

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia: Inmunología

Tema: caso clínico

Docente: Dr: Ezri Natanael Prado Hernández

Alumna: Vanessa Estefanía Vázquez Calvo

Semestre y grupo: 4 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 19 de junio

2021.

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 irritable. A la exploración física se encuentran adenomegalias en la región cervical, retroauricular, la presencia de hepato esplenomegalía, petequias en extremidades inferiores y superiores.

1. ¿Cuál es tu sospecha diagnóstica?

Leucemia mieloide aguda

2. ¿Cuál es el estudio inicial principal en el abordaje diagnóstico?

Hemograma completo, extendido de sangre periférica, función hepática, renal, electrolitos, LDH, ácido úrico, hemoclasificación, fenotipo del Rh, pruebas de coagulación, coprológico, perfil viral: hepatitis B/C y HIV.

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

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

4. ¿Cuál es la principal clasificación morfológica para esta patología?

Riesgo favorable: las leucemias que tienen t(8;21), la inv(16), o la t(16;16). 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.

Riesgo intermedio: Los pacientes no clasificados como favorables o desfavorables.

Riesgo desfavorable: Las leucemias que tienen anormalidades del cromosoma 12, monosomía 7, anormalidades del brazo largo del cromosoma 5, t(6;9) y la t(9;22), pacientes con citogenética normal pero ITD-FLT3 positivo.

5. ¿Cuál es la principal anomalía citogenética más frecuente en esta patología?

aneuploidías inespecíficas, trisomías de los cromosomas 8 y 22, i(17q), Ph

adicional y ausencia del cromosoma Y en el 82 % de los pacientes en fase acelerada.

6. ¿Cuál es el inmunofenotipo más común de la enfermedad en este paciente?

El inmunofenotipo de los blastos es mielóide con positividad para MPO, CD13, CD33, CD38 y HLA-DR. También pueden ser positivos para CD34, CD117 y CD15. Tienen un mal pronóstico. Es poco frecuente (< 1% de las LAM).

7. ¿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.

Se recomienda la utilización de Daunorubicina en dosis 60 mg/m²/ día por 3 días en la inducción como primera elección en conjunto con Citarabina 100-200mg/m²/día en infusión continua por 7 días.

Se recomienda dar 2 ciclos de inducción. Si al día 12 a 14 de terminado el ciclo se encuentran blastos >5% o ERM ≥1% se recomienda iniciar el segundo ciclo de inducción así no se encuentre el paciente en recuperación hematológica completa.

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 sobrevida a largo plazo.

Se recomienda que los pacientes que logren llegar a una remisión completa deben recibir tratamiento de consolidación, lo más rápidamente posible en que ocurra la recuperación hematológica luego de los ciclos de inducción.