

300 mg (100 a 400 mg) como dosis inicial, la dosis actual de Imatinib reportó una mediana de 400 mg (200 a 300 mg). El uso de ITQ de segunda línea se reportó en cuatro pacientes (19%) Dasatinib en 4 pacientes (19%) y Nilotinib en 2 pacientes (9.5%). El valor de correlación de la

respuesta molecular con la respuesta hematológica si fue estadísticamente significativa con un valor de correlación de 0.621 ($p=0.188$).

Conclusiones: Las características clínicas y de laboratorio son similares a lo descrito en la bibliografía en la población adulta. Es de gran impor-

tancia para un correcto tratamiento y mejor pronóstico establecer el tipo de respuesta molecular y evaluación de la respuesta al tratamiento. En nuestro centro CMNO HP contamos con los medios para poder establecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

LINFOMAS (LIN)

PRESENTACIÓN EN CARTEL

LIN0001-CC: Enfermedad de Castleman multicéntrica, reporte de caso en adolescente con anasarca

*Beatriz Kazuko De La Herrán Arita,
Betzyda Valdez Garibay
IMSS, UMAE HP León*

Objetivos: Se reporta un caso de enfermedad de Castleman (EC) multicéntrica en una paciente de 13 años que presenta fiebre, edema generalizado y falla renal aguda. Este caso enfatiza las dificultades para llegar al diagnóstico dado su baja incidencia en la población pediátrica.

Antecedentes: La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) es un desorden linfoproliferativo raro, benigno y poco frecuente en niños. Se presenta con fiebre, síntomas sistémicos, linfadenopatías generalizadas y marcadores de inflamación. Su tratamiento no se encuentra estandarizado y su pronóstico es malo. La ECM representa únicamente 13% de los casos de EC.

Caso clínico: Femenino de 13 años previamente sana, cuadro de 3 semanas con dolor abdominal, vómitos y fiebre sospechándose inicialmente apendicitis. Con edema de miembros inferiores e hipoalbuminemia, sospecha de síndrome nefrótico, se documenta falla renal AKI III manejada con doble diurético. Se agrega ascitis y derrame pleural, requiere toracocentesis y oxigenoterapia. Se reporta hipotiroidismo (TSH 18 u/ml, t4l 0.7 ng/dl) agregándose levotiroxina. Biometría hemática con neutrofilia y anemia microcítica hipocrómica, ferritina elevada (enfermedad crónica), con requerimiento transfusional de eritrocitos en 5 ocasiones. Se realizó aspirado de médula ósea, sin datos patológicos. Tiempo de tromboplastina prolongado que corrige con plasma fresco congelado, se descarta lupus eritematoso sistémico con anticuerpos positivos, pero complemento normal. Tomografía axial computarizada que reporta adenomegalias en cadenas yugulares, supraclaviculares, axilares, retrope-

ritoneo, cadena mesentérica, región inguinal y esplenomegalia leve. Se realizó biopsia de adenopatía axilar izquierda 1 mes posterior a su ingreso, reportándose compatible con enfermedad de Castleman variante hialinovascular (inmunohistoquímica cd21+++ en membrana de centro germinal y factor VIII + en citoplasma, no se realizó hhv-8). Por afectación sistémica se cataloga como multicéntrica. Con el hallazgo se realizó electromiografía reportando neuropatía motora axonal de 4 extremidades. Se decide dar quimioterapia esquema r-chop por 6 ciclos cada 15 días, cursa con dismetabolias e hipertensión arterial. Posterior a 2 ciclos se logra retirar oxigenoterapia, diuréticos, gabapentina y antihipertensivos. Control tomográfico al terminar tratamiento ya sin reporte de adenomegalias. Electromiografía posterior aun con degeneración axonal, asintomática. Actualmente en vigilancia 4 meses.

Conclusiones: El diagnóstico es muy difícil ya que no tiene signos ni

síntomas específicos. Se sospecha con la presentación clínica asociada a los hallazgos histológicos. La presencia de anasarca y falla renal como síntoma inicial es frecuente pero inespecífico y puede propiciar un diagnóstico tardío, por lo que la ECM se debe considerar en el diagnóstico diferencial.

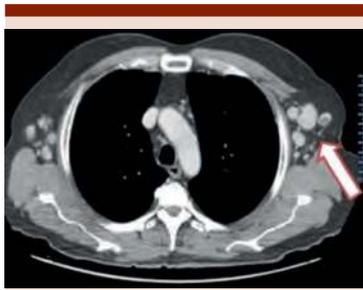


Figura 1. Tomografía axial computada que muestra adenopatías axilares (flecha) de donde se realizó biopsia de ganglio para el diagnóstico definitivo.

LIN0002-TL: ¿Es tiempo para agregar nuevas variables biológicas al índice pronóstico internacional? Análisis retrospectivo de 855 pacientes con linfoma difuso de células grandes B

Luis Mario Villela Martínez,¹ Ana Florencia Ramírez Ibarquén,² Efreem Horacio Montaña Figueroa,³ Myrna Gloria Candelaria Hernández,² Fernando Pérez Jacobo,⁴ Alicia Elizabeth Guzmán Hernández,⁵ Gisela Gómez Cruz,⁶ Silvia Rivas Vera,² Jorge Duque Rodríguez,⁷ Montserrat Rojas Sotelo,⁸ José Ascensión Hernández Hernández,⁹ Yocanxochitl Perfecto Avalos,¹⁰ Guillermo Ruiz Argüelles,⁶ Carlos Roberto Best Aguilera,⁵ Severiano Baltazar,¹¹ Andrés Gómez de León,¹² Melani Otaño,¹³ David Gómez Almaguer,¹² Eloy Ramírez¹

¹ Centro Médico Dr. Ignacio Chávez ISSSTESON

² Instituto Nacional de Cancerología

³ Hospital General de México

⁴ Hospital de Pemex

⁵ Universidad de Guadalajara/Hospital General de Occidente

⁶ Clínica Ruiz

⁷ Universidad Autónoma de Chihuahua

⁸ Instituto Jalisciense de Oncología

⁹ Tecnológico de Monterrey, Monterrey

¹⁰ Tecnológico de Monterrey, Guadalajara

¹¹ UMAE No. 25, IMSS Monterrey

¹² Hospital Universitario UANL

¹³ Hospital General del Estado de Sonora

Introducción: el índice pronóstico internacional (IPI) se utiliza para predecir mortalidad en linfoma difuso de células grandes B (LDCGB). Prácticamente desde 1993 no se ha modificado las variables del IPI que son edad, enfermedad extranodal (EN), deshidrogenasa láctica (LDH), estado funcional por la escala de ECOG y estadio de la enfermedad. Se han evaluado en forma individual otras variables como albumina, beta2microglobulina, índice linfocitario/monocito, interleucinas entre otras. Pero ninguna se ha evaluado junto con las variables del IPI. Nosotros decidimos evaluar los biomarcadores tradicionales y el papel de la albumina en la población de pacientes mexicanos.

Objetivos: 1. Crear una base de datos extensa para evaluar los biomarcadores del IPI y sus variantes en pacientes mexicanos. 2. Determinar el papel de la albumina sérica como biomarcador predictivo de muerte en LDCGB 3. Propuesta de un nuevo IPI adhoc a la población mexicana.

Materiales y métodos: Se realizó una base de datos de 891 pacientes mexicanos mayores de 18 años con diagnóstico histopatológico de LDCGB. Que recibieron algún tipo de tratamiento quimioterápico y que tenían las variables tradicio-

nales del IPI como edad, EN, LDH, ECOG y estadio. Así también, albumina sérica. Todo antes de iniciar el tratamiento con quimioterapia. Se crearon grupos de riesgo según los trabajos originales de Fisher (NEJM1993), Sehn (Blood2007) y Zhou (Blood2014) y se computaron las curvas de supervivencia global (SG). Además, se evaluó a la albumina sérica como biomarcador independiente y variable predictora de SG. Posteriormente se realizó una regresión de Cox enfocada en mortalidad y posteriormente se creó una nueva propuesta de IPI con las mejores variables. las variables se evaluaron en forma paramétrica y no paramétrica cuando correspondía el caso y las curvas de SG con prueba de Log-Rank.

Resultados: La mediana de seguimiento de toda la corte fue de 34 meses. 75% tratados con R-CHOP/CHOP-like. Se analizaron las variables tradicionales con regresión de Cox uni-multivariado, siendo todas significativas. Pero cuando se incluyó la albumina como una variable más perdieron su peso predictivo estadio y EN. Mientras edad [OR=1.71(IC95%=1.15-2.54)], ECOG [OR=1.89 (IC95%=1.5-2.36)], LDH [OR=1.73(IC95%=1.15-2.6)] y albumina [OR=3.2(IC95%=2.3-4.41)] fueron predictivas. Se construyó un nuevo score predictivo de supervivencia adhoc a nuestra población, formando 4 grupos de riesgo: bajo, Int/bajo, Int/alto y alto (p <0.0001).

Conclusiones: La albumina es una variable biológica que pudo modificar el IPI tradicional, un IPIMEX.

LIN0004-TL: Síndromes paraneoplásicos cutáneos en linfomas: reporte de una serie de casos

Fernanda Sofía García Miranda, Gladys Patricia Agreda Vásquez, José Miguel Alvarez Blanco, Laura Adriana Tripp Aguilar, Yazmín Karel

Melchor Mendoza, Raúl Ortega Pérez, Amparo Hernández Salazar Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los síndromes paraneoplásicos son manifestaciones distantes del tumor primario que no se explican por efectos locales. En los linfomas, aunque poco frecuentes, hay algunos síndromes paraneoplásicos asociados: citopenias autoinmunes, degeneración cerebelar, encefalitis límbica, entre otros. Entre los síndromes paraneoplásicos cutáneos el pénfigo paraneoplásico es el más común, en estos pacientes a pesar de un tratamiento antitumoral efectivo y adecuado control del pénfigo, tienen un pronóstico con supervivencias <10%. Otras manifestaciones cutáneas son infiltración neutrofílica (síndrome de Sweet), fascitis eosinofílica, granuloma anular, ictiosis, vasculitis urticariforme, pioderma gangrenoso, hiperqueratosis palmar y acroqueratosis paraneoplásica.

Objetivos: Describir una serie de casos de síndromes paraneoplásicos cutáneos en pacientes con linfomas.

Materiales y métodos: Se realizó la búsqueda de casos de paraneoplásicos cutáneos del 1ero de julio de 2008 hasta el 15 de febrero de 2019, en la base de datos de dermatopatología. Posteriormente se realizó revisión de expedientes físicos y electrónicos, con la finalidad de incluir a aquellos pacientes con diagnóstico de dermatosis paraneoplásica asociada a linfomas B. Posteriormente se realizó la captura de las variables de estudio y el análisis estadístico descriptivo utilizando el software IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: De enero de 2010 a enero de 2019 se documentó la asociación de síndromes paraneoplásicos cutáneos y linfomas en 7 pacientes. Con una mediana de

edad de 61.5 años (rango 47 a 81), todos los casos fueron hombres. Con respecto a las características cutáneas, en 4 casos se documentó pénfigo, 2 fueron vasculitis y 1 acroqueratosis paraneoplásica. En 4 casos las lesiones se presentaron de forma diseminada. Con respecto al linfoma, 2 casos correspondieron a linfoma de Hodgkin subtipo celularidad mixta, 2 a linfomas de células del manto, 1 linfoma de la zona marginal, 1 linfoma plasmablastico y 1 linfoma de células grandes T anaplásico; 4 casos se acompañaron de síntomas B, 4 presentaron médula ósea infiltrada por linfoma, todos en estadio clínico avanzado y con factores de mal pronóstico. Con una mediana de seguimiento de 9.1 meses (1.7-10.6, RIQ 8.9). Solo en 3 pacientes se pudo documentar algún tipo de respuesta al tratamiento. Al último seguimiento solo 3 pacientes continuaban vivos.

