



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Materia:**

**INMUNOLOGIA**

**Dr. Ezri Natanael Prado Hernández**

**Presenta:**

**Fátima Andrea López Álvarez**

**4\* B**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 19/06/21**

Paciente masculino de 7 años de edad, acude a la consulta con sus padres, refiriendo que hace 2 meses inicia con un cuadro de faringoamigdalitis por lo que acuden con facultativo indicando analgésicos y tratamiento a base de amoxicilina y ácido clavulánico. Con discreta remisión. Solicitan la valoración refiriendo que notan al niño muy cansado, ha bajado 6 kg en los últimos 2 meses, presenta gingivorragia y epistaxis recurrente, fiebre de predominio nocturno, refieren que come menos de lo normal, y la mayor parte del día se comporta irritado. A la exploración física se encuentran adenomegalias en la región cervical, retroauricular, la presencia de hepato esplenomegalía, petequias en extremidades inferiores y superiores.

¿Cuál es tu sospecha diagnóstica? Leucemia mieloide aguda

¿Cuál es el estudio inicial principal en el abordaje diagnóstico? Función hepática, renal, electrolitos, LDH, ácido úrico, hemoclasificación, fenotipo del Rh, perfil viral: hepatitis B/C y HIV.

¿Cuál es el estudio necesario para realizar el diagnóstico de certeza?

Prueba PCR, aspirado de médula ósea, biopsia y muestra de sangre periférica

¿Cuál es la principal clasificación morfológica para esta patología?

Esto independiente de que se encuentren otras alteraciones citogenéticas. En niños >3 años se recomienda realizar los estudios NPMc y ITD-FLT3. Si el paciente es NPMc positivo y ITD FLT3 negativo clasificarlo como de bajo riesgo. Los pacientes no clasificados como favorables o desfavorables. Las leucemias que tienen anormalidades del cromosoma 12, monosomía 7

¿Cuál es la principal anomalía citogenética más frecuente en esta patología? Aneuploidías inespecíficas

¿Cuál es el inmunofenotipo más común de la enfermedad en este paciente? Positivos para CD34, CD117 y CD15. Tienen un mal pronóstico. Es poco frecuente (< 1% de las LAM).

¿Cuál es el tratamiento en este paciente? Tratamiento de inducción: Se recomienda que los niños con LMA con diagnóstico "de novo" deben iniciar lo más pronto posible un esquema de inducción basado en el uso de una antraciclina en combinación de citarabina. Tratamiento post-remisión (consolidación): En el momento actual se considera que es necesario dar tratamiento con quimioterapia luego de lograr la remisión completa y un aumento en la supervivencia a largo plazo.