los

do, tratándose de

Mas de 6 lóbulos en neutrófilos

eosinófilos

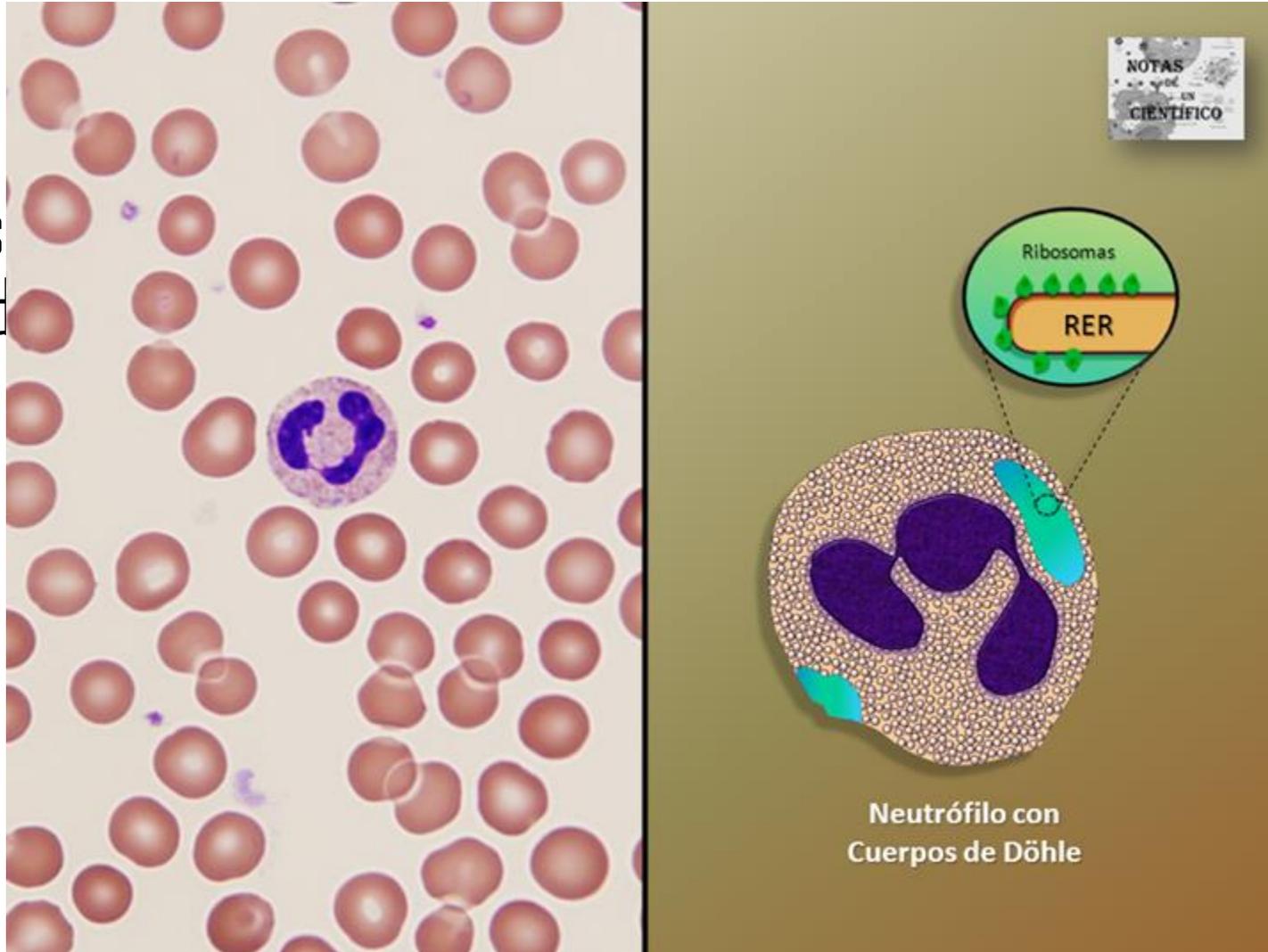


HIPERSEGMENTACIÓN

Macropolicitos

CUERPOS DE DOHLE

Fueron descritos
enfermedad
neumonía



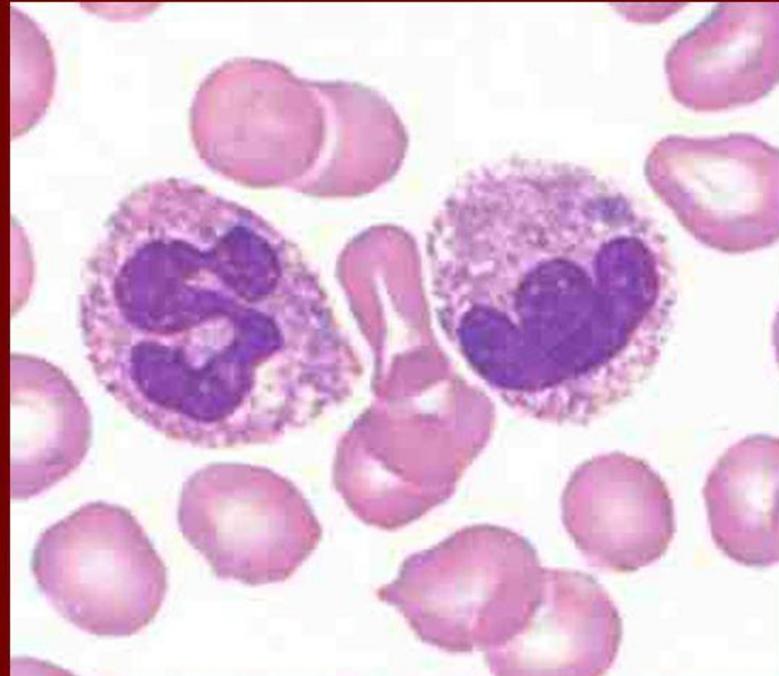
en hospital para
e escarlatina y

CAUSAS

- Infecciones bacterianas
- Quemaduras
- Cáncer
- Anemia aplásica
- Estado tóxicos
- Stress
- Embarazo

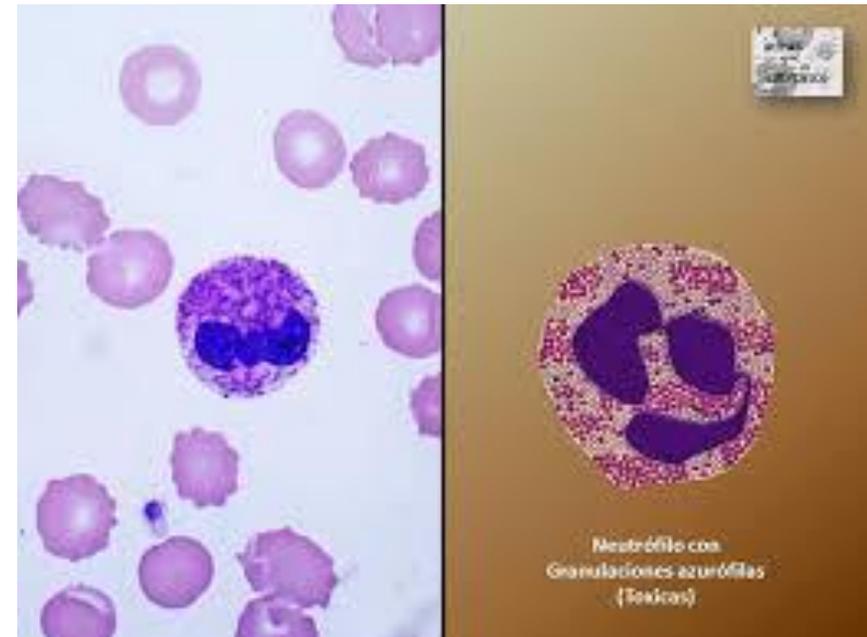
Cuerpos de Dohle

Causa mas frecuente: Neumonía bacteriana



GRANULACIONES TÓXICAS

- Fenómeno morfológico, adquirido y anormal, que se presenta como gránulos irregulares, gruesos en el citoplasma de los neutrófilos
- La granulación toxica que se logra apreciar son lisosomas densos con alto contenido de peroxidasa, fosfatasa alcalina y fosfatasa acida



CAUSAS

- **En respuesta al stress causado por un cuadro infeccioso e inflamatorio**
- **Se asocian a infecciones agudas, intoxicación por droga y quemaduras**

