LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

Paciente masculino de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo. Consulta por fatiga extrema y debilidad progresiva durante las últimas 4 semanas, además de moretones fáciles y sangrado gingival. En los últimos días, ha experimentado fiebre persistente de origen desconocido. T/A113/95 FR:14 FC:80 temp 36.5°

En el examen físico, se observa palidez cutánea y mucosas. En el examen de sangre periférica, se encuentra una cuenta de leucocitos significativamente elevada, con predominio de blastos mieloides. La hemoglobina y las plaquetas están disminuidas. La biopsia de médula ósea confirma el diagnóstico de leucemia mieloide aguda.

El cariotipo muestra una translocación recíproca entre los cromosomas 9 y 22, lo que indica una posible afectación por la t(9;22)(q34;q11.2), comúnmente conocida como cromosoma Filadelfia, que suele asociarse con un pronóstico más desfavorable en LMA.

Ante el diagnóstico de LMA, se inicia de inmediato una inducción de quimioterapia intensiva con un régimen que incluye citarabina y daunorubicina. Durante el tratamiento, se monitorizan estrechamente los recuentos sanguíneos y se realizan ajustes en la dosis según la respuesta del paciente. Se considera la posibilidad de un trasplante de médula ósea en etapas posteriores del tratamiento.

Se mantiene un seguimiento cercano del paciente para evaluar la respuesta al tratamiento y manejar cualquier complicación asociada a la enfermedad o al tratamiento. Además, se establece un plan de apoyo multidisciplinario que incluye atención psicológica y de enfermería especializada para abordar las necesidades del paciente y brindar un cuidado

LEUCEMIA LINFODE CRONICA

Paciente de 62 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y ocasional tabaquismo. Acude a consulta por malestar general, pérdida de peso no intencional de 7 kg en los últimos 3 meses y esplenomegalia palpable. Además, refiere fatiga y sudoración nocturna.

En el examen físico, se aprecia esplenomegalia significativa y leve hepatomegalia. El hemograma revela leucocitosis con predominio de neutrófilos y basófilos, y la presencia de mielocitos y metamielocitos. Se observan células de aspecto inmaduro en la sangre periférica.

La biopsia de médula ósea confirma el diagnóstico de leucemia mieloide crónica en fase crónica. El análisis molecular detecta la presencia del cromosoma Filadelfia (t(9;22)(q34;q11.2)), confirmando el diagnóstico.

Se inicia tratamiento con un inhibidor de tirosina quinasa, como el imatinib, para reducir la carga de células leucémicas y controlar la progresión de la enfermedad. Se establece un seguimiento periódico para evaluar la respuesta al tratamiento y ajustar la dosis según sea necesario.

Se brinda asesoramiento genético y apoyo psicológico al paciente y a su familia para ayudarles a comprender la enfermedad y afrontar el tratamiento a largo plazo. Además, se mantiene un monitoreo estrecho de la función hepática y renal, así como de la respuesta hematológica y molecular, con el objetivo de lograr una buena calidad de vida y un control adecuado de la enfermedad.

(LLA):

Paciente de 8 años, sexo femenino, previamente sana y sin antecedentes médicos relevantes. Los padres la llevan al hospital debido a fatiga, palidez y fiebre persistente durante las últimas dos semanas. Además, han notado fácil aparición de hematomas y sangrado de encías.

En el examen físico, se observa palidez cutánea y mucosas. Los ganglios linfáticos están aumentados de tamaño y la esplenomegalia es palpable. Los resultados de los análisis de sangre muestran anemia, trombocitopenia y leucocitosis con predominio de linfoblastos.

La biopsia de médula ósea confirma el diagnóstico de leucemia linfoide aguda de células B. Se realizan pruebas adicionales para determinar el subtipo molecular y otras características de la enfermedad.

Se inicia un régimen de quimioterapia intensiva basado en glucocorticoides, vincristina, daunorubicina y asparaginasa. Se procede a una hospitalización para monitorizar estrechamente la respuesta al tratamiento, administrar soporte hematológico y manejar las complicaciones.

