

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

INTEGRANTES:

YAHIR FRANCO CRISTIANI VAZQUE

BRAYAN EMMANUEL LOPEZ GOMEZ

priscila monserrat molina

MATERIA: FISIOPATOLOGIA II

DOCENTE: DR. GERARDO CANCINO GORDILLO

GRADO: 3-° GRUPO: “C”

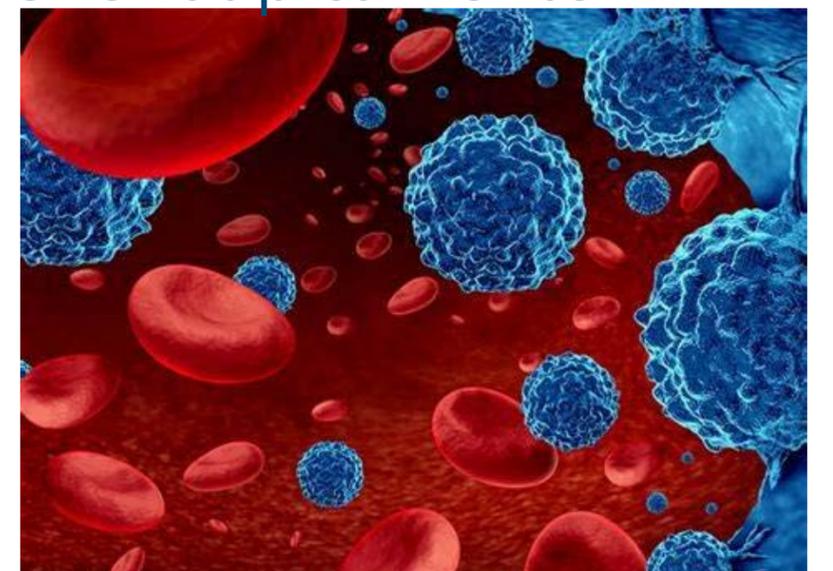




LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

Una enfermedad clonal de los linfocitos B, es la forma más frecuente de leucemia en los adultos.

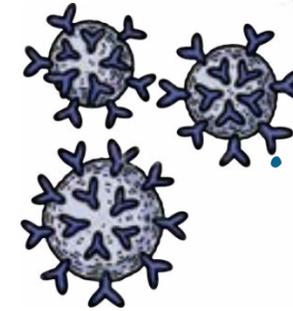
se caracteriza por la acumulación progresiva de linfocitos B malignos fenotípicamente maduros.



CLASIFICACIÓN

clasificación según estudios

- estadio 0: linfocitosis aislada, sin síntomas
- estadio 1: linfocitosis con adenopatias (ganglios inflamados)
- estadio 2: linfocitosis con adenopatias y esplenomegalias (en bazo agrandado)
- estadio 3: linfocitosis con anemia
- estadio 4: linfocitosis con trombocitopenia (bajo conteo de plaquetas)



ADENOPATÍAS

puede causar adenopatias, como ganglios linfáticos inflamados, estos ganglios puede sentirse como bultos indoloroso en el cuello, las axilas, el estómago o la ingle.

causas

- proliferación linfocitaria: hay una ploriferación anormal de linfocitos B, lo que lleva al aumento del tamaño de los ganglios
- infecciones: pacientes con LLC que pueden tener infecciones que agraven la inflamación de los ganglios
- inmunosupresores: la enfermedad y su tratamiento puede comprometer el sistema inmunológico, contribuyendo a la adenopatía



MANIFESTACIONES CLÍNICAS



- **Esplenomegalia:** aumento del tamaño del vaso, que puede causar molestias o dolor en la parte super izquierda del abdomen

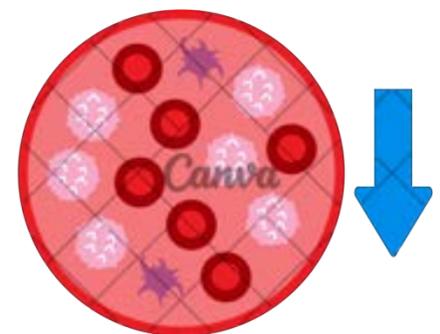
- **Linfadenopatía:** agrandamiento de los ganglios linfáticos ,que puede ser indoloro



- **hepatomegalia :** aumento del tamaño del hígado



- **trombocitopenia :** disminución del numero de plaquetas ,lo que puede resaltar en moretones o sangrados faciales