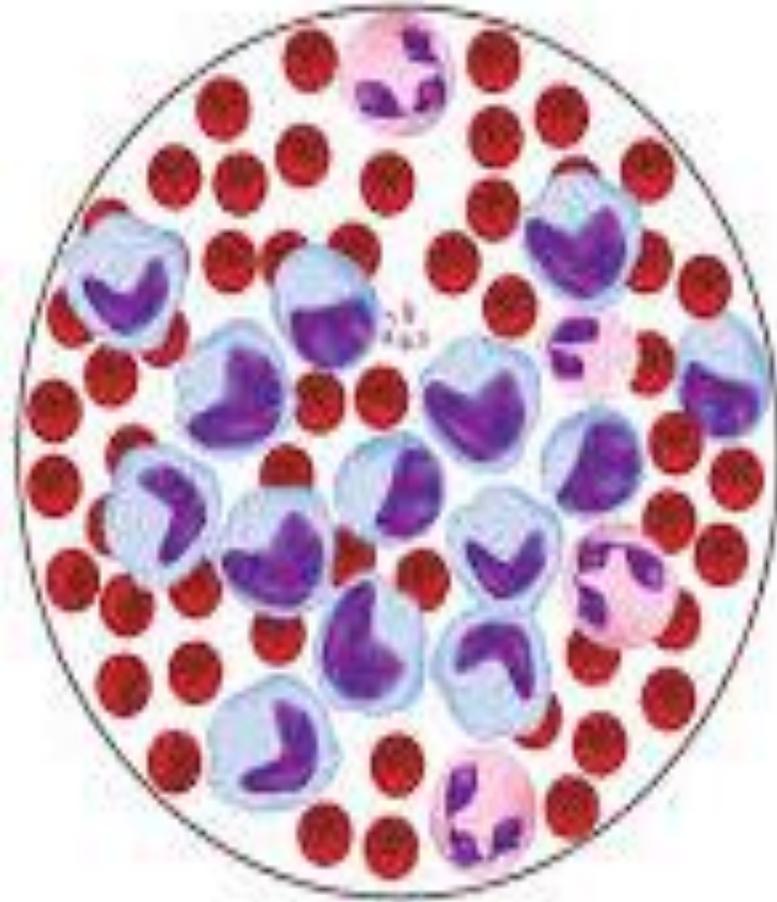


LEUCEMIAS

¿Qué es?

Las leucemias son un tipo de cáncer que afecta a las células sanguíneas. Las células malignas de la leucemia circulan por la sangre e invaden los tejidos que fabrican la sangre y otros tejidos del organismo. Se trata de trastornos de tipo clonal porque provienen de la transformación maligna de una célula única. La célula que sufre la transformación maligna leucémica puede ser una célula progenitora sanguínea multipotencial (con capacidad de producir todo tipo de células sanguíneas) o un progenitor sanguíneo más maduro (con una capacidad de producción de células sanguíneas limitada a 1-3 líneas celulares). En general, las células leucémicas se dividen a una velocidad más lenta que las células normales y presentan una maduración alterada o nula. Sin embargo, las células leucémicas no se mueren y se acumulan progresivamente en el organismo. La inmortalidad de las células leucémicas es la diferencia probablemente más importante respecto a las células sanguíneas normales. Las células normales tienen un periodo de vida en el organismo limitado y predecible.

Leukemia



a) CRITERIOS MORFOLÓGICOS:**1. El tipo de célula que prolifera:**

- Linfoides
- Mieloides

2. El estado de maduración de las células leucémicas:

- Subtipos linfoides y mieloides

b) CRITERIO CLÍNICO-PATOLÓGICO: Evolución natural del padecimiento

- 1. Agudas:** Curso rápidamente mortal en pacientes no tratados ; células muy inmaduras (blastos).
- 2. Crónicas:** Curso relativamente indolente, asociadas inicialmente a leucocitos bien diferenciados (maduros)

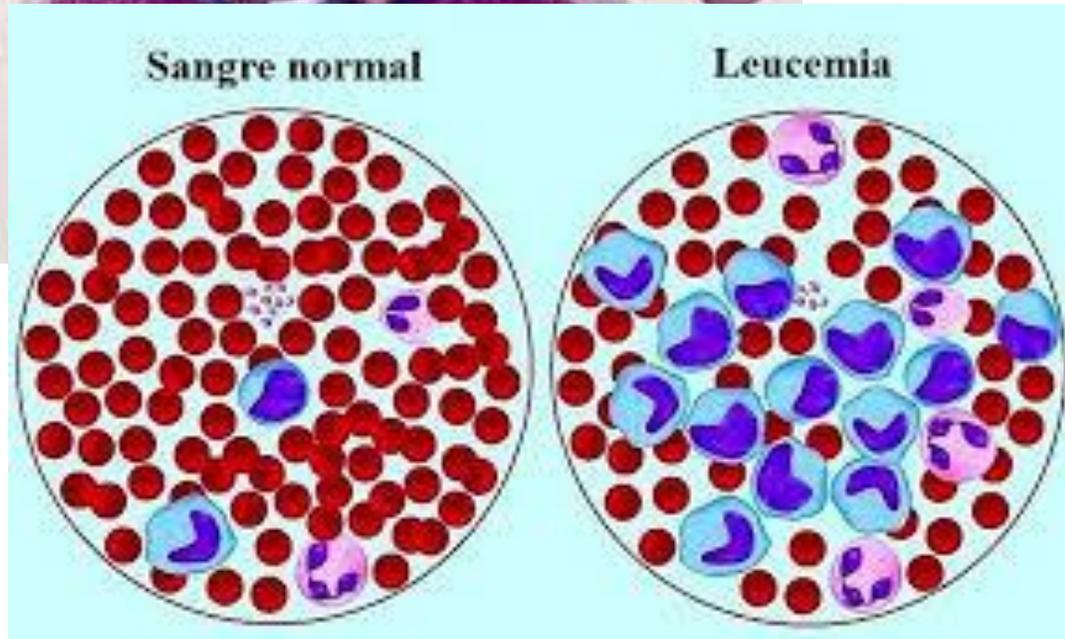
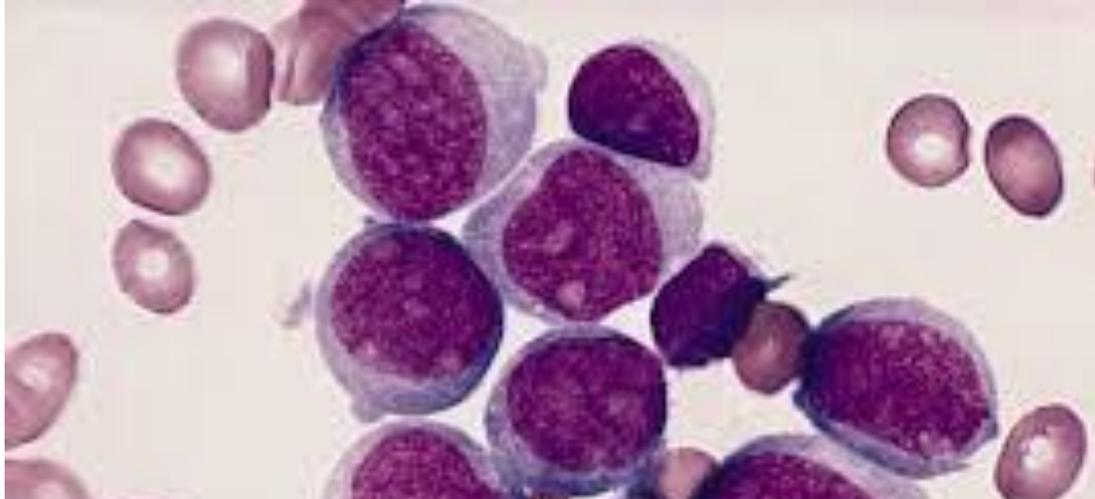
BASICA