Conclusiones: Los síndromes paraneoplásicos cutáneos son una presentación poco frecuente en los linfomas. Similar a lo reportado en la literatura el pénfigo es la lesión cutánea más común. Con evolución desfavorable, en este grupo se documentó una mortalidad del 57% en los primeros 6 meses del diagnóstico a pesar del tratamiento dermatológico y hematooncológico dirigido, con una SG de 9 meses.



Figura 1.



Figura 2.

LIN0006-TL: Involucro extranodal en linfoma no Hodgkin de células B grande difuso (LNHCBGD): distribución anatómica, supervivencia y respuesta al tratamiento, datos de una cohorte limitada

Laura Adriana Rivera Mendoza, Alicia Elizabeth Guzmán Hernández, Juan Carlos López Hernández, Elva Gabriela García Estrada, Bárbara García Reyes, Titania del Carmen Acosta Hernández, Aldo Fernando Adrián Gutiérrez Alatorre, Arianna Robles Rodríguez, Carlos Roberto Best Aguilera
Hospital General de Occidente

Introducción: El LNHCBGD es una de las variantes más frecuentes de este grupo de enfermedades y el involucro extranodal puede ocurrir hasta en el 40% de los pacientes con diversidad de sitios anatómicos afectados confiriendo un pronóstico más adverso, que ha sido reconocido en la escala pronóstica internacional NCCN-IPI y en las estadísticas descriptivas de SEER. Aquí se analiza un grupo de pacientes con involucro extranodal, con atención a la distribución anatómica, la respuesta al tratamiento y supervivencia.

Objetivos: Evaluar la distribución anatómica, respuesta y supervivencia al tratamiento en los pacientes con LNHCBGD e involucro extra-nodal.

Materiales y métodos: Del 2013 al 2018 se admitieron 29 pacientes con diagnóstico de LNHCBD, 20 pacientes presentaban involucro extranodal y los datos de seguimiento y tratamiento estuvieron disponibles en 13 pacientes tratados con variantes de R-CHOP. Se mapeo el involucro anatómico con TAC y se relacionó con la respuesta al tratamiento.

Resultados: Se identificaron 69% de casos con involucro extranodal a saber gastrointestinal 25% (gástrico y colón), genitourinario 25% (testículo), médula ósea 20%, respiratorio 10% (pleura y pulmón), cabeza y cuello 10%, otros (hígado/páncreas) 10%. La respuesta al tratamiento y la supervivencia se pudo evaluar en 65% de los pacientes con involucro extranodal. Se obtuvo 92% de respuesta completa, con una supervivencia del 92% a una mediana de 30 meses (7-65 meses). La excepción fue un caso de involucro gástrico refractario al tratamiento.

Conclusiones: En esta serie la distribución anatómica del involucro extranodal difiere de la informada en el Registro SEER y el tamaño de nuestra muestra puede ser la razón. Contrario a lo que se informa el resultado en términos de supervivencia y remisión completa resultó mejor con tasa de respuesta muy alta al igual que supervivencia. No se identificó el involucro anatómico como una causa de pronóstico ominoso en esta serie. Se requiere un estudio multicéntrico a gran escala a fin de dilucidar el impacto en el pronóstico que guarda la participación extranodal en este grupo de linfomas.

LIN0007-TL: Exploración de la expresión atípica de CD20 en enfermedad de Hodgkin clásica y su asociación clínica

Aldo Fernando Adrián Gutiérrez Alatorre, Alicia Elizabeth Guzmán Hernández, Juan Carlos López

Hernández, Elva Gabriela García Estrada, Laura Adriana Rivera Mendoza, Bárbara García Reyes, Titania del Carmen Acosta Hernández, Arianna Robles Rodríguez, Carlos Roberto Best Aguilera
Hospital General de Occidente

Introducción: La variante clásica de la enfermedad de Hodgkin se caracteriza por la expresión fenotípica de CD30, CD15 y su negatividad para CD20. No obstante hasta en un 20% de los casos pueden expresar el antígeno CD20, el valor pronóstico de esta variante controversial, pues se ha asociado tanto a una respuesta favorable como desfavorable al tratamiento. Aquí se explora un grupo de pacientes con la expresión atípica de CD20, el tipo histológico y su respuesta al tratamiento.

Objetivos: Explorar la frecuencia de la expresión atípica de CD20 en la Enfermedad de Hodgkin y su respuesta al tratamiento.

Materiales y métodos: Un panel consistente en anticuerpos monoclonales vs CD15, C30 y CD20, se aplicó mediante inmunohistoquímica a 19 pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de la variante clásica de la Enfermedad de Hodgkin. Se dividieron de acuerdo a la expresión de CD20 y en ambos grupos se valoró la respuesta al tratamiento basado en AVBD.

Resultados: El 78.9% de los casos presentaron un perfil fenotípico clásico, mientras que el 21.1% tuvo presencia de CD20 con predominancia de celularidad mixta (3/4) ocurrieron 2 fallas al tratamiento en el primer grupo, mientras que en el segundo no se encontraron.

Conclusiones: En este estudio la presencia de CD20 no se asoció con una respuesta desfavorable al tratamiento, evidentemente el tamaño de la muestra debe ampliarse para identificar el comportamiento clínico patológico de este grupo de pacientes en nuestro medio.

LIN0008-CC: Linfoma de Burkitt primario de ovario: reporte de caso

Alinka Socorro García Camacho,¹ Jordi Guzmán Cata,² Luis Silva Michel,¹ Jocelyn Aguilar Luevano,³ Jazmín De Anda Gonzalez,⁴ Benjamín Conde Castro⁵

¹ CMN Siglo XXI, IMSS, departamento de hematología

² Hospital General de México

³ Hospital General Regional No. 2, IMSS, departamento de Hematología

⁴ CMN Siglo XXI, IMSS, departamento de Patología

⁵ CMN Siglo XXI, IMSS, departamento de Radiología

Objetivos: En nuestro centro hospitalario, no podemos hablar de incidencia sobre estos casos por ser poco frecuente, solo se recoge el dato de que no existen estudios que le anteceden al nuestro en el nuestro país, por esta razón nos sentimos motivados a realizar este trabajo, el cual tiene como objetivo dar a conocer a través de una presentación de caso la forma de presentación de un linfoma de Burkitt primario de ovario.

Antecedentes: Los linfomas no Hodgkin (LNH) extranodales representan aproximadamente del 25 a 40% de los casos y, sólo el 2% se presentan en el tracto urogenital femenino, éstos pueden ser primarios o secundarios. La incidencia es extremadamente rara, reportando el 0.5% de todas las neoplasias urogenitales. Dentro de los órganos genitales más comúnmente afectados en LNH se encuentran útero, cérvix y ovario siendo éste último excepcional en linfoma de Burkitt.

Caso clínico: Femenino de 33 años de edad sin antecedentes crónico degenerativos, inicia cuadro clínico junio del 2014 al presentar dolor abdominal inespecífico que mejoraba parcialmente con analgésicos, en octubre con distensión abdominal

acompañado de dolor en fosa iliaca izquierda, intolerancia a la vía oral. Valorada en hospital regional de zona donde es candidata a tratamiento quirúrgico de urgencia encontrando los siguientes hallazgos tumoración en ovario izquierdo de 10x12 cm, así como líquido libre en cavidad aproximadamente 3 litros color rojizo, realizando salpingoofectemia izquierda, con reporte de linfoma de Burkitt. Catalogándose estadio IA, motivo por el cual se otorgó esquema local breve-intensivo (semanal rotatorio CFA 1.5 gr/m², epirubicina 70mg/m², PND 50mg/m², VP16 200mg/m², MTX 5 gr/m²) del 21 de nov al 21 de enero de 2015, con respuesta parcial por tomografía motivo por el cual fue enviada a radioterapia se otorgaron 36gys en /20 fx, reporte tomográfico final sin evidencia de actividad tumoral. Se continuo 1 años con tratamiento rotatorio (mensual alterno VP16 100mg, CFA 300mg/m², MTX10mg/m², citarabina 600mg/m²) Actualmente en vigilancia anual. DHL: 6200 U/ml, B2 Microglobulina: 2.15, AMO: negativo para infiltración, líquido cefalorraquídeo: citoquímico normal. Citopatológico negativo. TAC inicial engrosamiento del colon segmentos descendente y sigmoides que se extiende hasta recto, tumor mixto dependiente de anexo derecho de 80x81mm. RL.14-4574: ovario izquierdo linfoma de Burkitt, c-MYC 100%, CD 20+, CD 3 + reactivo, BCL6+, BCL2 (-), ki-67 99%.

Conclusiones: Esta paciente alcanzó un periodo libre de evento 42 meses

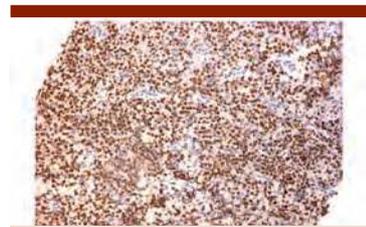


Figura 1.

a pesar de no utilizar los esquemas convencionales, agregando radioterapia.



Figura 2.

LIN0009-CC: Nódulo tiroideo como primera manifestación de linfoma linfocítico de células pequeñas

Itzel Nares Rodríguez, Andrés González De La Rosa, Ana Ruiz, Alfredo Orduña Villalba
 ISSEMyM

Objetivos: Presentar el caso clínico de infiltración a glándula tiroides, la cual es una entidad poco común del linfoma linfocítico de células pequeñas.

Antecedentes: La leucemia linfocítica crónica es uno de los desórdenes linfoproliferativos, caracterizado por acumulación progresiva de linfocitos funcionalmente incompetentes. es considerada idéntica al linfoma linfocítico de células pequeñas que es un tipo de linfoma no Hodgkin. Este tipo de neoplasia representa 25-30% de todas las leucemias.

Caso clínico: Paciente femenino de 57 años de edad, quien cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica de 16 años de diagnóstico, en tratamiento con losartán, insuficiencia cardiaca secundaria tratada con metoprolol, espironolactona y digoxina. Inicia su padecimiento en julio 2017 con astenia, adinamia, diaforesis nocturna, pérdida de peso de apro-

ximadamente de 5kg en 2 meses y presencia de tumoración tiroidea de tipo nódulo por lo que se inicia protocolo de estudio evidenciado en la siguiente biometría hemática: leucocitos 36490, neutrófilos 5200, linfocitos 28800, hb 13, hto 41%, plaquetas 201000; perfil tiroideo inicial tsh 2.18, t4t 8.10, y t3 0.95; la tomografía toracoabdominal reportó un nódulo tiroideo derecho, actividad ganglionar a nivel axilar bilateral, cambios inflamatorios crónicos a nivel gástrico, esteatosis hepática, hernia inguinal izquierda. Debido a estos hallazgos se realizó BAAF de tiroides, la cual se reporta como muestra insuficiente, además se solicitó inmunofenotipo y cariotipo en médula ósea el cual reportó linfoma de linfocitos pequeños / leucemia linfocítica crónica con infiltración a glándula tiroidea. En marzo de 2018 se realizó tiroidectomía total reportando infiltración por linfocitos neoplásicos con inmunofenotipo B. por lo anterior se inició quimioterapia con rituximab, ciclofosfamida, vincristina, dexametasona.

Conclusiones: el linfoma de linfocitos pequeños, de forma habitual se presenta en la séptima década de la vida. la presentación con síntomas b, se da entre 5-10% de los casos. En la literatura no es común encontrar asociación de neoplasia tiroidea con linfoma sin antecedente de radiación. Con el caso anteriormente presentado queremos resaltar la asociación entre linfoma y la infiltración a glándula tiroides tan poco frecuente, y el rol del abordaje diagnóstico que se le dio.



Figura 1.

