

NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS

proviene de la expansión clonal de células hematopoyéticas

LEUCEMIAS AGUDAS

SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS CRÓNICOS

LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA.

Mieloma múltiple.

Linfomas

forma más común de leucemia en los pacientes adultos.

comienzo abrupto con quejas inespecíficas, fatiga, anorexia, pérdida de peso y debilidad. Las discrasias hematológicas contribuyen a los síntomas

idarubicina o mitoxantrona
quimioterapia de consolidación

Leucemia mieloide crónica.
se produce en dos o, a veces, tres fases: crónica, acelerada y aguda o blástica. fatiga, anorexia y molestias abdominales, con sensación de plenitud, relacionados con la esplenomegalia.
El diagnóstico es por el incremento de leucocitos, con la presencia de formas celulares mieloides inmaduras en sangre periférica.
Tratamiento: Imatinib mesilato

Policitemia vera
aumento excesivo de masa eritrocitaria, y en menor medida de megacariocitos y mielocitos
asociada únicamente con aumento de la masa de eritrocitos y ligera esplenomegalia, rimbosis o hemorragia, prurito generalizado.
diagnóstico combina datos clínicos y de laboratorio, siguiéndose los criterios del grupo de estudio de PV (PVSG).
tratamiento debe ser individualizado.
flebotomía, fósforo radiactivo y clorambucilo, hidroxiurea

Trombocitemia esencial (TE)
caracterizado por una hiperplasia megacariocítica que cursa con incremento de plaquetas

neoplasia de linfocitos B activados, siendo el fenotipo de células T raro.

asintomática hasta en un 25% de pacientes, mientras que otros pueden sufrir distintos grados de «síntomas B», como debilidad, pérdida de peso y fiebre.

en ancianos se encuentra exacerbación de patología coronaria o enfermedad cerebrovascular.
esplenomegalia se encuentra en un 50% de pacientes en la presentación de la enfermedad, y la hepatomegalia se puede desarrollar con la progresión del cuadro.

trastornos caracterizados por la proliferación clonal de células plasmáticas que producen una proteína homogénea de carácter monoclonal

proliferación del clon de células malignas, la elaboración de citoquinas por las células plasmáticas malignas y el acúmulo de componente M en el plasma y los tejidos

síntoma más frecuente es el dolor óseo, de localización preferentemente en columna vertebral y parrila costal, de características mecánicas y aumentando gradualmente de intensidad.

Los síntomas y signos

neoplasias del sistema linfoide que asientan preferentemente en los ganglios linfáticos e incluyen Enfermedad de Hodgkin y Linfomas no Hodgkin.

Linfomas no Hodgkin (LNH)
nmunodeficiencia, adquirida, iatrogénica o genética.
en los ancianos, las formas más frecuentes son los linfomas «difuso de células grandes», «células grandes» o «imunoblástico». es más frecuente la presentación extraganglionar

Linfomas de bajo grado
linfoma linfocítico de células pequeñas, folicular con predominio de células hendidas pequeñas y folicular mixto.
pacientes, que tienen enfermedad avanzada (estadios III/IV o estadio I/II con síntomas B), el manejo viene determinado por la severidad de los síntomas y el grado de compromiso de los órganos afectados.
tratamiento curativo con radioterapia.
los sistémicos requieren quimioterapia.



ALUMNA: KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ
DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ
MATERIA: MEDICINA INTERNA
TEMA: NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
QUINTO SEMESTRE
FECHA DE ENTREGA: 07/10/2020

Trombocitemia (TE)
caracterizado por una hiperplasia megacariocítica que cursa con incremento persistente en la cifra de plaquetas. recuento elevado de plaquetas, provocando tanto episodios hemorrágicos como trombóticos.
diagnóstico diferencial se plantea con trombocitosis reactivas, como infecciones crónicas o enfermedades inflamatorias y neoplasias epiteliales, incluso subclínicas.
tratamiento estándar es la hidroxiurea. agente antiplaquetario, Anagrelide