1. LEUCEMIAS LINFOBLASTICA AGUDA
(*sin.* Linfocítica, linfoide). LLA

2. LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (*sin.*
Mielógena, mieloblástica). LMA

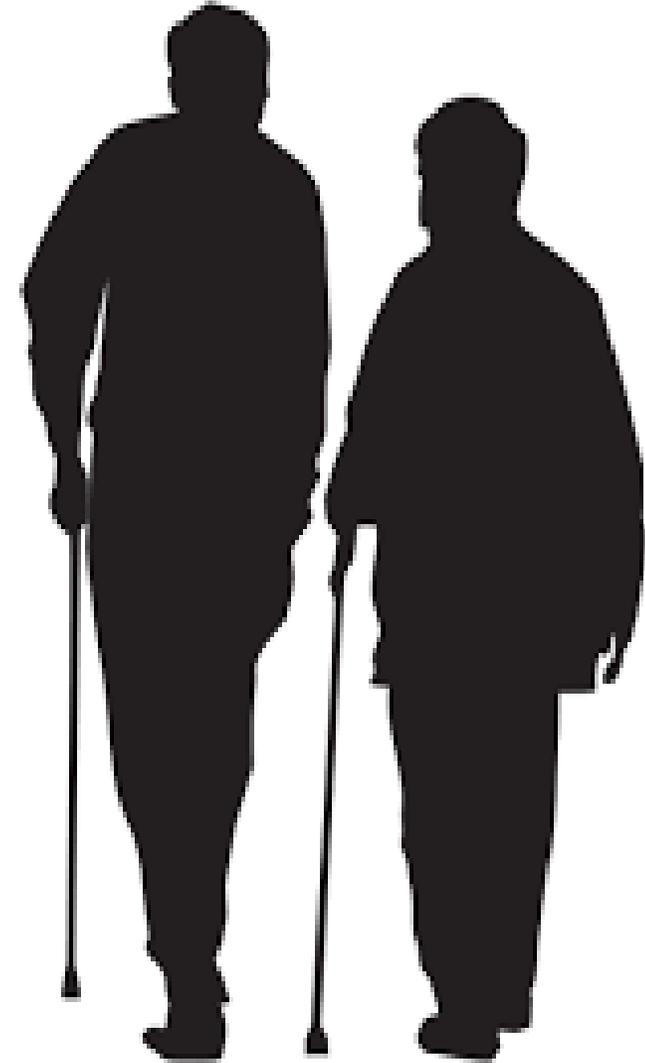
3. LEUCEMIA LINFOIDE CRONICA. LLC

4. LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA * . LMC



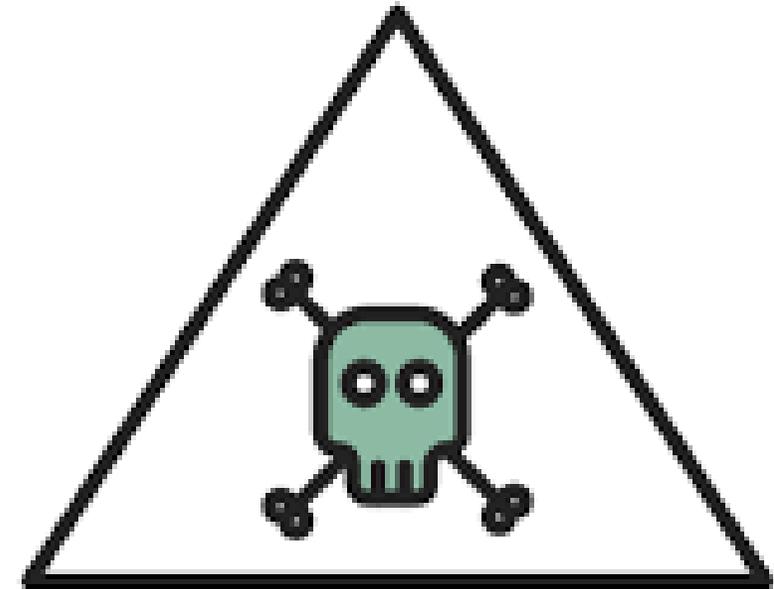
La leucemia mieloide aguda, que también se conoce como leucemia aguda no linfocítica, es una neoplasia de células mieloides que se produce por transformación y proliferación clonal de progenitores inmaduros que desplazan e inhiben el crecimiento de la hematopoyesis normal.

- Esta patología relativamente rara, se presenta en alrededor de 2,5 pacientes, por 100.000 habitantes.
- La LMA afecta a personas mayores, con una edad media de diagnóstico de 65 años. El origen de la LMA es en parte desconocida, pero hay factores identificados como predisponentes.



Factores de riesgo

- estado expuesto de forma accidental a radiaciones
- los supervivientes de bombas atómicas
- la exposición a benceno o derivados
- los fumadores de cigarrillos
- algunas etiologías víricas
- la herencia
- algunos fármacos (fenilbutazona, cloranfenicol, hidroxiurea, etopósido y agentes alquilantes) se han asociado a leucemogénesis.

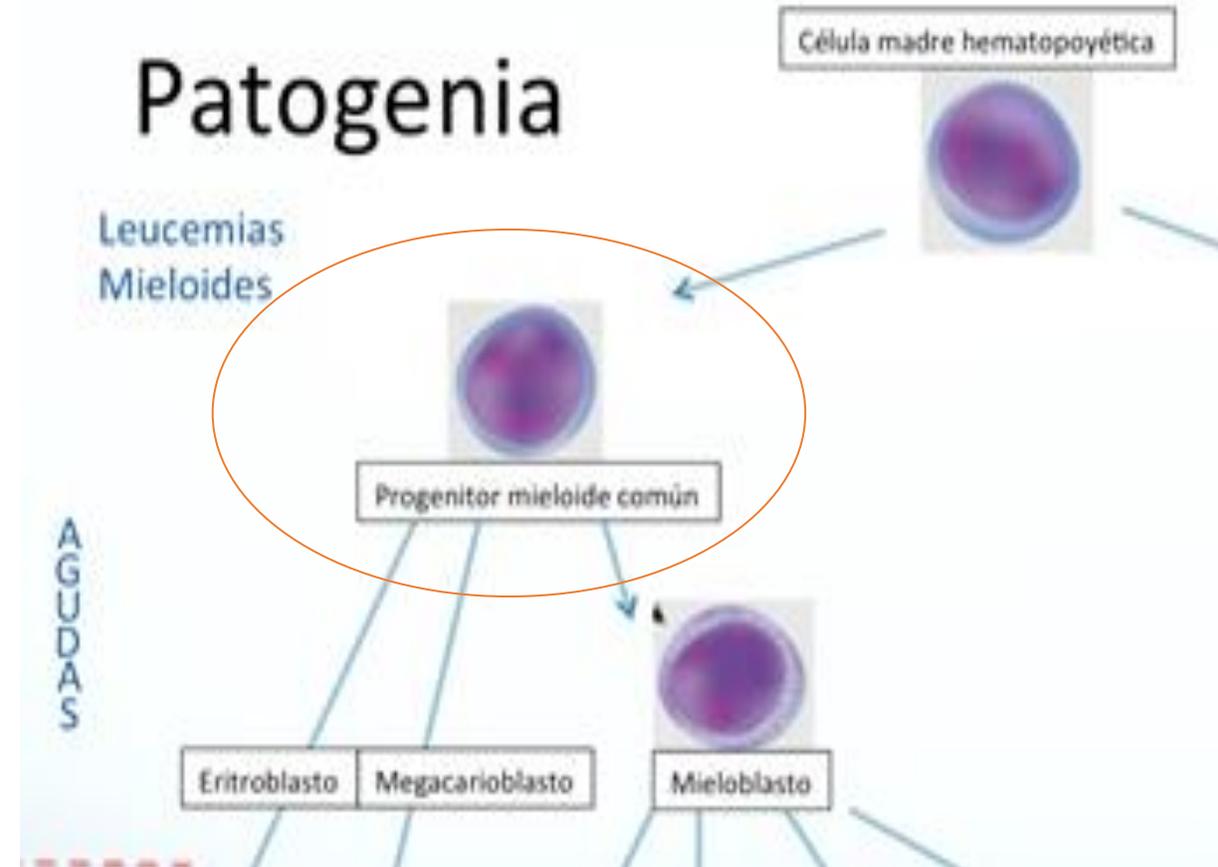


- La fisiopatología de la LMA es por transformación de una célula hematopoyética mieloide en maligna y la consiguiente expansión clonal de células con supresión de la hematopoyesis normal.
- La investigación de anomalías en los cromosomas clónicos ha ayudado a entender las bases genéticas de la leucemia.
- En un 65% de las leucemias agudas (LA) se han identificado inversiones o translocaciones cromosómicas adquiridas.
- Estas reorganizaciones estructurales afectan la expresión genética y alteran el funcionamiento normal de la proliferación celular, diferenciación y supervivencia.

Leucemia Mieloide Aguda (LMA)