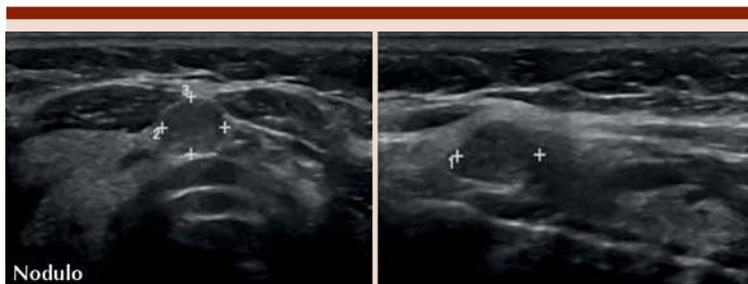


Figura 2.

LIN0010-CC: Linfoma del manto asociado a re-arreglo C-MYC, T (8;14) y trisomía del cromosoma 8, reporte de caso

José Luis Álvarez Vera, Grecia Deloya Brito, Aida Márquez Valdez Hospital Español

Objetivos: El linfoma del manto es un linfoma raro e incurable de células B maduras. Está caracterizado por translocación (11; 14) (q13; q32) en el cromosoma 14. La translocación conduce a la sobreexpresión de ciclina D1, que promueve la transición del ciclo celular de G1 a la fase G. En la actualidad no se conoce el pronóstico de los pacientes con LCM asociado a C-MYC, la serie de casos más grande es el MD Anderson con 17 casos reportados en un seguimiento de 16 años. No existe ningún caso reportado en México.

Caso clínico: Masculino de 50 años, inicia con dolor abdominal 6 días de evolución, tipo cólico, 8/10, acompañado de evacuaciones disminuidas en consistencia, astenia, fiebre de 39.3°C, vómito de contenido gastroalimentario y diaforesis nocturna. TA 100/60mmHg, FC 105lpm, FR 22rpm, Temperatura 38.5°C. Deshidratación moderada mucotegumentaria, adenomegalia submandibular de aproximadamente 1x1 cm, fija a planos profundos, no dolorosa, abdomen blando, peristalsis hiperactiva, sin hiper-

estias, doloroso a la palpación de marco cólico, esplenomegalia 2cm por debajo del borde costal, se toman estudios con LT 12.2x103/uL, HB 14 g/dL, Hto 40.9%, Plq 155x103/uL, ban 11%, blastos 37%, Ne 5.37x103/uL, lin 0.61x103/uL, Mo 0.37x103/uL, blastos 4.51x103/uL, crea 1.11 mg/dL, resto sin alteraciones. TAC toraco-abdominal con ganglios yugulares ibilaterales, submandibulares, mesentéricos, inguinales, paraaórticos izquierdos e intercavo aórticos de entre 11 a 21 mm. Biopsia de hueso, Médula ósea moderadamente hiper celular (celularidad 70%) infiltración por Linfoma de Células del Manto, inmunofenotipo "B", CD 20 +, con expresión de PAX-5, CD5, Ciclina d1, SOX-11, bcl-2, en patrón nodular e intersticial +, Ki67 80%. En FISH se encuentra mutación t(8;14) y trisomía del cromosoma 8. Recibe HyperC-VAD con respuesta completa (cariotipo y Fish normal al término del tratamiento), se realiza Autotrasplante mantenimiento con Rituximab, 14 meses postmo presenta recaída a piel, sin actividad en otro sitio, iniciando manejo con Ibrutinib hasta el momento 8 meses en respuesta completa.

Conclusiones: La reorganización de MYC, generalmente como resultado de la translocación, es rara en el linfoma del manto. Hasta la fecha, solo se han publicado pocos informes de casos y series de casos la mayor

con 17, donde han sugerido que la reordenación de MYC en MCL está asociada con características morfológicas agresivas y mal pronóstico. Reportando 17% refractarios a tratamiento, supervida libre de evento menos de 12 meses en pacientes con respuesta completa, supervida global 2.5 años.

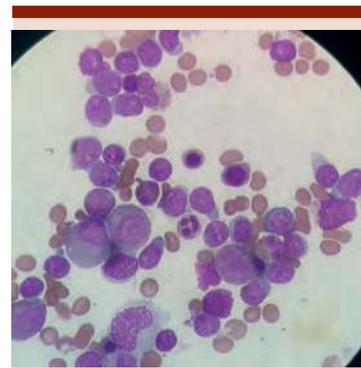


Figura 1.

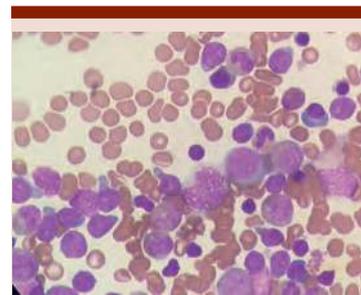


Figura 2.

LIN0011-CC: Síndrome acral vascular e involucro a sistema nervioso (SN) periférico como manifestación paraneoplásica en linfoma de Hodgkin (LH)

Fernanda Sofía García Miranda, José Luis Cárdenas Frago, Antonio Lira Díaz, Gladys Patricia Agreda Vásquez, Daniel Montante, Laura Adriana Tripp Aguilar, José Miguel Álvarez Blanco

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivos: Describir un caso de LH que presenta como manifestación inicial un síndrome paraneoplásico acral vascular y de SN periférico.

Antecedentes: Los síndromes paraneoplásicos (SPn) en LH son poco frecuentes. Citopenias autoinmunes, eosinofilia, degeneración cerebelar, encefalitis límbica y glomerulonefritis son los más frecuentemente reportados. Las vasculitis paraneoplásicas representan entre el 3-5% y en más de la mitad de los casos son secundarios a neoplasias hematológicas con una mortalidad cercana al 63%. Síndromes acrales vasculares son reportados entre el 2-15% y se asocian a neoplasias linfoides en el 20%. La mejoría clínica se puede ver en el 40% con tratamiento antitumoral dirigido. Finalmente, los SPn a SN son excepcionales <1% de los casos, más aún los del SN periférico, siendo estos aproximadamente el 21% de los SPn relacionados con LH.

Caso clínico: Hombre de 76 años de edad, diabético, hipertenso y con cardiopatía isquémica. Inicia su padecimiento 4 meses previo a su ingreso con edema de miembro pélvico (MP) derecho secundario a trombosis venosa profunda y fibrilación auricular por lo que recibe tratamiento anticoagulante, además de dermatosis pruriginosa caracterizada por ronchas sin mejoría a esteroides. Trombocitopenia y lesión renal aguda. A su ingreso destaca la presencia de acrocianosis dolorosa de los dedos de las manos, edema de MPs bilateral, debilidad simétrica distal y adenopatías cervicales e inguinales. Destaca por laboratorio Hb en 13 gr/dL, leucocitos $7.8 \times 10^3/uL$, eosinófilos en $2.7 \times 10^3/uL$, plaquetas en $25 \times 10^3/uL$, glucosa en 243 mg/dL, creatinina de 1.26 mg/dL y DHL 297 mg/dL. En su abordaje se evidenció vasculitis eosinofílica, sin daño a otro órgano por eosinófilos. Por velocidad de

conducción nerviosa se documentó la presencia de mononeuritis múltiple, se descartaron otras causas. Y la biopsia de ganglio y hueso demostró infiltración por LH clásico tipo celularidad mixta. Se concluye diagnóstico de LH clásico, estadio clínico IVes, IPS 5 puntos. El paciente recibió el 1° ciclo de ABVD, con evolución desfavorable falleciendo a los 46 días del diagnóstico.

Conclusiones: Los SPn en LH son poco frecuentes. Debemos tener una alta sospecha clínica para su diagnóstico, iniciar el tratamiento dirigido temprano podría disminuir la morbimortalidad asociada. La presentación de vasculitis con necrosis digital y alteraciones a SN periférico es muy poco común con solo algunos reportes de caso en la literatura.



Figura 1.

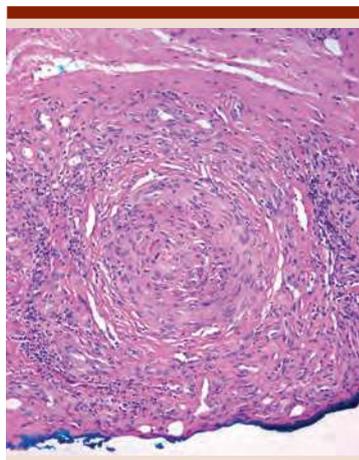


Figura 2.

LIN0012-CC: Leucemia linfoma de células T del adulto. A propósito de un caso

Sandra Yadira Arana González, Jaime David Macedo Reynada, César Borjas Gutiérrez, Benjamín Rubio Jurado, Arturo Vega Ruíz, María Rosa Flores Márquez, Sussy Melody González Huerta

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Describir la presentación clínica y evolución de un caso de leucemia linfoma de células T del adulto

Antecedentes: La leucemia/linfoma de células T del adulto, es una neoplasia distintiva de los linfocitos T causada por el HTLV-1. La mayoría de los pacientes infectados permanecen asintomáticos, hasta 10% de la enfermedad progresa durante su vida. La frecuencia de LLCTA varía de acuerdo con la prevalencia de HTLV-1. El riesgo de que los portadores del virus desarrollen LLCTA es de 6-7% en hombres y 2-3% en mujeres; esto después de un largo período de latencia (20-30 años). Hay 5 formas de la enfermedad: latente, crónico, primario, tumoral cutáneo, linfoma y agudo, siendo esta última la que presenta mayor linfocitosis, hipercalcemia y mayor afección a sistema nervioso central.

Caso clínico: Paciente de 72 años que inicia padecimiento con presencia de astenia, adinamia, fiebre, diaforesis ocasional, pérdida ponderal de 10 Kg en 2 meses, dolor abdominal ocasional en hipocondrio izquierdo, distensión, plenitud gástrica, saciedad temprana e hiporexia, con aumento del dolor abdominal, anorexia y alteración progresiva del habla, somnolencia e hiporreactividad al medio. USG abdominal, con datos de hepatopatía crónica, ascitis e hiperesplenismo y biometría hemática con trombocitopenia grado III y leucocitosis, a expensas de linfocitos. FSP donde se observan linfocitos maduros aspecto "flora-

les". Aspirado de médula ósea, con inmunofenotipo, CD4 + CD8-. Se realizan Anticuerpos contra HTLV-1 por inmunoanálisis siendo positivo. TAC contrastada de 5 regiones con esplenomegalia, cerebro con lesiones nodulares sugestivas de etiología infiltrativa, por su componente hiperdenso y discreta desviación septal de convexidad izquierda. IRM con múltiples lesiones intra axiales supra e infra tentoriales, de forma redondeada, bordes bien definidos, distribución difusa en ambos hemisferios, cerebrales y cerebelo, de comportamiento heterogéneo, las lesiones presentan tamaño entre 7-28mm concluyendo como metástasis hemorrágicas. Paciente quien persistió con leucocitosis y trombocitopenia, con deterioro progresivo del estado neurológico hasta su defunción 7 días posteriores a su ingreso.

Conclusiones: La afección a SNC en LLCTA ocurre en 25% de los casos. Los hallazgos característicos en estudios de imagen, como en el caso, son lesiones parenquimatosas múltiples, con o sin realce y en sustancia gris profunda de ambos hemisferios y leptomeníngeas. Las lesiones en SNC tienden a diseminarse extensamente. Microscópicamente se observan linfocitos malignos que infiltran meninges y espacio perivascular. La afección a SNC confiere mal pronóstico y la progresión sistémica es un escenario común de afectación del SNC y principal causa de muerte.

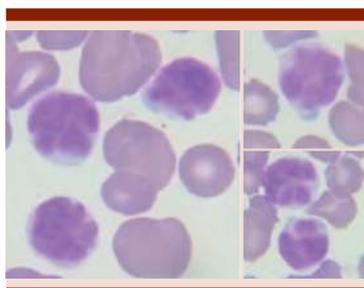


Figura 1. Frotis de sangre periférica.