- **perdida de peso** : es un síntoma habitual

- **sudoración nocturna** : excesiva durante el sueño

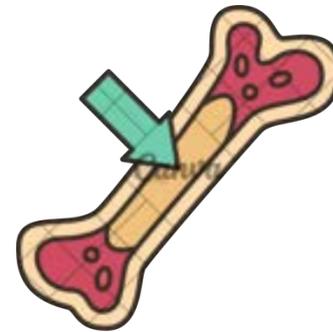
- fiebre

- fatiga persistente



características

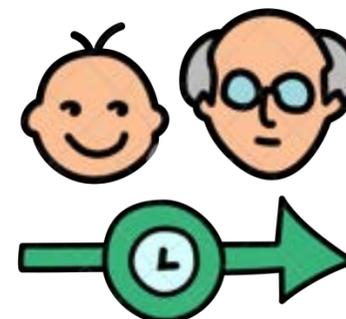
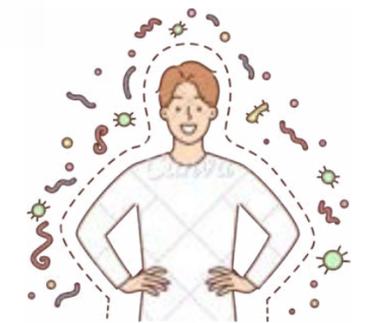
- se caracteriza por la acumulación progresiva de linfocitos B malignos fenotípicamente maduros
- se produce en la medula osea
- se origina el los linfocitos progresa lentamente
- puede no presentar síntomas
- es mas común el adultos mayores, no es frecuente el niños



CAUSAS

No hay una causa única para la LLC.

- **Factores genéticos:** alteraciones cromosómicas que influyen al pronóstico y predisposición familiar
- **Factores ambientales:** exposición a sustancias químicas y radiación
- **Factores inmunológicos:** enf. autoinmunitarias como inmunodeficiencias
- **Factores de edad :** mayores de 60 años
- **Factores en el sexo:** (+) hombres que mujeres



DIAGNÓSTICO

1. Exámenes Clínicos:

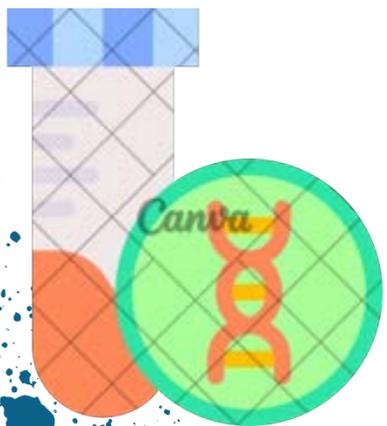
Historia Clínica: Se recogen datos sobre los síntomas del paciente, antecedentes familiares y exposición a factores de riesgo.

Se evalúan los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado en busca de agrandamientos (linfadenopatía, esplenomegalia o hepatomegalia).

2. Análisis de Sangre:

Hemograma Completo: Se realiza un análisis de sangre para evaluar los niveles de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas.

Recuento de Linfocitos: En la LLC, los linfocitos son típicamente **inmaduros y anormales**, lo que puede reflejarse en el hemograma.



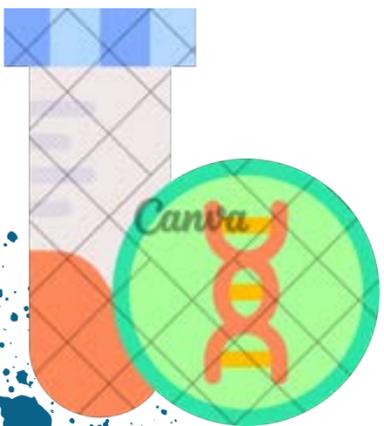
DIAGNÓSTICO

3. Citometría de Flujo:

Esta técnica se utiliza para analizar las características de los linfocitos en la sangre. Permite identificar el inmunofenotipo de las células, es decir, determinar los marcadores de superficie que son característicos de la LLC. Esto ayuda a diferenciar la LLC de otras enfermedades linfoproliferativas.

4. Inmunohistoquímica:

Se utiliza para examinar las células obtenidas de biopsias de ganglios linfáticos o médula ósea. Esta técnica ayuda a identificar los tipos de células presentes y a confirmar el diagnóstico.



DIAGNÓSTICO



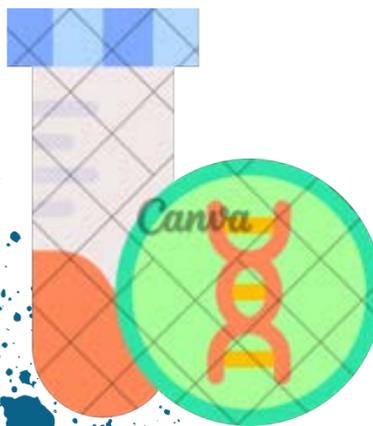
5. Estudios Citogenéticos:

Se realizan análisis para detectar alteraciones cromosómicas, como deleciones o traslocaciones, que pueden proporcionar información sobre el pronóstico de la enfermedad.