Fisiopatología

Patogenia



Signos y Síntomas

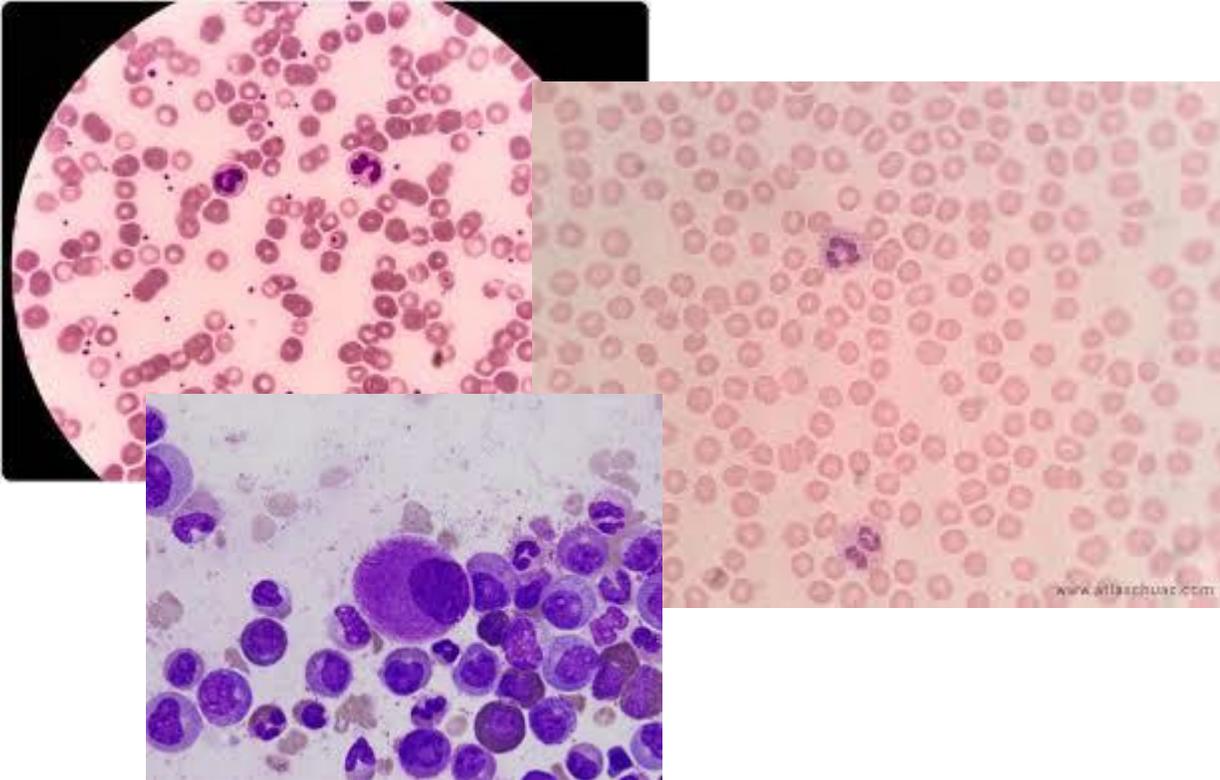
- La LMA se manifiesta con signos y síntomas relacionados con la ineficacia de la hematopoyesis (infección, hemorragia y alteración de la capacidad del transporte de oxígeno).
- Los signos y síntomas corrientes en las LA (ya sea mieloblástica o linfoblástica) son dolor óseo, cansancio, fatiga, acortamiento de la respiración, mialgias y sangrado de encías.
- Una coagulopatía parecida a la intravascular diseminada, que se manifiesta con bajo fibrinógeno y elevación del tiempo de tromboplastina parcial activado.



Fig. 3. Petoquias he



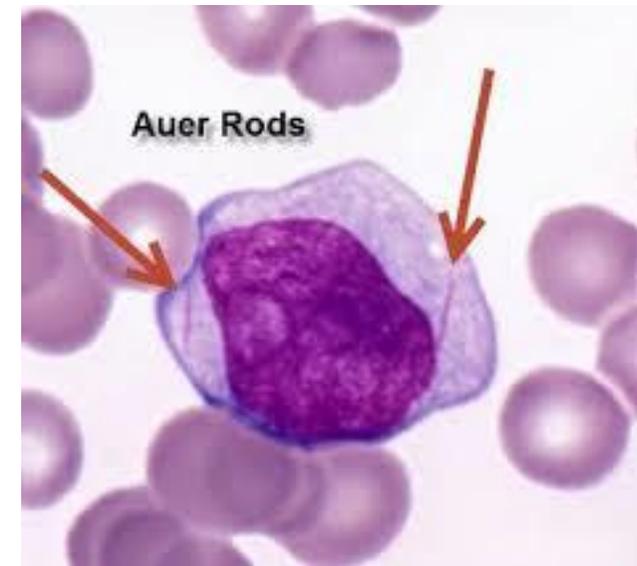
- En la LMA los datos de laboratorio incluyen un hemograma completo que presenta anemia, trombocitopenia, leucocitosis o neutropenia.



Leucemia Mieloide Aguda (LMA)

Signos y Síntomas

- En el examen de sangre periférica se observan mieloblastos con bastones de Auer, que son piezas alargadas de cromatina



- Esta clasificación se utiliza para señalar subtipos morfológicos, para realizar estudios clínicos y para determinar el pronóstico.

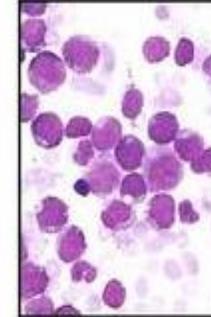
A. Clasificación de la leucemia mieloide aguda (FAB)

- M0. Leucemia mieloide aguda sin diferenciación
- M1. Leucemia mieloide aguda con diferenciación mínima
- M2. Leucemia mieloide aguda con diferenciación
- M3. Leucemia promielocítica aguda hipergranular o típica
- M3v. Leucemia promielocítica aguda hipogranular
- M4. Leucemia mielomonocítica aguda
- M4v. Leucemia mielomonocítica aguda con eosinofilia en médula ósea
- M5. Leucemia monocítica aguda
- M6. Eritroleucemia
- M7. Leucemia megacariocítica aguda

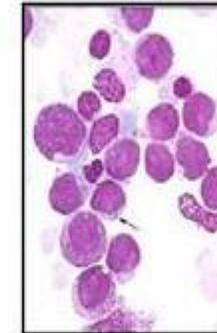
M0



M1



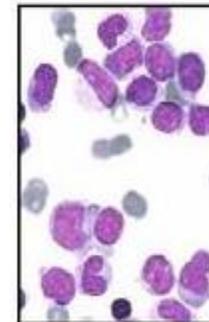
M2



M3



M4



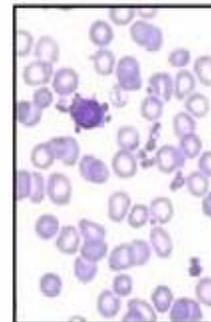
M5



M6



M7

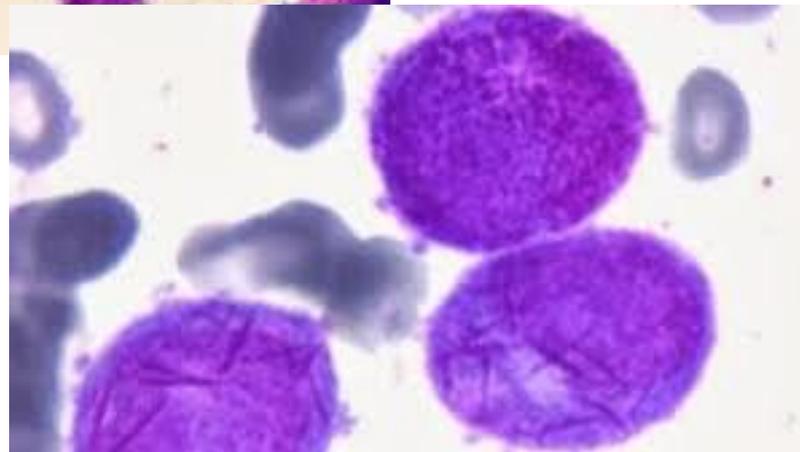
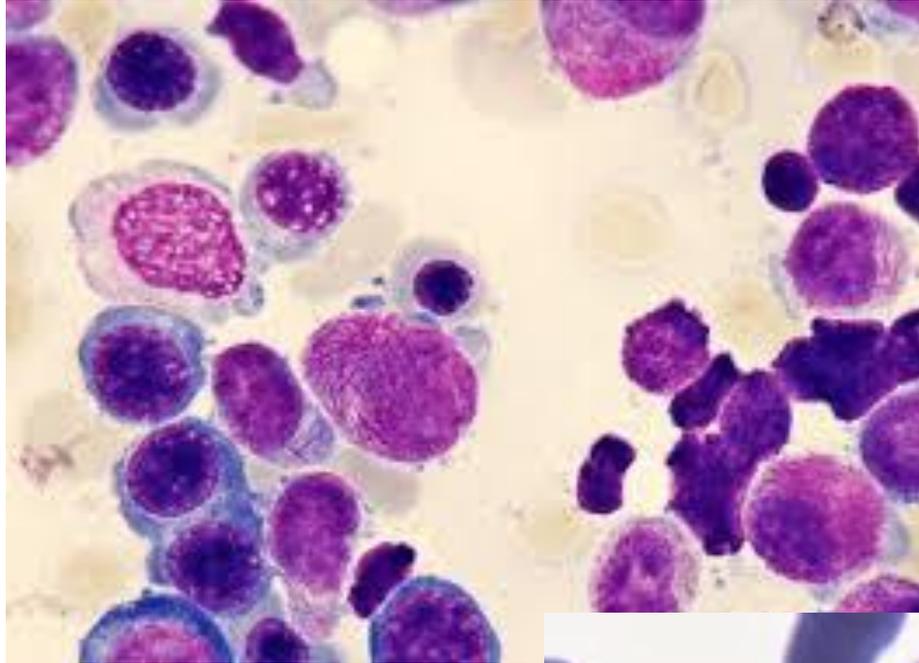


- El tratamiento estándar para la LMA es la poliquimioterapia inmediatamente después del diagnóstico.
- El tratamiento se divide en dos fases: inducción a la remisión, seguido por el de post-remisión (consolidación).



Diagnostico

- Comprende una valoración del estado físico, los datos del hemograma, el aspirado de la médula ósea y la biopsia.
- El examen de la morfología de la médula nos permite calcular el porcentaje de blastos en el espacio medular y datos morfológicos que distinguen entre los blastos linfoides y mieloides.
- Se hacen tinciones específicas, inmunofenotipos y análisis citogenéticos para confirmar el diagnóstico.
- El análisis citogenético nos permite examinar los cromosomas de las células leucémicas para las anomalías genéticas.