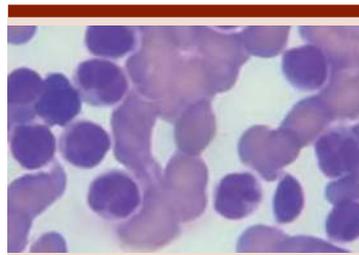


Figura 2. Aspirado de médula ósea.

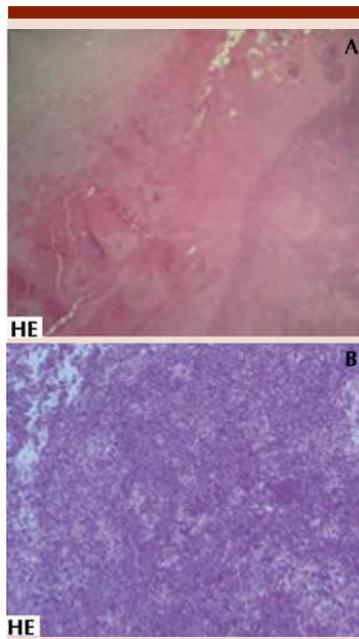


Figura 3. Imágenes histopatológicas SNC. A. Cerebro con trombo e infiltración. B. Infiltración de linfocitos 10x.

LIN0013-CC: Presentación atípica de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes, reporte de caso

Diana Jazmín Álvarez Cabrera, Edgar Ruiz Velasco Niño, Yubia Maria Lopez Salvio, Lilia Beatriz Aguilar Lopez, César Borjas Gutiérrez, Benjamin Rubio Jurado, Arturo Vega Ruiz

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Describir presentación clínica, evolución y manejo de un

caso atípico de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes.

Antecedentes: Los linfomas no Hodgkin (LNH) son más frecuentes en adultos que en niños y tienen incremento gradual con la edad, sobre todo a partir de los 50 años. Su incidencia es alta, teniendo predominio nodal el 70 al 90% correspondiendo a inmunofenotipo B y un 40% como localización extraganglionar. Se caracteriza por un alto índice de crecimiento, con síntomas que dependen de la localización tumoral.

Caso clínico: Femenino de 56 años de edad, con antecedente de trombosis venosa profunda en miembro pélvico 3 semanas previos a su ingreso. Inicia padecimiento con presencia de adenopatías cervicales múltiples en región III y IV, síntomas B, pérdida ponderal de 4kg de peso en 6 meses y disnea a medianos esfuerzos y tos no productiva, por lo que se inició abordaje diagnóstico con reporte histopatológico de ganglio cervical con hallazgos compatibles con linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes (CD20+ CD79+ BCL6+ BCL2, MUM1 y ciclina D1 negativos), con TAC de 4 regiones reportando múltiples nódulos distribuidos de manera difusa en ambos pulmones y múltiples adenopatías a nivel II, III, IV derecho, el mayor de ellos de 18 mm. Se inició quimioterapia con esquema CNOP-R con mejoría clínica, sin embargo, requiriendo apoyo de oxígeno ambulatorio posterior a su primer ciclo de quimioterapia. Es revalorada con tomografía en su cuarto ciclo con persistencia de la enfermedad por lo que se decide inicio de segunda línea de tratamiento esquema MINE/ESHAP-R integrando respuesta completa a la revaloración imagenológica en su tercer ciclo, así como mejoría clínica disminuyendo uso de oxígeno suplementario, ha solo durante la noche.

Conclusiones: Dentro de la afección extranodal del Linfoma no Hodgkin, el involucro pulmonar es infrecuente sobre todo en estadios iniciales de la enfermedad, reportándose en menos del 1%, el cual puede producirse por contigüidad a partir de adenopatías hiliares, menos frecuentemente por diseminación linfática o hematogena desde focos a distancia; en estudios de imagen llegan a observarse como masa mediastinal, menos común como múltiples nódulos pulmonares, siendo en el caso presentado una presentación muy atípica que ha tenido una evolución clínica satisfactoria posterior a un segundo esquema de quimioterapia.



Figura 1. Tomografía de tórax al diagnóstico.



Figura 2. Tomografía de tórax posterior a tercer ciclo MINE/ESHAP-R.

LIN0014-TL: Involucro extranodal en linfoma de Hodgkin y respuesta al tratamiento, experiencia de una sola institución

Elva Gabriela García Estrada, Alicia Elizabeth Guzmán Hernández, Juan

Carlos López Hernández, Laura Adriana Rivera Mendoza, Bárbara García Reyes, Titania del Carmen Acosta Hernández, Aldo Fernando Adrián Gutiérrez Alatorre, Arianna Robles Rodríguez, Carlos Roberto Best Aguilera

Hospital General de Occidente / Universidad de Guadalajara

Introducción: Aunque la presentación típica del linfoma de Hodgkin (LH) es la linfadenopatía, puede ocurrir afectación extranodal hasta en un 15% de los casos, siendo los sitios más comúnmente involucrados bazo, hígado, pulmón y médula ósea. Existe dentro de los subtipos histológicos, una predilección por una presentación extranodal en el tipo depleción linfocitaria, el cual comúnmente se presenta con extensa afectación extranodal sin linfadenopatía importante. Aquí se informa de una serie de casos de LH con involucro extranodal, se describe la afectación anatómica, el subtipo histológico y la respuesta al tratamiento.

Objetivos: Describir una serie de casos de LH con involucro extranodal, la afectación anatómica, el subtipo histológico y la respuesta al tratamiento.

Materiales y métodos: En una cohorte de 40 pacientes con LH, se seleccionaron aquellos con involucro extranodal documentado por tomografía. El tratamiento consistió en ABVD en todos los casos y un paciente recibió 5 líneas de tratamiento incluyendo brentuximab vedotin. Se analizaron 11 casos para involucro anatómico y variedad histológica, pero sólo estuvieron disponibles datos para valorar respuesta al tratamiento en 10 pacientes.

Resultados: La población tuvo una mediana de edad de 26 años (7-55), hubo 8 hombres y 3 mujeres, la variante histológica más frecuente fue esclerosis nodular (37%). Se

identificó involucro extranodal en 11 de 42 pacientes (27.5%), a saber: bazo 63%, hígado 45%, médula ósea 27%, pulmón 9% y columna vertebral 9%. Ocurrió afectación de más de un sitio anatómico en el 45% de los casos. En 90% de los pacientes existió respuesta completa al tratamiento, con una mediana de supervivencia de 40 meses (5-77). Un caso resultó refractario al tratamiento, con involucro hepático y falleció al mes 25.

Conclusiones: Aunque limitado el número en esta serie, se aprecia una frecuencia de involucro extranodal superior a la informada, notablemente casi la mitad de los casos presentaron más de un sitio anatómico afectado. No se apreció de acuerdo a la respuesta al tratamiento y supervivencia un deterioro en el pronóstico a pesar de la participación de la enfermedad fuera de los ganglios linfáticos. Un incremento en la cohorte se requiere para validar los datos.

LIN0015-CC: Linfoma de Hodgkin con infiltración a sistema nervioso central, a propósito de un caso

John Benjamin IV Rex Porter, Sandra Yadira Arana González, César Borjas Gutiérrez, Benjamín Rubio Jurado, Arturo Vega Ruiz

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Describir la presentación clínica, evolución y manejo de un caso de Linfoma de Hodgkin con infiltración a sistema nervioso central.

Antecedentes: El linfoma de Hodgkin es una enfermedad que afecta principalmente a los ganglios linfáticos, siendo raras las complicaciones neurológicas en esta enfermedad. Se estima que éstas complicaciones presentan una incidencia del 0.2 al 0.5% de pacientes con linfoma de Hodgkin sistémico. La infiltración a sistema nervioso central sucede principalmente en

pacientes con enfermedad avanzada y/o refractaria a tratamiento, pero ocasionalmente puede estar presente al momento del diagnóstico. Los síntomas más habituales son parálisis de los nervios craneales (55%), cefalea (36%), papiledema (19%), náuseas y vómitos (19%), convulsiones (14%). El tratamiento no está bien establecido, pero generalmente incluye radioterapia fraccionada.

Caso clínico: Paciente femenino de 70 años de edad la cual inicia su padecimiento con presencia de síncope, con incremento de la frecuencia de los episodios en días subsecuentes, acompañado de astenia y adinamia. Posterior inicia con datos de bajo gasto e hipotensión arterial, se toman exámenes de laboratorio con hemoglobina de 7.6 g/dL, a la exploración con adenopatías cervicales. Se realiza TAC con abundantes conglomerados ganglionares, biopsia de ganglio con presencia de células de reed sternberg, inmunofenotipo CD45 (ALC) positivo, CD20 negativo y CD30 negativo. Se realiza diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico celularidad mixta. Se clasifica como EC IIB, Hassencklever 4 puntos, se decide inicio de tratamiento con esquema ABVD. Posterior al término del quinto ciclo de quimioterapia la paciente inicia con cefalea intensa acompañada de astenia, adinamia y con datos de focalización. se realiza TAC de cráneo con evidencia de lesión extensa en hemisferio derecho, con edema y herniación cerebral. Con sospecha de infiltración a sistema nervioso central, se decide inicio de radioterapia con un total de 56 Gy y completando 6 ciclos de ABVD, logrando mejoría clínica y remisión completa, se realiza resonancia magnética posterior a tratamiento sin evidencia de actividad de la enfermedad.

Conclusiones: La infiltración a sistema nervioso central del linfoma

de Hodgkin es un evento raro, sin embargo, es necesario sospecharlo en pacientes que presenten linfomas en recaída de la enfermedad con sintomatología neurológica. Actualmente el tratamiento de elec-

ción es combinación radioterapia de cerebro completo aunado de quimioterapia. La supervivencia media de los pacientes con este diagnóstico es únicamente de 46 meses.



Figura 1. A. TAC de cráneo con evidencia de lesión extensa en hemisferio derecho, con edema y herniación cerebral. **B.** RM de cráneo posterior a tratamiento sin evidencia de masa.

LIN0016-CC: Linfoma primario esplénico, reporte de un caso

Emmanuel Alejandro Avendaño Castañeda, Diana Jazmín Álvarez Cabrera, Benjamín Rubio Jurado, César Borjas Gutiérrez, Arturo Vega Ruíz, Lilia Beatriz Aguilar López, María Rosa Flores Márquez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Describir presentación clínica, evolución y manejo de un caso de linfoma primario esplénico difuso células grandes B rico en histiocitos.

Antecedentes: Dentro de las causas de esplenomegalia, el linfoma primario se encuentra como una de las causas desestimadas, sin embargo, como órgano linfoide pueden involucrarse distintas neo-

plasias linfoides. Éste constituye una forma de presentación infrecuente de los linfomas, que corresponde a < 1%. La definición de linfoma primario esplénico puede incluir en su extensión: afección de médula ósea, sangre periférica y/o hígado en ausencia de involucro ganglionar, actualmente representa un gran desafío diagnóstico y terapéutico, debido a la baja incidencia de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente femenina de 64 años, valorada inicialmente por bicitopenia, con requerimiento transfusional de concentrados eritrocitarios y factor estimulante de colonias granulocíticas, así como presencia de síntomas B, sin adenopatías y esplenomegalia constatado por ultrasonido abdominal bazo con medidas 220mm en su eje

mayor. Se realizó biopsia y aspirado de médula ósea reportando datos incipientes de mielodisplasia que no explican citopenias, considerándose sea secundaria a secuestro esplénico. Se solicitó valoración para esplenectomía diagnóstica/terapéutica con programación por ordinario, sin embargo, semanas posteriores presenta dolor abdominal intenso en flanco izquierdo acudiendo a urgencias donde le realizan tomografía abdominal reportando cambio de densidad del polo superior de bazo, sugestivo de infarto esplénico. Se realiza esplenectomía abierta de urgencia con hallazgos de esplenomegalia masiva de aprox. 30x25cm, peso de 2kg y 3 bazos accesorios de 2x3cm cada uno. Cuatro días postquirúrgicos la paciente presenta recuperación hematológica con buena evolución clínica. Se recibe reporte histopatológico reportando Linfoma no Hodgkin de células B grandes rico en histiocitos (CD20+ CD30+ BCL6+, CD3+ en linfocitos acompañantes) sin relación a infiltración de médula ósea, se inicia esquema de quimioterapia R-CHOP completando 4 ciclos con tomografía de cuatro regiones de control sin evidencia de adenopatías y sin citopenias en citometría hemática.