Además, se involucra a un equipo multidisciplinario que incluye hematólogos, oncólogos pediátricos, enfermeros especializados y psicólogos para brindar un cuidado integral. Durante el tratamiento, se informa y apoya a los padres sobre la enfermedad y el proceso de tratamiento, y se les proporciona recursos para afrontar la situación de manera adecuada.

El pronóstico y la evolución de la enfermedad se explican detalladamente a los padres, destacando la necesidad de seguimiento a largo plazo y posibles intervenciones terapéuticas adicionales, como trasplante de médula ósea en caso de recurrencia.

 (LLC):

Paciente de 70 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y osteoartritis crónica. Acude a consulta por fatiga persistente, pérdida de peso no intencional de 5 kg en los últimos 2 meses y sensación de llenura abdominal. No refiere fiebre ni sudoración nocturna.

En el examen físico, se aprecia esplenomegalia y adenopatías periféricas. Los resultados de los análisis de sangre muestran linfocitosis con predominio de linfocitos pequeños maduros. Se realizan pruebas adicionales, incluyendo citometría de flujo y análisis molecular, que confirman el diagnóstico de leucemia linfocítica crónica (LLC).

Se inicia una observación vigilada y se establece un seguimiento periódico para evaluar la progresión de la enfermedad. Se monitorean los recuentos sanguíneos, la función hepática y renal, y se evalúa la presencia de síntomas nuevos o cambios en la condición clínica.

Se educa al paciente sobre la naturaleza crónica de la enfermedad, su pronóstico y las opciones de tratamiento disponibles. Se discute la posibilidad de iniciar tratamiento en caso de progresión de la enfermedad o síntomas significativos.

Se brinda apoyo emocional y se fomenta un estilo de vida saludable, incluyendo una alimentación equilibrada y ejercicio físico regular. Se destaca la importancia de mantener una comunicación abierta con el equipo médico y de adherirse a las recomendaciones de seguimiento para garantizar un manejo adecuado de la enfermedad.

infoma de Hodgkin:

Paciente de 25 años, sexo masculino, sin antecedentes médicos relevantes. Consulta por la presencia de una masa cervical indolora que ha notado en los últimos 2 meses, acompañada de fatiga, fiebre intermitente y sudoración nocturna. Además, refiere pérdida de peso no intencional de 6 kg durante este periodo.

En el examen físico, se encuentra una masa en el cuello de consistencia firme y no dolorosa, con adenopatías en otras regiones cervicales. No se encuentran otros hallazgos anormales.

Se realizan estudios de imagen, incluyendo tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, que revelan múltiples masas linfoides en cuello, mediastino y abdomen. Se lleva a cabo una biopsia de ganglio linfático, que confirma el diagnóstico de linfoma de Hodgkin, tipo esclerosis nodular.

Se inicia la stadificación completa y se determina que el paciente se encuentra en estadio IIA según la clasificación de Ann Arbor. Se prescribe un régimen de quimioterapia combinada con doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina (ABVD).

El paciente es monitoreado cuidadosamente durante el tratamiento para evaluar la respuesta y manejar cualquier efecto secundario. Se proporciona apoyo psicológico y se involucra a un equipo multidisciplinario, incluyendo oncólogos, radiólogos, enfermeros especializados y trabajadores sociales, para asegurar un manejo integral de la enfermedad.

Se planea una evaluación de respuesta posterior al tratamiento y, si es necesario, radioterapia adicional. Se brinda orientación sobre el pronóstico y la importancia del seguimiento a largo plazo, así como sobre las estrategias para mantener un estilo de vida saludable durante y después del tratamiento.

(LNH):

Paciente de 45 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos de relevancia. Acude al médico por la presencia de fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso no intencional de 8 kg en los últimos 3 meses y debilidad generalizada. Además, reporta inflamación persistente en el cuello y axilas.

En el examen físico, se observa hepatomegalia y esplenomegalia. Se palpan adenopatías en el cuello, axilas e ingle. Se realiza una biopsia de ganglio linfático y se confirma el diagnóstico de linfoma no Hodgkin, subtipo difuso de células B grandes.