La leucemia promielocítica aguda (LPA, LMA-M3) es una forma de LMA caracterizada por la translocación de los cromosomas 15 y 17.

Esta translocación da como resultado la expresión de un receptor el ácido1 retinoico (RAR1) en la superficie de los promielocitos malignos. La LPA es una entidad distinta en su presentación clínica, respecto a las leucemias mieloides.

Gracias a los avances en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, hoy se considera que la leucemia promielocítica aguda es el tipo más curable de leucemia en adultos. Se han informado tasas de curación del 90 % en centros especializados en el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda



Signos y Síntomas

Un 25% de pacientes, en estudios randomizados, presentan un síndrome de estrés respiratorio llamado “síndrome ATRA” (también síndrome del RA-LPA). Este síndrome que se manifiesta con fiebre, disnea, edema periférico, ganancia de peso, efusiones pleurales y pericárdicas puede ser mortal.



Figura 3. - Radiografía de tórax al diagnóstico del síndrome del ácido trans-retinóico. Se observa infiltrado pulmonar bilateral, cardiomegalia y derrame pleural.

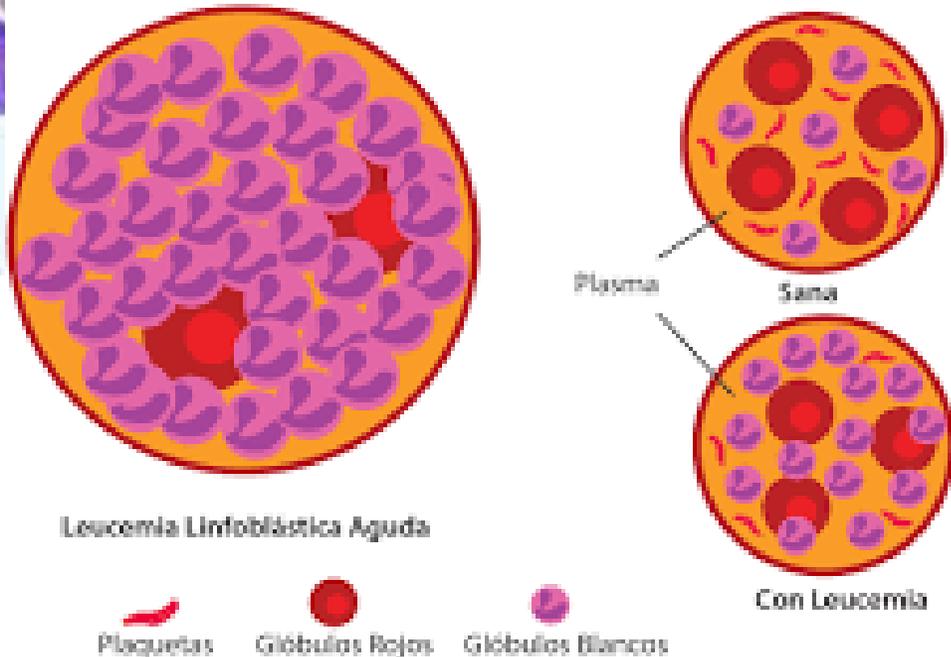
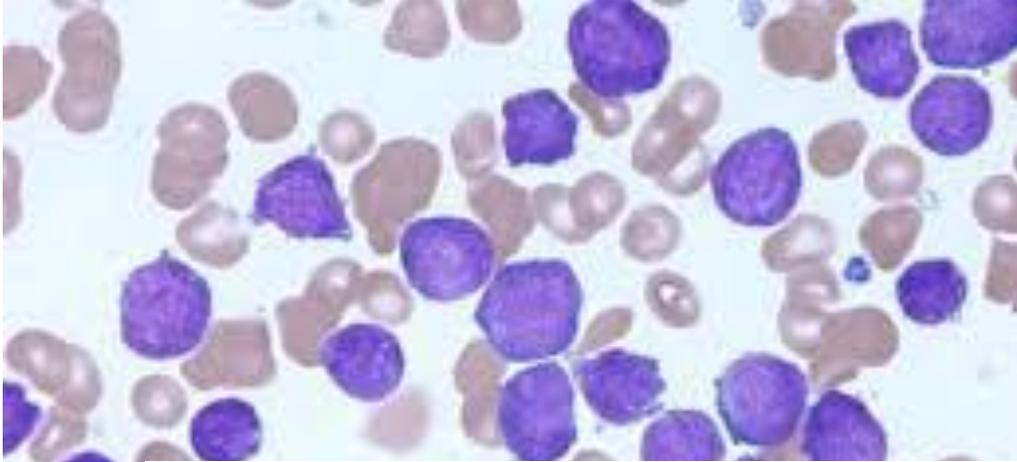
- Un síntoma común de la leucemia promielocítica aguda es el sangrado. Esto se debe a la cantidad reducida de plaquetas y a deficiencias en los factores de coagulación. El sangrado es potencialmente mortal y se maneja con el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda y el uso de medidas de apoyo como la transfusión de plaquetas y factores de la coagulación.



Tratamiento

- El tratamiento con un medicamento llamado ácido holo-trans-retinoico (ATRA, por sus siglas en inglés), que se dirige a las anomalías cromosómicas, ha producido resultados muy exitosos.
- El trióxido de arsénico (ATO, por sus siglas en inglés), administrado solo como monofármaco, también es eficaz en el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda, probablemente aún más que el ATRA.
- Otras farmacoterapias que han aumentado las tasas de remisión y curación incluyen tratamientos con antraciclinas y la ozogamicina gemtuzumab (GO, por sus siglas en inglés).





La LLA es una proliferación neoplásica clónica de células linfoides inmaduras del sistema hematopoyético.

La incidencia de la LLA es de 1,3 casos por 100.000 habitantes, o de alrededor de 4.000 pacientes al año.

Es una enfermedad básicamente infantil, con una edad media de diagnóstico de 10 años;

La LLA puede presentarse a cualquier edad en los adultos y tiene un pequeño aumento de incidencia en personas de más de 70 años.

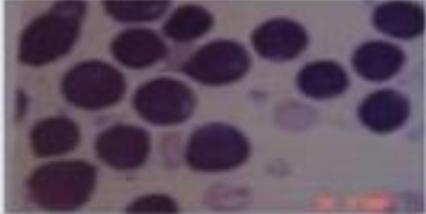
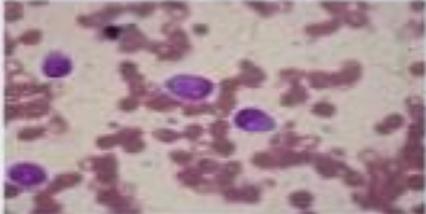
Clasificación

Según el tipo de precursores:

- ✓ **Leucemia Linfática de precursores B:** más común niños y curable.
- ✓ **Leucemia Linfática de precursores T:** CD10 negativo en el 20% de los casos.

Clasificación morfológica:

- ✓ **Leucemia Linfática tipo L1:** células pequeñas de núcleo regular.
- ✓ **Leucemia Linfática tipo L2:** células grandes con pleomorfismo nuclear y nucléolo prominente.
- ✓ **Leucemia Linfática tipo L3:** células con núcleo vesicular y citoplasma vacuolado.

LA-L1	<p>Linfoblástica «típica»</p> 
LA-L2	<p>Linfoblástica «atípica»</p> 
LA-L3	<p>Parecida al linfoma Burkitt</p> 

Signos y Síntomas

- La infiltración en diferentes tejidos, la invasión del sistema nervioso central (SNC), masa mediastínica o líquido pleural, y la implicación testicular son características de la LLA.
- Puede presentarse en el momento del diagnóstico con esplenomegalia y linfadenopatía en la mitad de los pacientes.
- Los síntomas incluyen agrandamiento de los nódulos linfáticos, moretones, fiebre, dolor en los huesos, infecciones frecuentes y sangrado de las encías.