Metaplasia mieloide con mielofibrosis (MMMf).
caracterizado por mieloproliferación y fibrosis gradual de la médula ósea, con hematopoyesis extramedular.
inicio insidioso y se relaciona con la presencia de esplenomegalia y las consecuencias de la anemia u otras citopenias.
diagnóstico se realiza en función de los hallazgos clínicos y la presencia de fibrosis en la biopsia medular:

progresión del cuadro.

diagnóstico requiere la demostración de linfocitosis mantenida y de infiltración linfocítica de la médula ósea en ausencia de otras causas.

Tratamiento
Clorambucil, a dosis bajas diarias o en forma de pulsos, durante dos a cuatro semanas

Los síntomas y signos sistémicos incluyen palidez, debilidad, astenia, disnea y palpitations, la mayoría provocados por la anemia. Los signos de trombocitopenia, como equimosis, púrpura o epistaxis también son comunes.

melfalán y prednisona (MP) es todavía el tratamiento estándar
Si existe trombocitopenia o insuficiencia renal es mejor emplear Ciclofosfamida en lugar de melfalán.
eritropoyetina recombinante

determinado por la severidad de los síntomas y el grado de compromiso de los órganos afectados.
tratamiento curativo con radioterapia. los sistémicos requieren quimioterapia. clorambucilo o ciclofosfamida, con o sin un curso breve de prednisona, constituyen la mejor opción de tratamiento.
Si se requiere una respuesta rápida, se puede elegir tratamiento intravenoso con ciclofosfamida, vincristina y prednisona.
Fludarabina es un agente de segunda línea

Linfomas agresivos
Cuando ésta afecta la médula ósea existe una correlación elevada con la afectación del sistema nervioso central, confirmando mal pronóstico.
Tienen respuesta a quimioterapia, y un tanto por ciento elevado de pacientes se puede curar.
regímenes con antraciclinas son los más empleados. los estadios tempranos (I o IIA) en pacientes ancianos se puede emplear quimioterapia, con tres ciclos de CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona) seguidos de radioterapia de la región afectada, obteniendo buenos resultados, ya que se tolera bien la quimioterapia.
pacientes con linfomas B agresivos, tratados con combinación CHOP más rituximab.

Linfoma Hodgkin (LH)
diagnóstico depende del hallazgo histológico de la célula de Reed-Stenberg. pacientes ancianos tienen de forma más frecuente síntomas sistémicos y enfermedad abdominal.
adenopatías, en general localizadas en un solo territorio ganglionar. Las regiones más afectadas son la supraclavicular, axilar e inguinal, siendo en más del 70% de los casos palpables.
Síntomas
fiebre, sudoración y pérdida de peso mayor del 10% del peso corporal, atiga, debilidad y prurito.
El diagnóstico se realiza por biopsia.
anamnesis completa, interrogando específicamente sobre síntomas B estableciendo si el paciente pertenece a la categoría A o B.
exploración física
debe ser metódica, con especial atención en todos los territorios ganglionares periféricos. Las pruebas de laboratorio incluyen bioquímica con función hepática y renal, niveles de ácido úrico y LDH y hemograma completo con VSG. La tomografía computarizada (CT) debe incluir pulmón, abdomen pelvis. El escáner con Galio 67, linfografía.
Cuando la enfermedad está localizada (estadios IA, IIA, IB, IIB) se trata con radioterapia.
estadios más avanzados requieren combinación con quimioterapia.
Tratamiento
MOPP (mecloretamina, vincristina, procarbazona, prednisona) presenta numerosas complicaciones.
El régimen ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dexametasona) más efectivo, con menos toxicidad, se recomienda, junto con radioterapia cuando existen masas mayores de 10 centímetros.
Los pacientes frágiles o extremadamente ancianos pueden recibir tratamiento paliativo con vinblastina o radioterapia.