Se lleva a cabo una tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET-CT) para determinar la extensión de la enfermedad. Se encuentra compromiso ganglionar en múltiples áreas, así como infiltración en bazo y hígado.

Se inicia un régimen de quimioterapia basado en rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP). Durante el tratamiento, el paciente experimenta neutropenia febril y se administra tratamiento de apoyo.

El paciente responde favorablemente al tratamiento, mostrando una reducción significativa en el tamaño de las adenopatías y mejoría de los síntomas sistémicos. Se planifica continuar con terapia de mantenimiento y un seguimiento estrecho para evaluar la respuesta y monitorear posibles recaídas.

Se brinda apoyo psicológico y se establece un equipo multidisciplinario de atención para garantizar un cuidado integral. Se informa al paciente sobre el pronóstico, los posibles efectos a largo plazo del tratamiento y la importancia de mantener un estilo de vida saludable.

 (LRA):

Paciente de 65 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 2. Acude al servicio de urgencias con fatiga extrema, disminución del volumen de orina, edema en tobillos y dificultad para respirar desde hace 3 días.

En el examen físico, se observa presión arterial elevada, edema en miembros inferiores y estertores pulmonares bilaterales. En los análisis de laboratorio, se evidencia elevación significativa de creatinina y urea en suero, así como proteinuria. El análisis de orina muestra cilindros hialinos y eritrocitos dismórficos.

Se realiza una ecografía renal que revela riñones de tamaño normal con patrón ecogénico aumentado. Se sospecha una lesión renal aguda de origen prerenal o parenquimatoso.

Se inicia tratamiento con fluidos intravenosos para corregir la deshidratación y mejorar la perfusión renal. Se realiza una biopsia renal que confirma la presencia de glomérulos con signos de inflamación y necrosis tubular aguda, indicando una etiología parenquimatosa.

Se continúa el manejo con ajuste de dosis de medicamentos para la presión arterial y diabetes. Se realiza diálisis intermitente para eliminar toxinas y corregir desequilibrios electrolíticos mientras se monitorea la evolución de la función renal.

Se establece un plan de seguimiento a largo plazo para controlar la función renal y ajustar el tratamiento según sea necesario. Se brinda educación sobre la importancia del control de la presión arterial y glucosa en sangre, así como sobre la necesidad de mantener una adecuada hidratación y llevar un estilo de vida saludable para prevenir futuras complicaciones renales.

 (LRC):

Paciente de 50 años, sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 2 mal controlada. Acude a consulta por edema en piernas y cansancio constante en los últimos meses.

En el examen físico, se observa hipertensión arterial y edema en piernas. Los análisis de laboratorio muestran una creatinina sérica ligeramente elevada y proteinuria persistente. La tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) calculada mediante la fórmula de MDRD indica una reducción moderada de la función renal.

Se realiza una ecografía renal que muestra riñones de tamaño normal con cambios parenquimatosos indicativos de lesión renal crónica.

Se inicia un tratamiento para el control de la hipertensión arterial y la diabetes, y se brinda asesoramiento sobre dieta y estilo de vida saludable para preservar la función renal restante. Se realiza un seguimiento estrecho para monitorear la función renal y ajustar el tratamiento según sea necesario.

Durante los siguientes meses, a pesar de las intervenciones, la función renal continúa disminuyendo gradualmente. Se inicia una evaluación exhaustiva para determinar la etiología de la lesión renal crónica y se confirma un daño renal irreversible debido a la diabetes y la hipertensión.

Se establece un plan de manejo integral que incluye la optimización de la terapia para la diabetes y la hipertensión, así como consultas regulares con un nefrólogo para el manejo de la enfermedad renal crónica. Se discute la posibilidad de futura diálisis y/o trasplante renal, y se brinda apoyo emocional y educación al paciente y su familia sobre el curso de la enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles.

Síndrome nefrótico:

Paciente de 35 años, sexo masculino, sin antecedentes médicos relevantes. Acude a consulta por edema generalizado en piernas y abdomen, así como debilidad y fatiga progresivas en las últimas semanas.