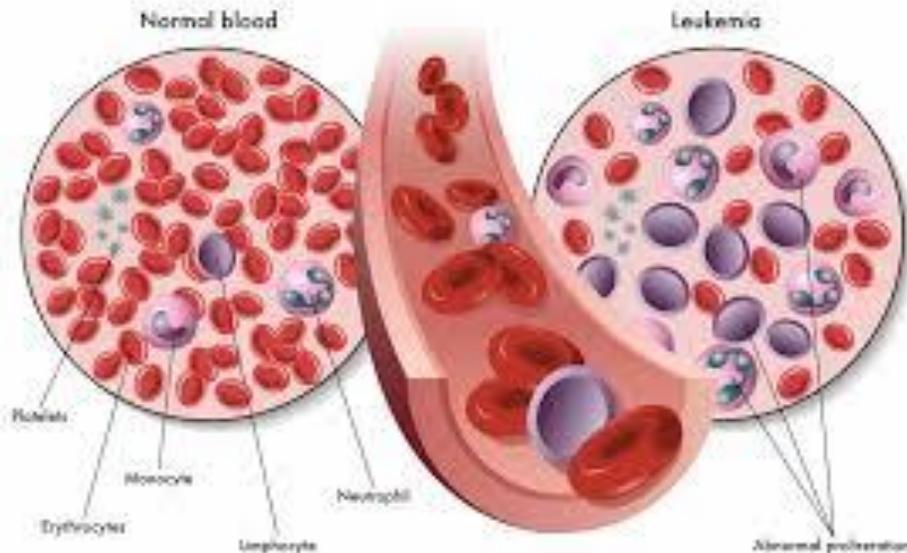
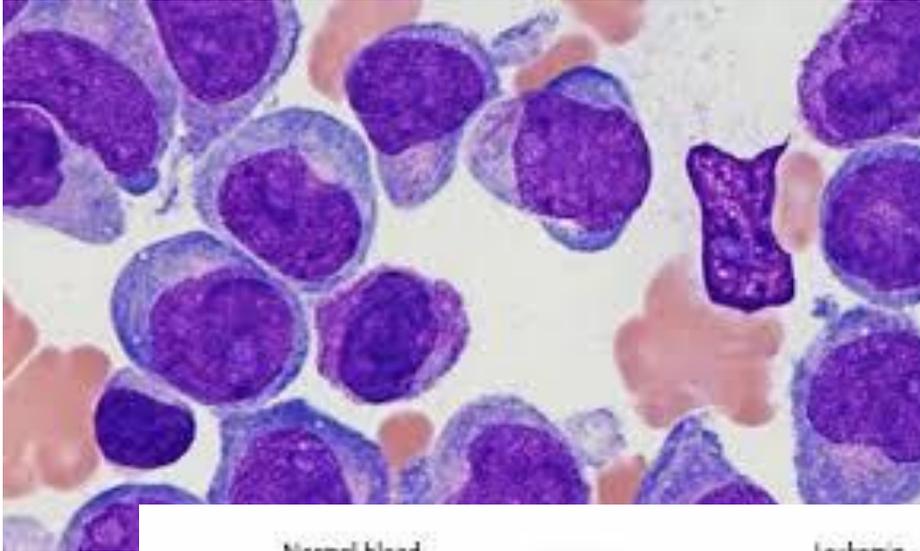
Diagnostico

- El diagnóstico de LLA requiere una valoración similar a la de la LMA respecto al examen físico, pruebas de laboratorio, aspirado medular y biopsia.
- En la LLA el inmunofenotipo es el principal medio de diagnóstico debido a la falta de distinción citoquímica y morfológica.

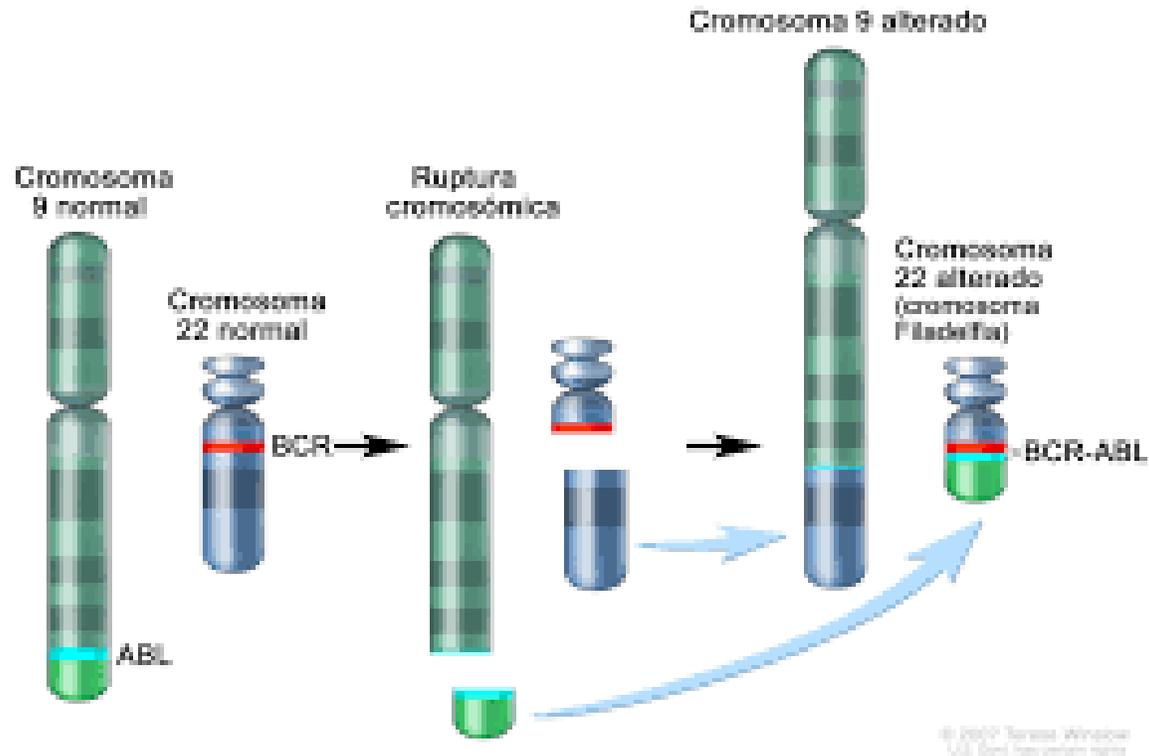


- El tratamiento puede incluir quimioterapia o fármacos de liberación localizada que destruyen las células cancerosas.





Es un síndrome mieloproliferativo crónico caracterizado por una proliferación monoclonal mieloide que involucra a la “stem cell”, lo cual significa que además de una marcada leucocitosis en sangre periférica a base de neutrófilos, eosinófilos y basófilos, se ven afectadas otras líneas celulares sanguíneas: megacariocitos, precursores de hematíes e, incluso, linfocitos B y T.



- Fue la primera neoplasia en la que se descubrió una alteración cromosómica característica, el cromosoma Philadelphia (Ph). Este cromosoma, que aparece en un 85% de los pacientes, es producto de una translocación adquirida entre los cromosomas 9 y 22.
- La LMC representa entre el 7% y el 15% de todas las leucemias, con una prevalencia de 1-1,5 casos/100.000 habitantes y año. Es más frecuente en varones que en mujeres (2:1), y la mediana de edad en el momento del diagnóstico es de 45 años. No obstante, puede aparecer a cualquier edad, incluso en niños (3% de las leucemias infantiles).

Signos y Síntomas

- Fase crónica. Tradicionalmente dura entre 3 y 5 años, pero con el interferón se ha alargado. Un tercio de los pacientes no presenta ningún síntoma. El resto de pacientes presenta astenia, anorexia, sudores, fiebre y fundamentalmente esplenomegalia.

