



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 447/34 - LEUCEMIA AGUDA MANIFIESTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

K. Lafont Jiménez<sup>1</sup>, E. Esteban Zubero<sup>2</sup>, E. Cabrera Falcón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. La Rioja. <sup>2</sup>Médico Adjunto Urgencias. Hospital San Pedro. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 58 años extranjera, camarera de profesión, con antecedentes de HTA, bypass gástrico por obesidad mórbida e hipotiroidismo. En tratamiento con enalapril, eutirox, hidroferol y optovite. Acude a su MAP por mareo y astenia de dos meses de evolución con un episodio de síncope aislado. Ha presentado un par de noche sensación distérmica no termometrada, asociada a sudoración sin escalofríos autolimitados, por lo que le ha restado importancia. No pérdida de peso, sangrado ni otra sintomatología. Durante la exploración física por aparatos y sistemas no destaca ninguna alteración. Se le realiza analítica en sangre que informa de anemia normocítica normocrómica, leucocitosis importante con predominio linfocitario y 29% de células atípicas. Tras los resultados se solicitó extendido de sangre periférica compatible con leucemia aguda linfoblástica de células B común. Es comentado vía telefónica con el servicio de hematología del hospital de referencia, a donde se deriva para ingreso y ampliar estudios. En el ámbito hospitalario se realiza aspirado de médula ósea donde se observan 78,20% de blastos con morfología linfoide y marcadores típicos de células B. Tras concluir el diagnóstico de leucemia aguda de linfocitos B, se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona, profilaxis antimicrobiana con trimetoprim/sulfametoxazol, profilaxis intratecal del sistema nervioso central con metrotexate e hidrocortisona. Se solicitan pruebas complementarias que incluyen el estudio de líquido cefalorraquídeo, ecocardiograma, Rx de tórax, electrocardiograma, analítica con serología, como control inicial al tratamiento quimioterápico. (Los resultados de las pruebas fueron normales). Se propone trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de entrada, por lo que precisa realización del tipaje de antígenos leucocitarios humanos de alta resolución (HLA) en médula ósea de sus cuatro hermanos (residentes en el extranjero) y con esto mirar si hay histocompatibilidad y poder llevar a cabo el procedimiento. Mientras tanto se inicia inducción de quimioterapia con daunorubicina y L-asparaginasa pegilada, seguido de metrotexato y mercaptopurina vía oral. Cuyo tratamiento tendrá duración de dos años, si no le es posible el trasplante alogénico de médula ósea.

**Exploración y pruebas Complementarias:** Analítica sanguínea al diagnóstico: hemoglobina 11,2 mg/dl. leucocitos 21.000 (neutrófilos 7.800, monocitos 5.300, linfocitos 7.500) plaq 421.000. LDH 503, resto de BQ normal. Perfil férrico normal, niveles de ácido fólico y B12 normales. Recuento manual de la fórmula. Neutros: 20%, eosinófilos: 1%, linfocitos: 34%, monocitos: 6%, células atípicas: 29%. Extendido de sangre periférica al diagnóstico: 31% de blastos en región CD45 "low" CD34+, CD19+, TDT+, CD3-, MPO-, CD79a+, CD10++, CD38+, CD20 +, CD58+, CD81+, NGS-, CD24+, CD33-, CD13-, CD123-. Compatible con leucemia linfoblástica B común. Aspirado de médula

ósea: Celularidad aumentada, Blastos: 78,20% de morfología linfoide. Ecocardiograma: fracción de eyección normal sin valvulopatías. Rx tórax sin ensanchamiento mediastínico. Líquido cefalorraquídeo sin infiltración celular.

**Juicio clínico:** Leucemia aguda linfoblástica B común.

**Comentario final:** Actualmente lleva dos meses de tratamiento farmacológico, los blastos han descendido en sangre periférica hasta 19%, se encuentra bajo un estricto seguimiento hematológico, apoyo psicológico y a la espera del trasplante alogénico de medula ósea.

### **Bibliografía**

Rowe J. Prognostic factors in adult acute lymphoblastic leukemia. *Br J Hematol.* 2010;150:389-405.

Bassan R, et al. Modern Therapy of Acute Lymphoblastic Leukemia. *J Clin Oncol.* 2011;29:532-43.