En el examen físico, se observa edema en piernas y abdomen, y se detecta hipertensión arterial. Los análisis de laboratorio muestran proteinuria masiva, hipoalbuminemia marcada y dislipidemia. La creatinina sérica y el recuento de células sanguíneas son normales.

Se realiza una biopsia renal que confirma cambios compatibles con síndrome nefrótico idiopático, con glomérulos con esclerosis segmentaria y focal.

Se inicia tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y se prescribe prednisona para reducir la proteinuria. Además, se establece una dieta baja en sal y se monitorea la presión arterial.

Durante las siguientes semanas, el paciente muestra mejoría del edema y disminución de la proteinuria. Se continúa el tratamiento y se mantiene un seguimiento cercano para ajustar la dosis de medicamentos y evaluar la respuesta al tratamiento.

Se educa al paciente sobre la naturaleza crónica de la enfermedad, la importancia del cumplimiento del tratamiento y la necesidad de seguimiento periódico para prevenir complicaciones y mantener un buen control de la enfermedad. Se le brinda apoyo psicológico y se establece un plan de seguimiento a largo plazo con el nefrólogo.

síndrome nefrítico:

Paciente de 25 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos relevantes. Acude a urgencias por malestar general, hematuria macroscópica y oliguria en las últimas 72 horas. Además, presenta fiebre y dolor en flanco izquierdo.

En el examen físico, se observa presión arterial elevada, edema periorbitario y en piernas. Se detecta dolor a la palpación en el flanco izquierdo. Los análisis de laboratorio muestran elevación de la creatinina sérica y hematuria con cilindros hemáticos en la orina.

Se sospecha un síndrome nefrítico agudo. Se realizan pruebas de imagen, incluyendo una ecografía renal, que revela un riñón izquierdo aumentado de tamaño y áreas hipoecogénicas, sugestivas de inflamación.

Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroides (AINEs), antibióticos de amplio espectro y se controla la presión arterial con medicamentos antihipertensivos. Se realiza una biopsia renal que confirma glomerulonefritis aguda.

A lo largo de las siguientes semanas, la paciente muestra mejoría clínica y disminución progresiva de la hematuria y la creatinina sérica. Se ajusta la dosis de medicamentos y se sigue monitorizando la función renal.

Se educa a la paciente sobre la importancia de seguir un seguimiento cercano con el nefrólogo para evitar recaídas y prevenir futuras complicaciones. Se le brinda orientación sobre la necesidad de mantener una dieta baja en sal y controlar la presión arterial. Se establece un plan de seguimiento a largo plazo para evaluar la evolución de la enfermedad.

La paciente continúa con tratamiento de soporte y monitorización constante. Durante su hospitalización, se realizan análisis adicionales, incluyendo estudios serológicos y pruebas para determinar la presencia de anticuerpos antineutrofílicos (ANCA) y factores antinucleares (FAN). Los resultados muestran la presencia de ANCA de tipo citoplasmático (ANCA-C) positivos, lo que sugiere una posible asociación con vasculitis.

Se ajusta el tratamiento para incluir corticosteroides y agentes inmunosupresores, como ciclofosfamida. La paciente responde favorablemente a la terapia y experimenta mejoría de la función renal y los síntomas sistémicos. La hematuria disminuye y la creatinina sérica se normaliza.

Se mantiene un seguimiento cercano a lo largo de los meses posteriores al alta hospitalaria, con análisis de sangre y orina regulares para evaluar la función renal y la presencia de proteínas y células en la orina. Se observa una disminución progresiva de los marcadores inflamatorios y de la hematuria.

El nefrólogo coordina la transición a un régimen de mantenimiento que incluye una dosis baja de prednisona y ajustes en la terapia inmunosupresora. La paciente es educada sobre la necesidad de adherirse estrictamente a la medicación y a las recomendaciones dietéticas para preservar la función renal y prevenir recaídas.

Se establece un plan de seguimiento a largo plazo con visitas regulares al especialista, así como educación sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, incluyendo actividad física y una dieta equilibrada. La paciente es alentada a comunicarse de inmediato ante cualquier síntoma nuevo o recurrente que pueda indicar una recaída.