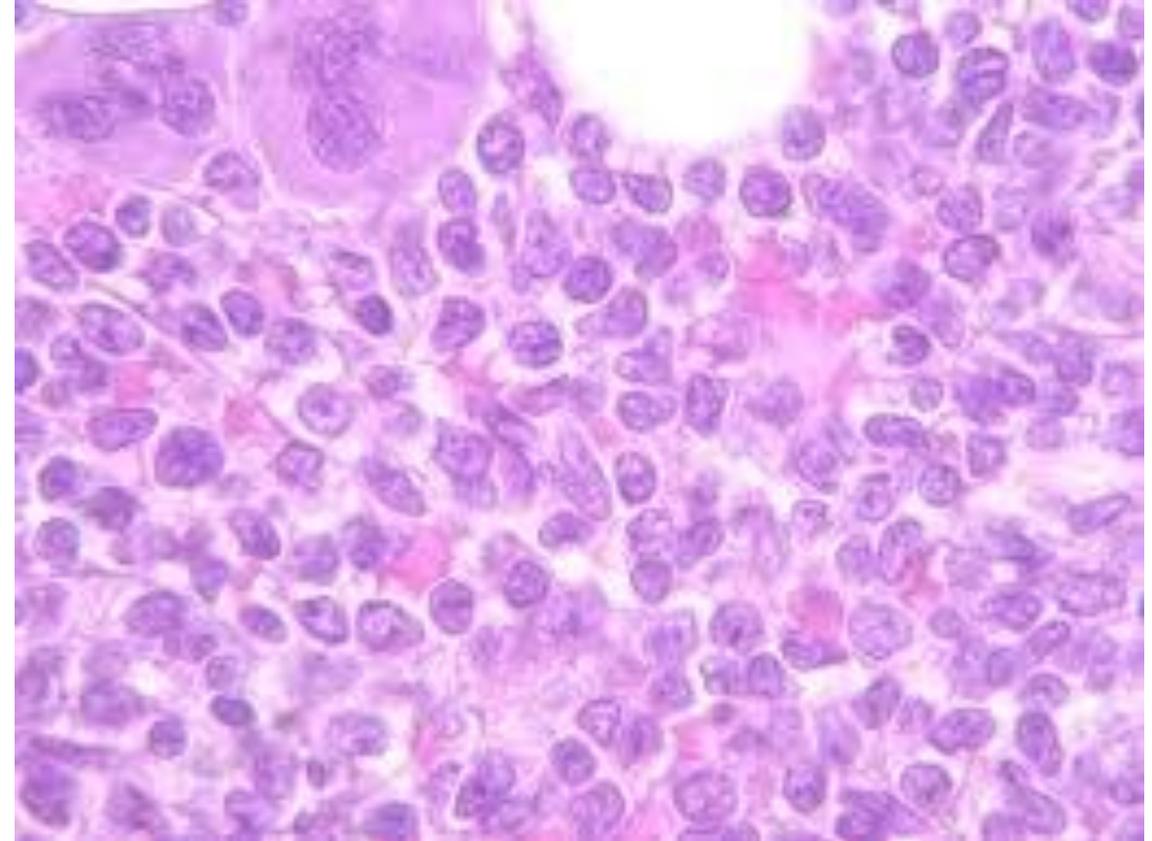


Signos y Síntomas

- Fase acelerada. La presenta un 60-70% de los pacientes tras la fase crónica y se caracteriza por una leucocitosis progresiva y resistente al tratamiento, acompañada por fiebre, sudor nocturno y esplenomegalia progresiva. Esta fase dura, habitualmente, varios meses



- Crisis blástica. Puede aparecer con o sin fase acelerada previa y se caracteriza por la presencia de síndrome anémico, infecciones, hemorragias, malestar general, dolores óseos y esplenomegalia progresiva. La supervivencia en esta fase es de 3 a 6 meses.



Tratamiento

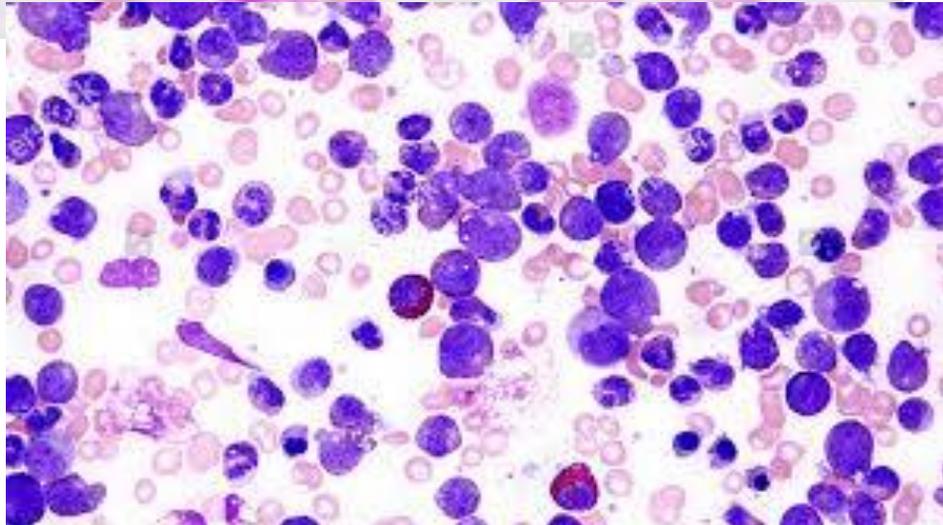
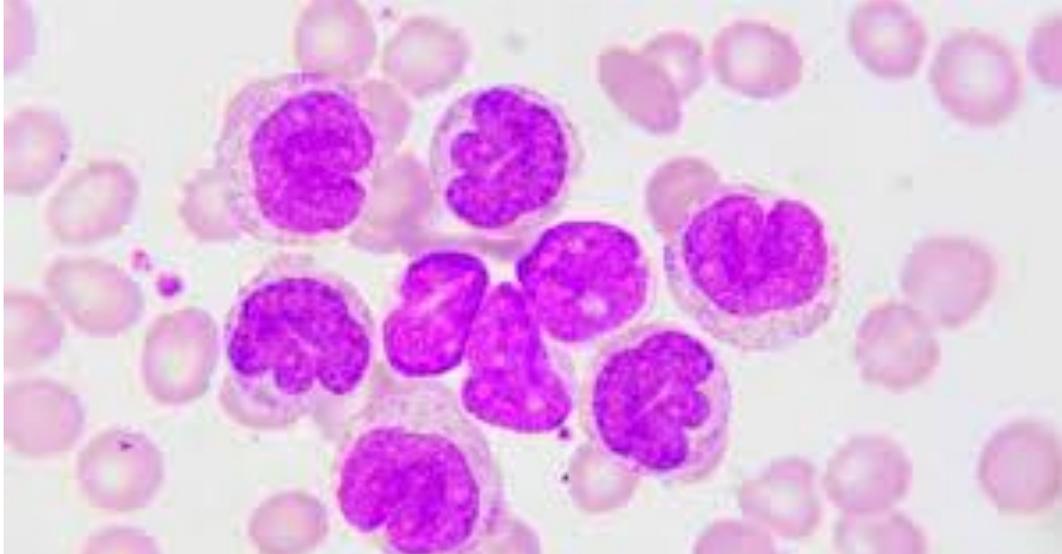
- El objetivo inicial del tratamiento conservador es conseguir un control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y la supervivencia. Pero el objetivo final debe ser la curación, lo cual solo puede conseguirse con el trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH) alogénico.

Busulfán. Se utiliza únicamente cuando no se toleran o no son eficaces otros tratamientos. La dosis es de 0,1 mg/kg/día por vía oral, hasta que la cifra de leucocitos se reduce al 50%.

Hidroxiurea. Se considera el tratamiento inicial de elección para reducir la cifra inicial de leucocitos, ya que produce menos efectos adversos que el busulfán. La dosis es de 40 mg/kg/día por vía oral hasta alcanzar los 20×10^9 /l leucocitos, y después se reduce la dosis para mantener una cifra de leucocitos entre 2 y 5×10^9 /l.

Interferón alfa (2a y 2b). Es el tratamiento de elección una vez reducida la cifra inicial de leucocitos con hidroxiurea. Se emplea a dosis de 2 a 5×10^6 unidades/m² /día por vía subcutánea de manera continua.

Leucemia linfoide crónica (LLC)

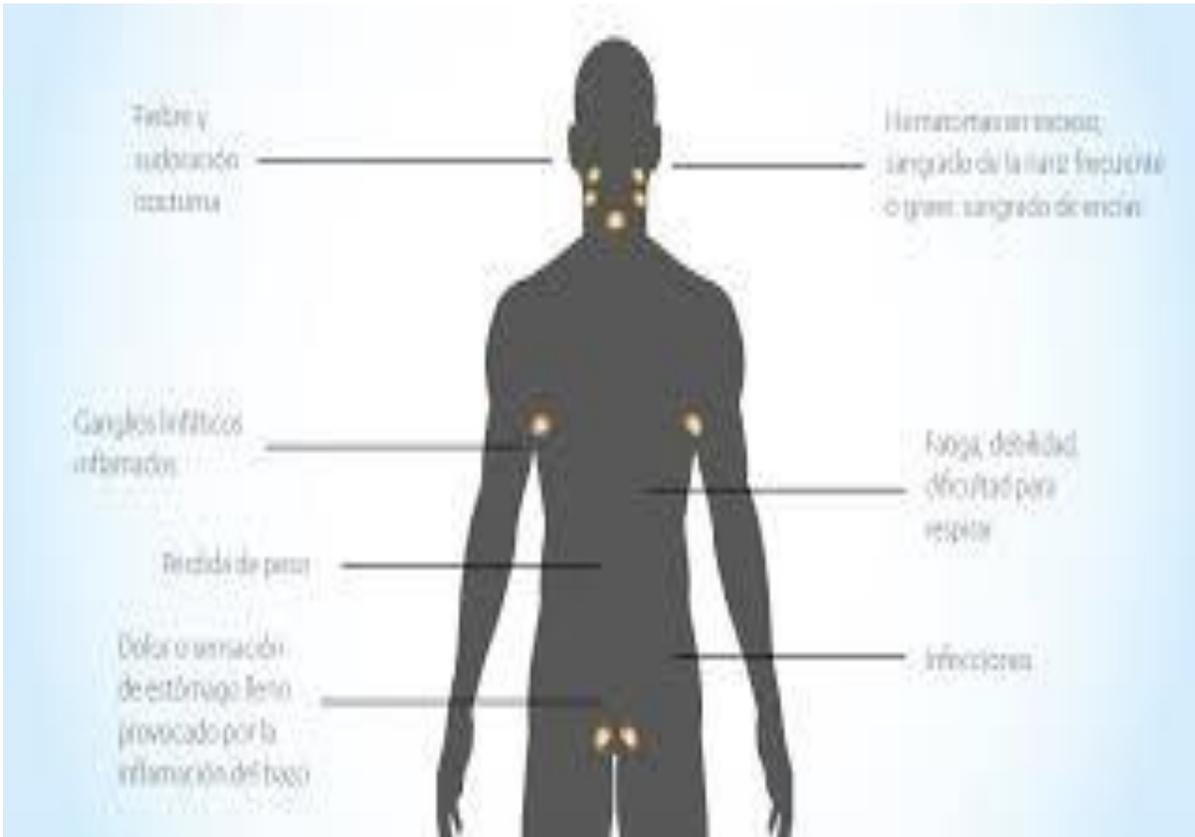


Es un síndrome linfoproliferativo crónico que se caracteriza por la proliferación y acumulación de linfocitos B de aspecto morfológico maduro y biológicamente inmaduros. Las manifestaciones clínicas dependen de la acumulación progresiva de linfocitos B en la médula ósea, ganglios linfáticos y HEMATOLOGÍA CLÍNICA 1043 otros tejidos, así como de las alteraciones inmunitarias secundarias asociadas

La LLC es la forma más frecuente de leucemia, representando alrededor del 30% de todas las leucemias en los países occidentales.