RESULTADOS CITOGÉNICOS

Deleción en el cromosoma **13q** asociado a un buen pronóstico

Deleción en el cromosoma **17p** asociado a un mal pronóstico



VALORES NORMALES

GR : H: $4.5-6.3 \times 10^6$

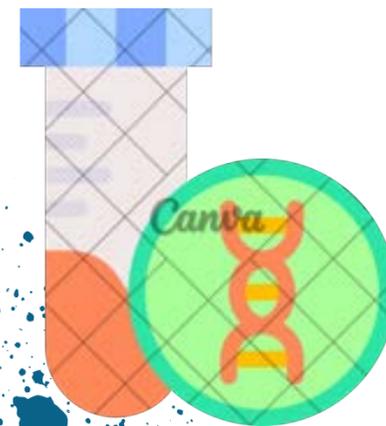
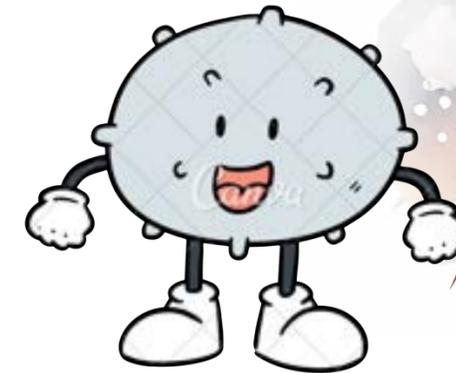
GR : M: $4.2-5.4 \times 10^6$

GB : H: 4,500 a 11,000 células por microlitro (4.5 a $11.0 \times 10^9/L$).

GB : M: 4,500 a 11,000 células por microlitro (4.5 a $11.0 \times 10^9/L$).

Plaquetas H: 150,000 a 400,000 plaquetas por microlitro (mcL).

Plaquetas M: 150,000 a 400,000 plaquetas por microlitro (mcL).





TRATAMIENTO

DEPENDE DEL PRONOSTICO

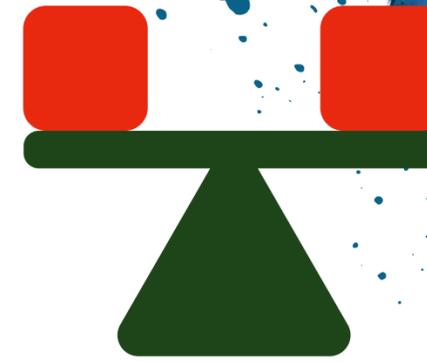
BAJO RIESGO:

- NO REQUIERE TX
- LLEGAN A MORIR X OTRAS CAUSAS
- VIDA NORMAL



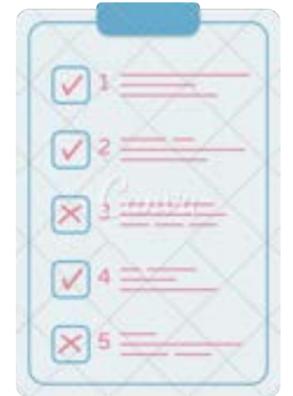
ALTO RIESGO:

- TX DE INMEDIATO
- PRESENCIA DE COMPLICACIONES: ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNITARIA (INTRAVASCULAR O EXTRAVASCULAR)



RIESGO INTERMEDIO:

- “NO REQUIERE TX POR AÑOS”
- REQUIEREN DE TRATAMIENTO DESPUÉS DE UNOS MESES DESPUES DEL DIAGNÓSTICO

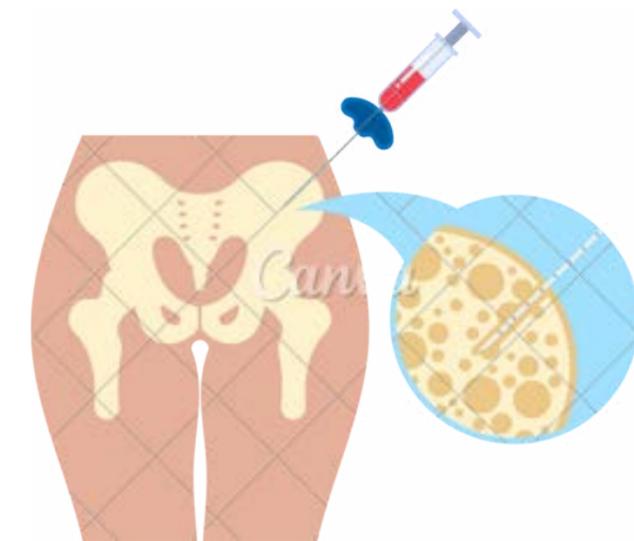
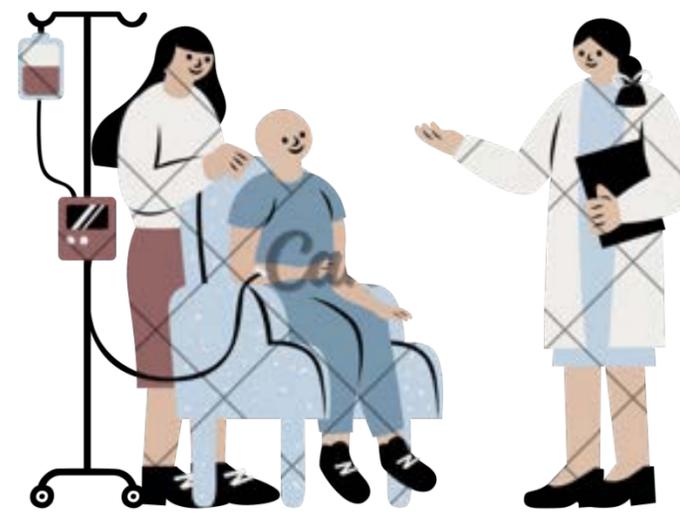


TRATAMIENTO

PERSONAS JOVENES: TIPO AGRESIVO

TRANSPLANTE DE CELULAS MADRES DEPRESOR (DESTRUCCIÓN DE CELULAS DE LA M.O POR RADIACIÓN O QUIMIOTERAPIAS)

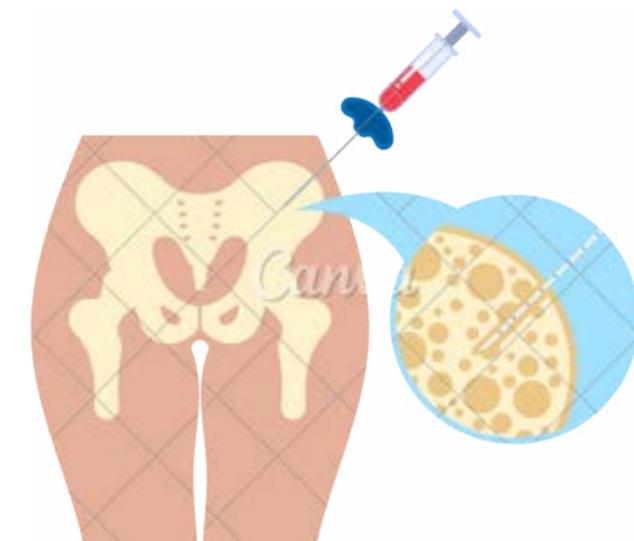
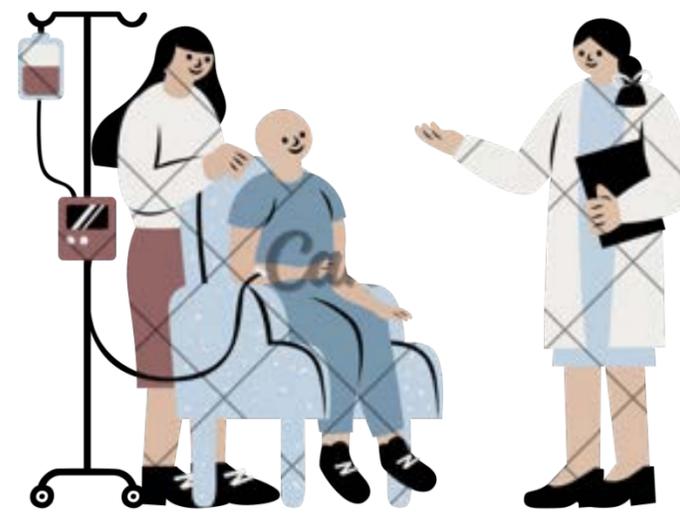
TRANSPLANTES NO MIELODEPRESORES: SUPRIMIR LA M.O



REFERENCIAS



- **Norris, T. L. (Ed.). (2020). Porth. Fisiopatología: Alteraciones de la salud. Conceptos básicos (10.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.**
- **Robbins, S. L., & Cotran, R. S. (2020). Patología estructural y funcional (10.^a ed.). Elsevier.**





MUCHAS GRACIAS

