



160/1412 - DEBUT CLÍNICO DE UNA LEUCEMIA AGUDA

B. Casado Ortega, M. Borrallo Herrero y M.P. Blanco Lara

Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 17 años, con antecedentes personales de reflujo gastroesofágico, miopía y alergia a los crustáceos. Acude en febrero de 2015 a consulta de primaria por problemas visión, por lo que se deriva a consulta para revisión oftalmológica. Marzo de 2015, acude de nuevo a consulta por dolor de garganta y oídos (se le pone tratamiento antibiótico). A la semana no está mejor, por lo que se le solicita analítica de sangre, para descartar procesos faríngeos virales, a pesar de no tener adenopatías cervicales ni afectación del estado general, la cual no se llega a extraer, puesto que un día antes tiene la cita en Oftalmología, donde se detectan hemorragias retinianas y dilataciones vasculares, derivándose para estudio por sospecha de hemopatía aguda. Se ingresa en UCI por existir riesgo de hemorragia cerebral y de síndrome de lisis tumoral.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: peso 45 kilos, talla 175 cm. Analítica: hemograma con 600.000 leucocitos/mm³ con blastosis periférica del 99% visualizada al microscopio óptico. Anemización y trombopenia. Compatible con Leucemia aguda hiperleucótica. Angio-TAC torácico: no se evidencian signos de TEP. En el parénquima pulmonar se identifica un patrón en vidrio deslustrado inespecífico bilateral y asimétrico. No signos de Neumotórax. Engrosamiento peribronquial. Ecografía abdominal: hígado levemente aumentado de tamaño con morfología normal, de ecogenicidad homogénea, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio. Bazo moderadamente aumentado de tamaño con diámetro mayor de 15,8 cm. Resto normal. RM cerebral: sin alteraciones de significación. Aspirado de médula ósea. Citometría: LLA (99% de linfoblastos). Marcadores CD3c+, CD7+, CD4+ (43% población), CD10+ (24% población), TdT con negatividad para CD34, CD117,C.

Juicio clínico: Leucemia aguda linfocítica pro T.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleósido. Síndromes proliferativos.

Comentario final: En la práctica clínica diaria, se ven a menudo casos de mononucleosis, así que hay que estar atentos ante aquellos casos que no muestren una clara mejoría o tengan algún síntoma o signo sospechoso. Sería recomendable hacer una exploración física completa: de piel, buscando signos de infiltración leucémica o de sangrado, orofaringe para buscar foco infeccioso o hipertrofia gingival, cuello para palpar posibles adenopatías, auscultación cardiopulmonar, palpación de abdomen en busca de masas... Y además una analítica urgente que incluya hemograma, estudio de hemopatías, bioquímica (incluido LDH y ácido úrico), así como serologías y cultivos. Este en caso en concreto tuvo un debut especialmente agudo y grave, por lo que se ingresó en UCI y posteriormente

hospitalizado durante 3 meses. Actualmente controlado con tratamiento de choque y a la espera de encontrar donante de médula ósea compatible. Y desde aquí me gustaría animar a los profesionales a informar a la población sobre la donación de médula ósea y así poder concienciar tanto a pacientes como a nosotros mismos, sobre la necesidad de este acto altruista que puede ofrecer a otra persona, la posibilidad de vivir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meir Wetzler JC, Byrd C, Bloomfield D. Leucemia Mieloide Aguda y Crónica. En: Fauci AS, Braunwald E, Dasper DL, Hauser SL. Principios de Medicina Interna. Mexico DF: McGraw-Hill, 2008. p. 708-19.
2. Martín Calle MC, Martínez Origüen N. Síndrome mononucleósico: importancia de un correcto diagnóstico diferencial. Semergen. Medicina de Familia. 2000;26(4).
3. García-Candel F, Melero Amor A, Gómez-Espuch J, Moraleda Jiménez JM. Protocolo diagnóstico de las linfocitosis agudas y crónicas. Medicine. 2012;11:1317-20.