Presenta una incidencia en estos países de 1,5 casos/100.000 habitantes y año, y la mediana de edad de aparición es de unos 60 años.

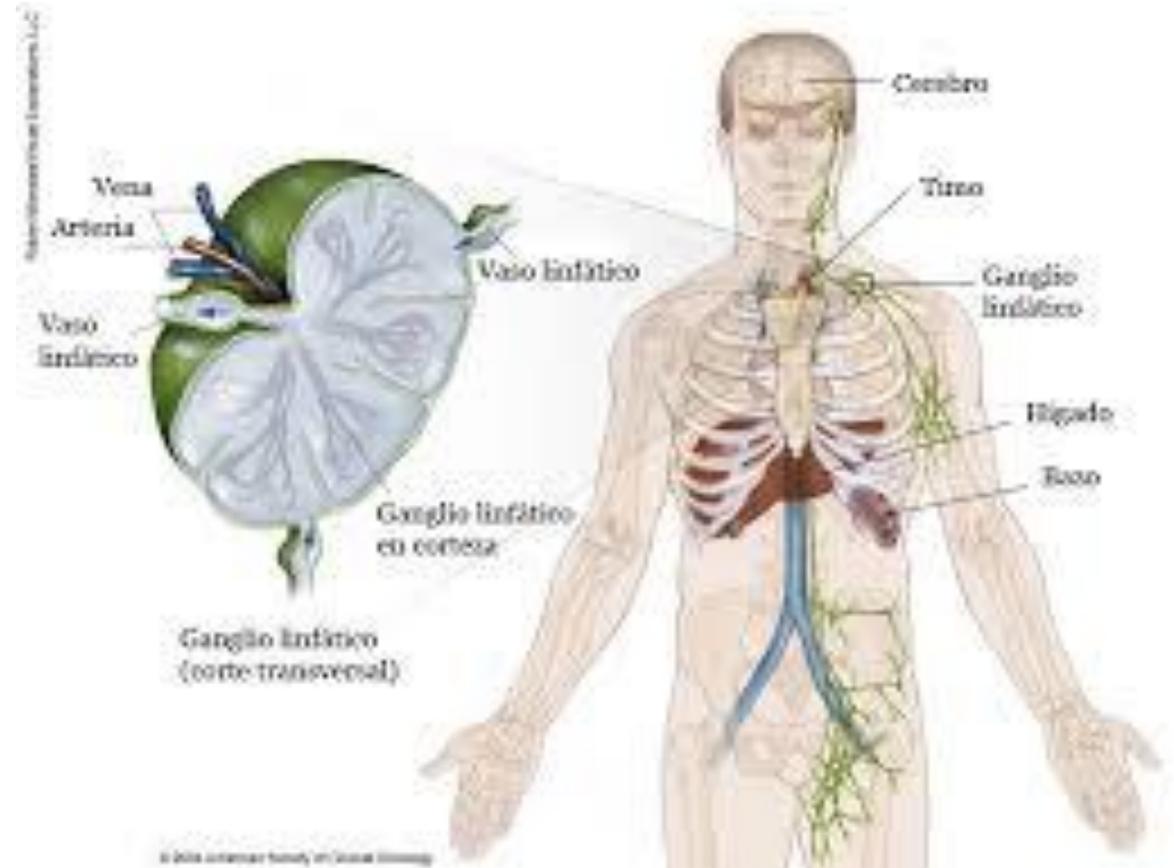
Se desconoce la causa de la LLC, no estando relacionada con radiación ni agentes químicos. Es una enfermedad adquirida, no habiéndose observado un patrón de herencia reproducible.



La leucemia linfocítica crónica (LLC) puede no presentar síntomas durante años.

Cuando aparecen, pueden incluir inflamación de los ganglios linfáticos, fatiga y aparición de hematomas con facilidad.

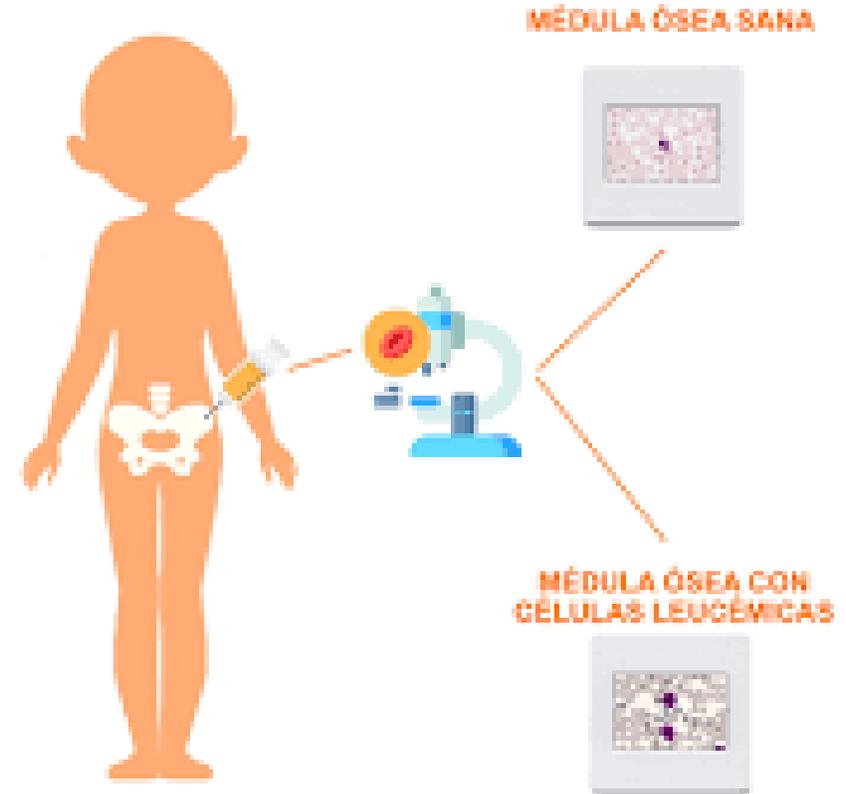
Síntomas comunes: ganglios linfáticos inflamados o fatiga



- El diagnóstico es casual en la mitad de los casos, por hemogramas de rutina.
- En un 30% de los pacientes la causa de consulta es la aparición de adenopatías, y en el resto de ellos la causa es variada: astenia, anorexia, infecciones, etc.
- El hallazgo más frecuente en la exploración son las adenopatías (en un 90% de los pacientes), de carácter moderado generalmente e indoloras.
- El bazo puede palparse en un 60% de los casos en fases avanzadas y en un 20-30% en el momento del diagnóstico.
- El hallazgo de laboratorio más característico es la leucocitosis.

Leucemia linfocítica crónica (LLC)

Diagnostica



Tratamiento

- Actualmente la LLC no tiene tratamiento curativo, lo que unido al hecho de que suele tener un curso crónico indolente y a la edad avanzada de la mayoría de los pacientes, hace que un objetivo terapéutico razonable sea la paliación de los síntomas y la prolongación de la supervivencia.

Clorambucilo. Es el tratamiento clásico de la LLC. La pauta continua es de 0,07-0,2 mg/kg/día (6 mg/m²) por vía oral durante 3-6 semanas, disminuyendo progresivamente hasta 2 mg/día cuando se obtiene respuesta.

Ciclofosfamida. Pauta continua: 2-4 mg/kg/día (80- 120 mg/m²) vía oral durante 10 días, reduciendo posteriormente la dosis hasta alcanzar la dosis mínima eficaz.

CVP. Ciclofosfamida 400 mg/m² intravenosa los días 1 al 5, Vincristina 1,4 mg/m² (máximo 2 mg) intravenosa el día 1 y Prednisona 100 mg/m² vía oral los días 1 al 5.

Fludarabina. Se utiliza a dosis de 25 mg/m² intravenosa durante 5 días consecutivos cada 28 días. Fludarabina. Se utiliza a dosis de 25 mg/m² intravenosa durante 5 días consecutivos cada 28 días.



GRACIAS

nombresanimados.net