Conclusiones: El diagnóstico de Linfoma primario esplénico resulta difícil debido a la sintomatología poco específica, la intervención quirúrgica con estudio histopatológico establece el diagnóstico definitivo, se conoce como el subtipo más frecuente al linfoma marginal hasta en el 80% de los casos, hablando de LNH Difuso de Células Grandes B rico en histiocitos forma una de las presentaciones más infrecuentes especialmente en la paciente presentada, sin afección a médula ósea ni ganglionar, el tratamiento actual se basa en esquema CHOP-R; sin embargo la evidencia de pronóstico en la literatura es limitado.

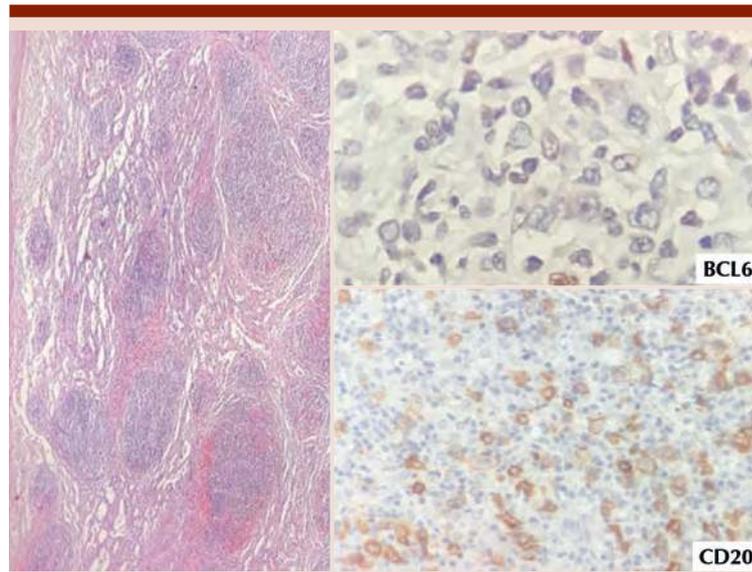


Figura 1. Estudio histopatológico de bazo con inmunohistoquímica.



Figura 2. Tomografía abdominal que muestra infarto esplénico.

LIN0017-TL: Leucemias y linfomas en la cohorte del hospital universitario: resultados de 3 años

Verónica Elizabeth Pravia Martínez, Andrés Gómez De León, José Miguel Yáñez Reyes, Rebeca Barrera Salinas, Alejandra Celina Esparza Sandoval, Leonel Estanislao Villalobos Cutierrez, Ramsés Leija Walle, Perla Rocío Colunga Pedraza, David Gómez Almaguer, Luis Andrés Gómez Torres

Servicio de hematología UANL

Introducción: Las enfermedades hematológicas se encuentran dentro de las 20 primeras causas de mortalidad en nuestro país. La documentación prospectiva de información local permite conocer desenlaces, ajustar terapias y mejorar la calidad de atención.

Objetivos: El objetivo fue recolectar las características demográficas de pacientes con diagnóstico confirmado de leucemia y linfomas en nuestro centro.

Materiales y métodos: Es un estudio observacional y descriptivo donde se documentaron pacientes con neoplasias hematológicas. Se incluyeron aquellos que acudieron a consulta en nuestro centro desde enero 2016 a diciembre 2018 en quienes la sospecha diagnóstica fuera confirmada. Se excluyeron los pacientes diagnosticados en otro centro en quienes no fue posible confirmarlo. Los diagnósticos considerados para inclusión fueron los siguientes: 1. Leucemia linfoblástica aguda (LLA). 2. Leucemia linfocítica

crónica (LLC). 3. Leucemia mielooblástica aguda (LMA). 4. Leucemia granulocítica crónica (LGC). 5. Leucemia de células peludas (HCL). 6. Linfoma de Hodgkin (LH). 7. Linfoma no Hodgkin (LNH).

Resultados: Se incluyeron n= 471 de pacientes durante 3 años: en 2016 n=170 (36%), n= 158 (34%) en 2017 y n=143(30%) en 2018. El 44% de la población fue femenina y el 55% masculino. El diagnóstico más común fue LNH n=217 (46%), seguido de LLA 19% (n=88) y LMA 13% (n=60). El subtipo de LNH más común el DCGB con n=99 (46%) con una mediana de edad de 58 años, 51% fueron hombres y 49% mujeres. El subtipo de LH más frecuente fue esclerosis nodular en n=20 (40%) con una mediana de edad de 28 años, presentándose 51% Mujeres y 45% Hombres. La LLA fue responsable del 43% de leucemias, presentándose en 56% hombres y 44% mujeres. Solo el 9% de las LLA fueron de fenotipo T. La LMA fue menos frecuente, con un total de n=60 casos (29%). La variante más frecuente fue M3 en el 30% de los casos con una mediana de edad de 34 años, presentándose de igual manera en ambos sexos. La LGC fue diagnosticada en el 7% de la población, con una mediana de edad de 40 años, la LLC fue diagnosticada en solo n=16 casos (3%) con una mediana de edad de 68 años

Conclusiones: El LNH DCGB es el linfoma más frecuente en nuestra institución. La LLA es más frecuente que la LMA. La LLC y LGC son infrecuentes en nuestro centro. Estos hallazgos ocurrieron constantemente desde el

2016 y confirman diferencias en la epidemiología local en contraste con lo reportado en otros países.

LIN0018-CC: Linfoma de células B de alto grado con expresión aberrante de TdT vs leucemia/linfoma linfoblástico B TdT+: un reto diagnóstico y de clasificación

Tania Marcela Aguado Vázquez, Ana Florencia Ramírez Ibargüen, María Del Carmen Amanda Lome Maldonado, Diego Armando Zúñiga Tamayo, Beatriz Amanda Victoria Ochoa Robledo, Armando Juarez Nicolas, Katheryn Betsabé Garzón Velásquez, Silvia Rivas Vera
Instituto Nacional de Cancerología

Objetivos: Dar a conocer el caso de una paciente joven, con una neoplasia agresiva que representó un reto diagnóstico por sus características morfológicas e inmunofenotipo. Destacar la importancia de la citometría de flujo (CMF), como una valiosa herramienta diagnóstica en hematología.

Antecedentes: Existen casos de linfomas B de alto grado (doble o triple hit principalmente) que poseen características de inmadurez tanto morfológicas como de inmunofenotipo (morfología blastoide, expresión de TdT, CD45 bajo) y en ocasiones es complejo diferenciarlos de una leucemia/linfoma linfoblástico B TdT+. Se cree que la expresión de TdT puede representar la contraparte maligna de una célula en estado de diferenciación intermedio entre una célula pre-B y un linfocito B temprano.

Caso clínico: Mujer de 39 años. Inició en mayo 2018 con la auto-detección de un nódulo mamario derecho, asociado a conglomerado ganglionar axilar ipsilateral de 2.5 cm. La mastografía reportó BIRADS 4A y la biopsia de mama derecha: linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B (LDCGB) de origen centro germinal, con fenotipo doble expresor. Se realizó FISH para la detección de rearrreglos de los genes MYC, BCL2 y BCL6, sin lograr identificarlos. En los estudios de abordaje se encontró infiltración linfomatosa del SNC y la biopsia de hueso infiltrada por LDCGB con fenotipo doble expresor y morfología BCLU, TdT y CD34 negativos. Recibió 6 ciclos de R-ICE con TAC de intervalo mostrando respuesta completa. Posterior al 6to. ciclo presentó cefalea intensa y emesis; la TAC de cráneo mostró realce meníngeo. La CMF del líquido cefalorraquídeo reportó 98% de blastos leucémicos de linaje linfoide B y en el AMO 0.79% de células patológicas CD34+, CD45-, TdT+. En la revisión de la biopsia inicial de mama se encontró positividad para TdT y CD34-. Se concluyó proceso linfoproliferativo B inmaduro compatible con leucemia/linfoma linfoblástico B.

Conclusiones: La distinción entre las neoplasias de células B maduras (NCBM) y de precursores B, es muy importante, ya que tanto el tratamiento como el pronóstico son diferentes. Las NCBM que expresan TdT sin otras características de inmadurez, representan un reto diagnóstico. En nuestro caso, la expresión de CD20 heterogéneo tanto en tejido mamario como en médula ósea, así como la ausencia de alteraciones doble o triple hit, son puntos en contra de linfoma B de alto grado TdT+ y a favor del diagnóstico de leucemia/linfoma linfoblástico B. En este caso, la CMF en líquido cefalorraquídeo jugó un papel crucial para el diagnóstico y clasificación de esta neoplasia.

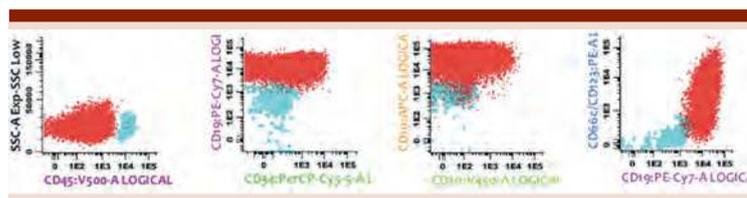


Figura 1.

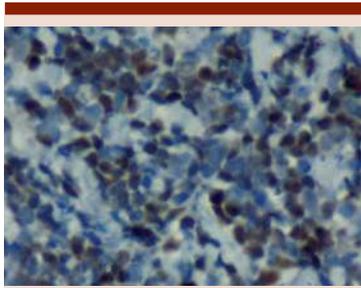


Figura 2.

LIN0019-TL: Linfoma no Hodgkin anaplásico sistémico de células grandes T, experiencia de un centro de referencia en México

Katherinee Morales Chacón, Yadira González Paredes, Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Carmen Lome Maldonado, Silvia Rivas Vera, Ana Florencia Ramirez Ibarguen
 Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El linfoma anaplásico sistémico de células grandes T (ALCL), es una neoplasia linfoide agresiva CD30+ que representa del 3 al 5% de todos los linfomas no Hodgkin y el 10-15% de los linfomas T periféricos. La OMS reconoce 2 subtipos, uno asociado a la presencia de la quinasa del linfoma anaplásico (ALK+ ALCL), más frecuente en jóvenes y con mejor pronóstico y otro morfológicamente similar, pero sin expresión de ALK (ALK- ALCL), que se presenta en adultos mayores y se asocia a peores desenlaces.

Objetivos: Analizar las características clínicas y resultados en adultos mexicanos con ALCL estableciendo comparaciones entre ambos subtipos.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, longitudinal, incluyó pacientes ≥ 17 años con diagnóstico histopatológico confirmado de ALCL del INCAN entre 2008-2017.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes con ALCL; 25 (38%) ALK+ y

37 (56%) ALK-. La mediana de seguimiento fue de 20.9 meses. El 57.6% fueron hombres, 80% presentaron estadios avanzados y 56% enfermedad extraganglionar. La mediana de edad para todo el grupo fue de 42.4 años; para los ALK+ de 35 años y 48 años para los ALK- ($p=0.136$). No existieron diferencias en otras características clínicas por grupos ALK+ y ALK-. Para toda la cohorte la tasa de respuesta global fue de 53.8%. La SG y SLE a 5 años fue de 55% y 39%, respectivamente. De los 28 pacientes que fallecieron, 18 (64%) lo hicieron en los primeros 6 meses del diagnóstico. El ECOG <2 , albúmina ≥ 3.5 , índice linfocitos/monocitos <2.5 , respuesta completa en la inducción y tratamiento de radioterapia se identificaron en el análisis bivariado como factores pronósticos asociados a mayor SG. Por subgrupos ALK+ y ALK-, la SG fue del 73% vs 43% ($p=0.136$) y la SLE fue del 52% vs 29% ($p=0.201$) a 5 años.

Conclusiones: Este es el primer reporte del comportamiento clínico de pacientes mexicanos con ALCL. Similar a la literatura es una neoplasia agresiva, diagnosticada en fases avanzadas y con pobre pronóstico. A diferencia de lo reportado, la mediana de edad de nuestros pacientes ALK- es menor, la mortalidad es mayor en los primeros 6 meses del diagnóstico y la expresión de ALK no se asoció a un mejor pronóstico. Sin embargo, observamos una tendencia hacia mejor SG y SLE en pacientes ALK+ que no fue significativa por el número limitado de pacientes. Es indispensable fomentar la colaboración multicéntrica para validar nuestros resultados y refinar factores pronósticos.

LIN0020-CC: Presentación de tres casos de linfoma no Hodgkin anaplásico ALK negativo

Abigail Bautista Jiménez, José Ángel Escamilla Ramírez, Eleazar Hernán-

dez Ruiz, Fabián Tafoya Ramírez, Gabriel Barragán Ibáñez
 Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Objetivos: Presentación de tres casos de LACG ALK negativo

Antecedentes: El linfoma anaplásico de células grandes (LACG), ALK negativo (LACG ALK-) representa 2-3% de los LNH B y 12% de LNH T. Los AL- presentan afectación ganglionar en 50% de los casos; La diseminación extranodal (20%) es poco frecuente. El pronóstico en general es malo, con una sobrevida global (SG) a 5 años de 30 a 49%, peor que en pacientes con LACG ALK+ (a 5 años 70 a 86%). Ocurre en pacientes mayores con mala respuesta general a la quimioterapia agresiva en comparación con LACG ALK+.

Caso clínico: Reporte de 3 casos clínicos: dos mujeres de 48 y 56 años con ECOG 0 y un hombre 63 años con ECOG 2. La tumoración tipo Bulky fue un hallazgo común en los tres pacientes, clasificados con las siguientes etapas clínicas IVA (MO y piel) X a nivel de cuello, IIB X a nivel pélvico y el hombre IIB X a nivel axilar izquierdo. El diagnóstico se realizó mediante estudio histopatológico de ganglio e inmunohistoquímica (**Figura 1**), dos pacientes presentaron infiltración a médula ósea corroborado por biopsia de hueso. Las dos mujeres recibieron quimioterapia 8 y 6 ciclos CHOEP, una de ellas recibió radioterapia en región pélvica y el hombre 8 ciclos de COP mismo que falleció en segunda recaída a MO durante primer ciclo de COP-R, a los 3 años de sobrevida. Las mujeres se mantienen con RC y RP después de 7 y 9 meses de diagnóstico.

Conclusiones: Los pacientes con LACG ALK- usualmente son adultos con una mediana de edad entre 54 y 61 años, dos tercios de los pacientes se encuentran en estadio

III y IV al diagnóstico. Los sitios de diseminación más frecuentes son la piel, hígado y pulmones. La médula ósea y sistema nervioso central son sitios de menor frecuencia. La terapia óptima para LACG ALK- es controvertida debido a la rareza de

esta enfermedad, la heterogeneidad y la presentación clínica. Tomando en cuenta los sitios más comunes de diseminación, nuestros casos presentaron sitios infrecuentes al diagnóstico, otorgándoles peor pronóstico y menor supervivencia.

Caso clínico: Femenino de 70 años de edad, originaria y residente del Estado de México. Con carga genética de neoplasia de rama materna no especificada. Inicio padecimiento en 2014 al presentar pérdida de peso de 8kg en 2 meses, diaforesis, adenopatías cervicales induradas y fijas, aumento de volumen en región inguinal bilateral de 5cm, se toma biopsia e inmunohistoquímica llegando al diagnóstico de LNH folicular grado 3A estadio clínico IV B, inmunofenotipo B, BCL-2 Y 6 positivos, CD2+, CD10+ además, se identifica infiltración a medula ósea por células de estirpe linfoide B. Fue manejada con vincristina, ciclofosfamida y epirubicina y 12 ciclos bimestrales con rituximab, con adecuada respuesta clínica, ECOG 0. Durante seguimiento identificándose en 2017 mediante PET/CT lesiones nodulares pulmonares izquierdas en segmento posterior de lóbulo inferior de hasta 12mm SUV-max 6.8, extraídas mediante biopsia, reporte de parénquima pulmonar con infiltración difusa por células linfoides de aspecto mononuclear en el intersticio. La IHQ reportó CD20(+), CD10(+), CD21(+), Ki67: 40%, BCL-2(+), BCL-6(+) nódulo pulmonar de lóbulo inferior izquierdo compatible con LNH folicular de bajo grado (grado 2, OMS 2016) en patrón folicular inmunofenotípica "B" CD20(+), índice de proliferación del 40%. Se catalogó como una recaída tardía pulmonar del LNH.

Conclusiones: Existen pocos registros de recaídas extraganglionares tardías a nivel pulmonar en pacientes con LNH. El compromiso del parénquima pulmonar es raro en etapa inicial, pero puede producirse en los casos avanzados, en recaídas o en resistentes al tratamiento. Los LNH primarios de pulmón son muy poco frecuentes y en menos del 0.5% de todos los lugares primarios se localiza la afección pulmonar, siempre importante el seguimiento imagenológico de dichos pacientes.

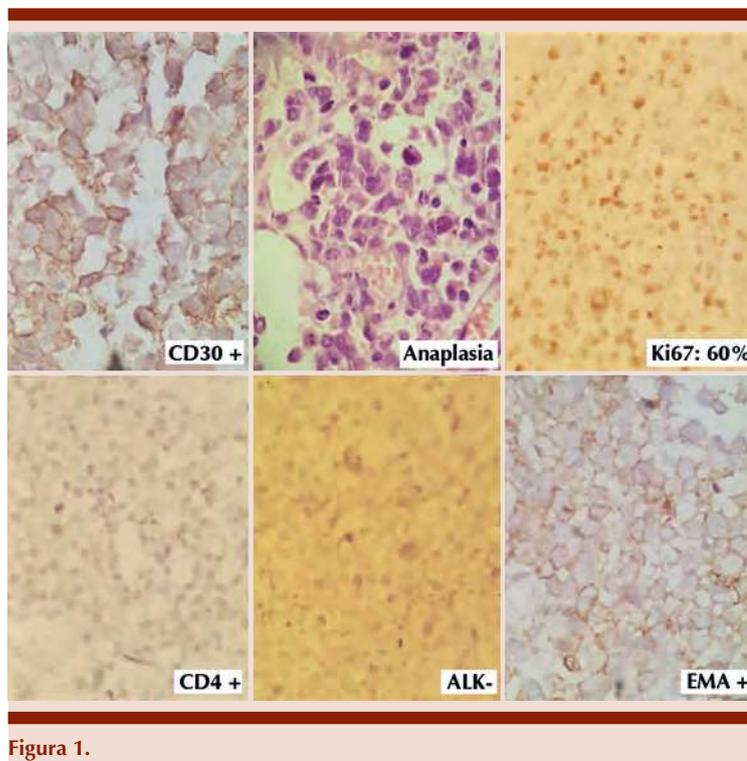


Figura 1.

LIN0021-CC: Recaída pulmonar tardía de linfoma no Hodgkin folicular, entidad poco frecuente, a propósito de un caso

Adriana Berenice Peralta Vega, Andrés Gonzalez De la Rosa, Claudia Monserrat Piñeiro Luna
Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: presentación de caso clínico de linfoma no Hodgkin folicular con recaída tardía como entidad poco frecuente

Antecedentes: Los linfomas no Hodgkin (LNH) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias originadas en el tejido linfoide, deri-

vadas de linfocitos y sus precursores B o T. El comportamiento es variado, tienden a diseminarse a sitios extraganglionares; el pronóstico de ello dependerá del tipo histológico, la etapa clínica y el tratamiento. El linfoma B folicular ocupa aproximadamente el 30% de todos los linfomas. El estadio clínico es un factor pronóstico, la supervivencia es mayor para el estadio I que para el IV. Existe muy pocos reportes en la literatura de recaída tumoral extraganglionar en LNH en especial a nivel pulmonar, por lo que resulta necesaria sospecha diagnóstica y seguimiento una vez diagnosticado.

LIN0022-CC: Caso clínico, dolor abdominal como presentación de hamartoma esplénico

Emericella Renee Roldan Medillin,¹ Alvaro Hernández Caballero,² Edmundo Enzaldo Ruiz,³ Ana María de la Luz Cano León³

¹ IMSS CMN Siglo XXI

² IMSS HAE La Raza

³ IMSS Hospital General Regional No. 8

Objetivos: Compartir caso de enfermedad de baja incidencia.

Antecedentes: Los hamartomas son malformaciones semejantes a tumores, están compuestos por un aumento de células maduras y tejidos presentándose en diversos órganos. En el bazo son muy poco frecuentes, con una incidencia del 0.024% al 0.13%. Suelen presentarse como lesiones sólidas y solitarias de 5 a 20 cm. Suelen ser asintomáticos y en algunos casos mostrar trombocitopenia, anemia o en raras ocasiones dolor abdominal. Por imagen suelen ser isocóicos por ultrasonido, isointensos en la fase simple de la tomografía y solo evidenciarse con uso de medio de contraste como una imagen heterogénea hiperintensa. El estudio ideal para el diagnóstico es la RMI.

Caso clínico: Masculino de 48 años de edad, sin comorbilidades. Se presenta por dolor abdominal transitorio de 6 meses de evolución acompañado de epigastralgia y evacuaciones disminuidas de consistencia. Se asocia a pérdida de peso significativa (24 kg), diaforesis, fiebre no cuantificada de predominio vespertino. A la exploración física presentaba dolor a la palpación abdominal en marco cólico y mesogastrio, sin adenopatías o tumoraciones palpables; se dio manejo con antibiótico e inhibidores de bombas de protones sin mejoría. En laboratorios destacó la elevación transitoria de leucocitos con diferencial conservada sin

anormalidades en frotis de sangre periférica; se realizó ultrasonido abdominal encontrando hígado aumentado de tamaño con vena porta de 15 mm, páncreas normal, bazo de 117 mm sin lesiones y esteatosis hepática. Debido a la persistencia del dolor abdominal se realizó tomografía de abdomen encontrando una tumoración de 5 x 5 cm en bazo con realce de 20 a 41 UH en fase de contraste, sin adenopatías, dicha lesión no se observó en la fase simple. Se realizó esplenectomía sin complicaciones. El médico Patólogo reportó bazo con peso de 280g, lesión ovoide de 5.0 x 4.5 cm, bien circunscrita, parcialmente encapsulada, café oscuro semejante al parénquima del bazo. A la microscopía lesión formada por canales vasculares desorganizados, las células endoteliales sin atipia o mitosis; algunos focos de plasmocitosis, eosinófilos y mastocitos. Inmunohistoquímica con CD8 positivo. Se concluyó diagnóstico de hamartoma esplénico; el paciente evolucionó favorablemente con remisión de dolor abdominal.

Conclusiones: Los hamartomas esplénicos son malformaciones raras que semejan tumores y pueden ser hallazgos de autopsia. En la literatura se han reportado menos de 150 casos de hamartoma esplénico. La sospecha clínica acompañada de un buen estudio de imagen es necesaria para el diagnóstico; siendo indispensable el estudio histopatológico.



Figura 1.

LIN0024-CC: Granulomatosis linfomatoide y síndrome de Sjögren, reporte de un caso

Laura Adriana Tripp Aguilar, José Miguel Álvarez Blanco, Fernanda Sofía García Miranda, Gladys Patricia Agreda Vásquez, Jesús Delgado de la Mora, Daniel Montante Montes de Oca

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivos: Presentar un caso infrecuente de granulomatosis linfomatoide y síndrome de Sjögren.

Antecedentes: La granulomatosis linfomatoide (GL) es una enfermedad linfoproliferativa de células B poco común caracterizada por involucro pulmonar y en menor porcentaje, afección extrapulmonar principalmente cutánea, renal y en sistema nervioso central.

Caso clínico: Hombre de 42 años, con historia de 4 años de dolor abdominal hemiabdomen izquierdo y tos. Dos años posteriores se agregó disnea, mialgias, fiebre, diaforesis, pérdida de peso (10 kg en 3 meses). Fue referido al INER, encontrando pancitopenia (Hb 9.8, VCM 87.1, CMH 33.2, Leu 100, Neu 88, Plt 104), baciloscopia y Genexpert negativos. Se tomó biopsias de mucosa bronquial con reporte de linfoma no Hodgkin de inmunofenotipo T rico en células B. Se refirió a INNSZ para abordaje. La exploración física al ingreso mostró dermatosis localizada en extremidades inferiores, ausencia de todas las piezas dentarias, disminución de lago salival, ingurgitación yugular grado I, reflejo hepatoyugular presente, hepatoesplenomegalia e hiperestesia en calcetín. Se solicitó una tomografía de tórax y abdomen, encontrando en campos pulmonares masas y consolidaciones pulmonares, con broncograma aéreo, quistes subpleurales, derrame pleural bilateral, hepatomegalia (23cm eje sagital), bazo con eje de

16 cm y volumen 865cc, ganglios calcificados en mesenterio. Se realizaron velocidades de conducción nerviosa de miembros pélvicos ante la presencia de parestesias y disestesias, con reporte de polineuropatía axonal grave asimétrica de predominio en miembro izquierdo motora y sensitiva, prueba de Shimer 4 mm bilateral (+), ANAs con patrón NuMA-1 1:5120, Anti SSA 174 (positivos), biopsia de glándula salival con sialoadenitis crónica compatible con Sjögren Focus score 2. Se realizó VATS con reporte histopatológico de GL grado 3, neumonitis intersticial linfoide y fibrosis intersticial. Se realizó biopsia de hueso con reporte de médula ósea hiperclular con infiltración

por granulomatosis linfomatoide CD30 CD20+, LMP1-, MUM1+, BCL2-, CD10-, BCL6-, CD4-, CD8-. PCR VEB: 12,854 copias e IgG VEB positivo, IgM negativo. En el PET-CT se observó áreas de consolidación en parches bilaterales, nódulos con distribución difusa, el mayor en segmento posterobasal derecho, de 26 mm con SUVmax de 26.. Se ofreció tratamiento con R-CEOP sin antraciclina por disminución de FEVI por miocardiopatía hipertrófica.

Conclusiones: La GL es una enfermedad poco frecuente, de curso clínico variable, sin existir hasta el momento, un estándar de tratamiento. La asociación con síndrome de Sjögren representa un mayor reto terapéutico.

muy amplio de enfermedades con una amplia gama de variantes histológicas, y características clínicas en la presentación, teniendo al menos 30 entidades diferentes que van desde lo indolente hasta las formas más agresivas, lo que puede dificultar el diagnóstico. El diagnóstico oportuno es importante porque las terapias efectivas y a menudo curativas están disponibles para muchos subtipos.

Objetivos: Evaluar el tiempo promedio de diagnóstico del paciente con LNH, tomando como punto de partida la aparición de sintomatología, primer consulta o ingreso hospitalario hasta el inicio de tratamiento en el periodo de 2012 a 2016.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, en pacientes con diagnóstico de primera vez de LNH. Se identificó el inicio de la sintomatología y se evaluó el tiempo promedio en establecer el diagnóstico definitivo de LNH y el inicio de tratamiento por primera vez.

Resultados: Se evaluaron 306 nuevos diagnósticos, donde 248 cumplieron los criterios de inclusión. Se observó que la media de aparición del primer síntoma en la población con linfoma fue de 3.04 meses, En relación al sitio anatómico de aparición se observó que los tumores de cabeza y cuello tienen como promedio 2.93 meses para aparición del primer síntoma previo a la consulta inicial. El tiempo diagnóstico desde la primera cita en la consulta externa fue de 10.8 semanas y 2.96 semanas en hospitalización. El inicio de tratamiento posterior al diagnóstico definitivo fue una media de 6.45 días. El tiempo entre el Inicio de los síntomas y el inicio de tratamiento en nuestra población fue una media de 97.78 días.

Conclusiones: Los linfomas son una neoplasia potencialmente curable, con un mejor pronóstico en estadios tempranos de la enfermedad, por

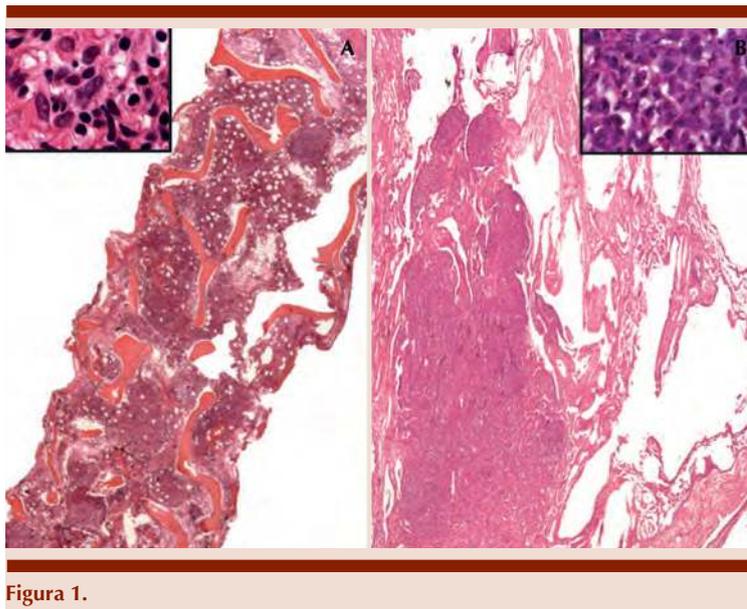


Figura 1.

LIN0025-TL: Tiempo de diagnóstico de linfoma no Hodgkin en el Hospital Juárez de México, en el periodo de 2012 a 2016

Diana Alejandra Villegas Osorno, Andrea Iracema Milán Salvatierra, Faustino Leyto Cruz, Jorge Cruz Rico, Mónica María Tejeda Romero Hospital Juárez de México

Introducción: Los linfomas son tumores sólidos del sistema inmunológico. Representan un grupo heterogéneo de enfermedades hematológicas. Clásicamente se divide en dos grupos, donde el linfoma no Hodgkin (LNH) representa aproximadamente el 90% de todos los linfomas siendo un reto diagnóstico ya que representan un espectro

lo que es necesario implementar programas de educación en salud, con la finalidad de detectar de forma más temprana la enfermedad, ya que la mayoría de nuestros pacientes acude a valoración médica meses después de la aparición de la sintomatología en estadios clínicos avanzados lo cual influye en el pronóstico de nuestros pacientes.

LIN0027-TL: Frecuencia de autoanticuerpos y su relación con el estado protrombótico en pacientes con linfoma no Hodgkin

Edgar Ruiz Velasco Niño, Leidy Johanna Herrera Rodríguez, César Borjas Gutiérrez, Sandra Guzmán Silahua, Arnulfo H Nava Zavala, Benjamín Rubio Jurado
 Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: En linfoma se encuentra un estado hipercoagulable y éste es asociado a enfermedad trombótica durante el curso clínico de la enfermedad. Los marcadores hemostáticos se encuentran alterados: elevación del TTPa, TP, Producto de degradación del fibrinógeno, dímero-D; esto indica un estado hipercoagulable y fibrinolítico. La prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL) fluctúa de 26.6-41%, sin embargo, la asociación entre aFL y trombosis es inconsistente.

Objetivos: Describir los niveles de autoanticuerpos, marcadores hemostáticos y datos clínicos de trombosis en pacientes con linfoma no Hodgkin

Materiales y métodos: Estudio longitudinal, se incluyeron pacientes con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de novo, de 01 de noviembre de 2017 a septiembre de 2018. En el Departamento de Hematología, HE. UMAE, CMNO. IMSS. Se registró la presencia de autoanticuerpos, marcadores hemostáticos, y datos clínicos relacionados a trombosis.

Resultados: Se incluyeron 38 paciente, son 15 (38%) femeninos y 23 (61%) masculinos, media de 52 años de edad. (18-85^a). Antecedente de evento trombótico en 4 casos (11%). Evento trombótico al momento de su inclusión 5 pacientes (13%), sitio más frecuente fue pulmonar. Laboratorio. Anemia (Hb <11 gr/dl) 17/39 (43%), Trombocitopenia en (<100,000) 5/39 (12%) Leucopenia en 6/39 pacientes (<4000) (3.8-1.6 ml/l). El TTP alterado en 8/39 (20%); de estos prolongado en 6/39 (15%). El TTP alterado en 5/39 (13%); prolongado en 3/39 (8%) Dímero D aumentado (>500) en 28/39 (71%). Fibrinógeno aumentado (>400mg/dl) 23/39 (59%) y disminuido (<200 mg/dl) en 2/39 (5%). La PCR elevada (>10 mg/dl) en 28/39 (72%). Proteína C alterada (70-140%) en 3/39 (8%); uno elevado y dos disminuidos. Proteína S, alterado (60-130%) en 4/39 (11%), disminuido en estos 4 casos. Antitrombina III, alterada (55-125%) en 10/39 (26%), disminuido en estos 10 casos. Los ANAS positivos en 21 casos (54%), ANCAS positivos 13/39 (33%), anticoagulante lúpico elevado (>1.2) en 24/39 (61%). En la estratificación por dímero D, mayor o menor de 500 ngr/ml. En estos resultados encontramos diferencias significativas en el TTPa. no se observaron diferencias significativas con el nivel de autoanticuerpos y el nivel de dímero D.

Conclusiones: Se encontraron elevaciones de marcadores de autoinmunidad sin correlación estadística con activación de la hemostasia. La detección de trombosis durante su seguimiento fue de 13%. Se documentó activación de la coagulación, por dímero D elevado 75%, y fibrinógeno elevado en 59%. No se encontraron diferencias estadísticas en biomarcadores de autoinmunidad de acuerdo a dímero D normal o elevado.

LIN0028-TL: Detección de células tumorales circulantes y su impacto clínico en linfoma difuso de células B grandes

Rafael Cerón Maldonado,¹ Adolfo Martínez Tovar,¹ Christian Omar Ramos Peñafiel,¹ Laila Gutiérrez Kobeh,² María Isabel Soto Cruz,³ Iveth Mendoza Salas,¹ Anel Irais García Laguna,¹ Adrián De la Cruz Rosas,¹ Efree Horacio Montaña Figueroa,¹ Juan Collazo Jaloma,¹ Emma Mendoza García,¹ Juan José Navarrete Pérez,¹ Irma Olarte Carrillo¹

¹ Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

² Facultad de Medicina UNAM

³ Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Introducción: Las células tumorales circulantes (CTCs) son células liberadas de tumores primarios o secundarios al torrente sanguíneo, capaces de generar metástasis, peor criterio pronóstico en cáncer. Su detección se fundamenta en la identificación de marcadores epiteliales (CK19) y genes específicos de tumor (TWIST1, hTERT, MAGE-A3 entre otros), su presencia está asociada con baja supervivencia global (SG) y libre de eventos (SLE) en diversos tipos de cáncer como el colorectal, mama, próstata, entre otros. Sin embargo, en linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), neoplasia onco-hematológica más frecuente en adultos, no se han estudiado a fondo y por tanto se desconoce su impacto clínico-pronóstico en esta patología caracterizada por su alta tasa de diseminación.

Objetivos: Realizar un análisis de supervivencia de los pacientes con LDCBG en relación a la expresión de los genes CK19, TWIST1, hTERT y MAGE-A3 implicados en la detección de CTCs, para establecer

su impacto en el comportamiento clínico.

Materiales y métodos: Se determinaron los niveles de expresión de los genes involucrados en la detección de CTCs (CK19, TWIST1, hTERT y MAGE-A3) en pacientes con LDCGB de novo, aislando células mononucleares de sangre periférica para extracción de RNA, síntesis de cDNA y cuantificación relativa de los biomarcadores mediante RT-qPCR, usando el método de $2^{-\Delta\Delta CT}$. Las curvas de SG y SLE se realizaron en el programa IBM Statics SPSS 23.

Resultados: Se encontró sobreexpresión del marcador epitelial CK19 en 20% (11/60), de los genes específicos de tumor TWIST1 en 28% (17/60) y hTERT y MAGE-A3 en 3% (2) de la población. Posterior al tratamiento 14 pacientes tuvieron eventos adversos asociados a la patología (recaída o muerte), de los cuales 2 presentaron expresión de TWIST1, 1 de MAGE-A3, 1 de CK19 y TWIST1, 1 de CK19 y hTERT y 1 más TWIST1 y hTERT. En un seguimiento a 29 meses la SG fue de 76.7%; la SLE media de pacientes sin expresión de genes específicos de tumor fue de 24.3 meses, mientras que con dos genes específicos de tumor la sobrevida fue de 5.8 meses ($p < 0.05$).

Conclusiones: Se corroboró la presencia de CTCs en LDCBG mediante la detección del marcador epitelial CK19 y de los genes específicos de tumor TWIST1, hTERT, MAGE-A3. Se determinó que la expresión de hTERT y el número de genes específicos de tumor impacta directamente en la sobrevida de los pacientes. Este trabajo fue apoyado por la Dirección de Investigación del Hospital General de México con los números de registro DIC/08/204/04/017, D I C / 1 6 / 1 0 3 / 3 / 0 3 5 , DI/19/103/03/006.

LIN0029-TL: Evaluación del conocimiento y percepción del uso de medicamentos biocomparables entre especialistas en hematología y en otras áreas de ciencias de la salud

Daniela Betzabé García Aquino

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Tecsalud

Introducción: En años recientes, las nuevas terapias farmacológicas basadas en proteínas recombinantes se han integrado gradualmente al arsenal terapéutico de nuestro país. Los medicamentos biocomparables pretenden brindar a los pacientes tratamientos innovadores con eficacia y seguridad equiparable a los medicamentos biotecnológicos de patente, como el biocomparable rituximab para el tratamiento de linfoma no Hodgkin. Sin embargo, debido a su reciente incorporación al arsenal, los conocimientos que tienen algunos médicos especialistas acerca de estas terapias son imprecisos. Esto puede influir sobre la efectividad del tratamiento en los pacientes a través del efecto nocebo; descrito como un fenómeno neurobiológico que impacta la eficacia de los tratamientos a través de la percepción del médico sobre el paciente.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de conocimiento y percepción entre especialistas en Hematología comparado con otros profesionales de las áreas de ciencias de la salud respecto de los medicamentos biocomparables en diferentes estados de la República Mexicana.

Materiales y métodos: El estudio se realizó mediante la aplicación de una encuesta en formato electrónico, difundida a través de correo electrónico por la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología y por redes sociales a otros médicos especialistas. Esta

encuesta valoró las diferencias en el conocimiento respecto a cinco áreas fundamentales en la elección de medicamentos biocomparables: eficacia, conocimiento, seguridad, calidad, costo y percepción; además de valorar el impacto que tiene la percepción del médico en la adherencia terapéutica del paciente.

Resultados: Los resultados obtenidos fueron analizados mediante análisis descriptivo, así como análisis de frecuencias respecto del conocimiento en las áreas planteadas previamente. Al momento 94 personas han aceptado participar en la encuesta, siendo los hematólogos (21.8%) los de mayor aporte seguido de los ginecólogos (13.8%). En los resultados no hubo consenso sobre si los medicamentos biotecnológicos de patente tendrían mayor eficacia clínica que su contraparte biocomparable, lo que demuestra una necesidad de mayor conocimiento respecto a estas terapias. Para los hematólogos, se observó que 38% cuentan con un nivel de conocimiento ligeramente superior al de las demás especialidades; sin embargo, la información que tienen sobre la eficacia, seguridad y calidad sobre medicamentos biocomparables no es tan precisa.

Conclusiones: Finalmente, a través del estudio se determinó un análisis de la situación que existe sobre el tema. Consideramos que es necesario aumentar el conocimiento al respecto, ya que al ser terapias que se están incorporando al arsenal terapéutico a nivel mundial, estarán disponibles pronto en nuestra población.

LIN0030-CC: Linfohistiocitosis hemofagocítica como presentación de linfoma de Hodgkin, variedad celularidad mixta, presentación de un caso

Bogar Pineda Terreros, Esperanza Barrera Chairez, Ana Lucía Ron Magaña, María de la Luz Machuca

Rincón, Lorena Alejandra Cervantes Pérez, Ulises Guadalupe Martínez Lerma, Norma Hilda Chamorro Morales, Laura Olivia Villalobos De La Mora, Jesús Alejandro Gutiérrez Ortiz, Brian Guzmán Beltrán, César Martínez Ayón O.PD. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico y evolución clínica de una paciente con una presentación infrecuente de Linfoma de Hodgkin, con linfocitosis hemofagocítica como fenómeno paraneoplásico.

Antecedentes: La linfocitosis hemofagocítica es un trastorno caracterizado por actividad incrementada pero inefectiva del sistema inmunológico, con hipercitocinemia, alteración en la función de linfocitos T y NK y proliferación de macrófagos benignos responsables de una fagocitosis extensa de células hematopoyéticas. La causa neoplásica secundaria más común de linfocitosis hemofagocítica son las neoplasias hematológicas, sin embargo, es poco común en Linfoma de Hodgkin, representando solo el 5.8% de los casos. Para su diagnóstico se requieren al menos 5 de las siguientes manifestaciones: fiebre, esplenomegalia, hipertriglicéridemia o hipofibrinogenemia, evidencia de hemofagocitosis en tejidos hematolinfoides, hiperferritinemia, disminución de función de células NK y niveles incrementados de CD25 soluble.

Caso clínico: Paciente femenino de 30 años, con cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por disnea de intensidad progresiva y fiebre de un mes de evolución, además de pérdida de peso de 10 kilogramos en ese periodo de tiempo (con peso basal de 52 kg). En la valoración clínica inicial presentaba palidez y adenopatías

en cadena cervical izquierda. Por laboratorio se identificó pancitopenia, con hemoglobina de 7.6 g/dL, índice de producción reticulocitaria de 0.1%, plaquetas $13.0 \times 10^9/L$, leucocitos de $2.04 \times 10^9/L$, neutrófilos $1.3 \times 10^9/L$, linfocitos $0.94 \times 10^9/L$, hemoglobina 7.6 g/dL; resto de estudios con DHL 807 (N: 207 - 414), triglicéridos de 291 mg/dL, ferritina sérica de 7256. Líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. TAC corporal con múltiples adenopatías de aspecto infiltrativo en cadena cervical izquierda y a nivel mediastinal. En estudio histopatológico de ganglio linfático cervical con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico, variedad celularidad mixta, CD30 y Virus de Epstein Barr (VEB) (LMP-1) positivo en células neoplásicas, CD30 positivo en células neoplásicas, CD163 positivo mayor al 25% en histiocitos. Aspirado de médula ósea con hiperplasia monocítica y reticulohistiocitaria con hemofagocitosis. PCR para VEB positivo con carga viral de 637 copias/mL. Su estadio al diagnóstico fue II B. Se inició manejo con quimioterapia con BEACOPP escalonado. Tras dos ciclos de quimioterapia, presentó remisión de adenopatías y recuperación de citopenias.

Conclusiones: La linfocitosis hemofagocítica es un fenómeno clínico poco frecuente, que debe sospecharse en pacientes con

diagnóstico de neoplasias hematológicas cuando éstos cursan con citopenias en al menos dos líneas celulares y evidencia histopatológica de hemofagocitosis. Al tratarse de una causa secundaria, el tratamiento es el de la neoplasia subyacente.

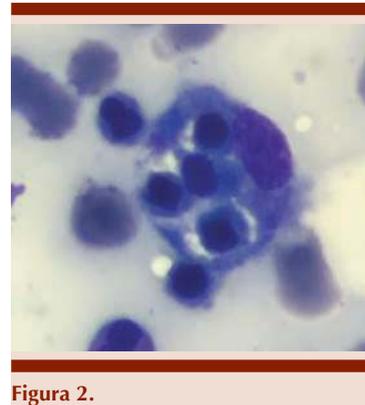


Figura 2.

LIN0032-CC: Dosis bajas de ibrutinib más inhibidor CYP3a4 en linfoma de células del manto refractario

Manuel Odín De la Mora Estrada, Humberto Baldemar Castellanos Sinco, Christian Omar Ramos Peñañiel, Juan Francisco Zazueta Pozos, Gilberto Israel Barranco Lampón, Luis Fernando Rivas, María Guadalupe León González Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Objetivos: Evaluar la respuesta de ibrutinib a dosis bajas en combinación con un inhibido CYP3a4 y dosis bajas de citarabina como esquema de autopago en el manejo de Linfoma de células del manto en recaída.

Antecedentes: La supervivencia de linfoma de células del manto en recaída tratado con quimioterapia estándar tiene una mediana menor a 2 años. Ibrutinib, inhibidos de tirosina cinasa de Bruton ha mostrado su eficacia tanto en primera línea



Figura 1.

como en recaída a dosis de 560 mg/día. Su costo mensual asciende a 120,000 pesos por mes y no tiene acceso a instituciones públicas. Por PK se pueden alcanzar niveles terapéuticos de la droga a dosis mucho menores si se combina con un inhibido de CYP3a4.

Caso clínico: Masculino de 64 años, ingeniero jubilado acude en mayo de 2016 a consulta por pérdida de peso de 15 kg, dolor abdominal y meteorismo. Se diagnóstica Linfoma de células del manto ECIV por infiltración a tubo digestivo corroborado por biopsia endoscópica. TAC con múltiples adenomegalias retroperitoneales. Recibe tratamiento con 8 ciclos de R CHOP mostrando respuesta parcial en diciembre de 2016 con recuperación de 10kg de peso. En febrero de 2017 progresa con pérdida adicional de peso, recibe 4 ciclos más de R CHOP sin respuesta. Septiembre 2017 es referido a CMN SXXI donde se ofrece clorambicil prednisona por no ser candidato a trasplante. Noviembre 2017 Acude a consulta de segunda opinión en progresión con un peso de 59 kg Hb 12.3 Hto 40% plaquetas 576 000 leucocitos 24 800 10³/uL neutrófilos 9 180 10³/uL, linfocitos 13 970 10³/uL Se propone esquema de Ibrutinib 140 mg diarios, Fluoxetina como inhibidor CYP3a4 y 20 mg de citarabina subcutánea por 10 días cada mes, con un desembolso mensual de 30 000 pesos. Febrero de 2019: Peso 65 kg. BH: Hb 13.6 g/dl Hto 41% plaquetas 225,000. Leucocitos 14,900 neutrófilos 8,280 linfocitos 5,600 El paciente continua en tratamiento con respuesta parcial con leucocitosis, asintomático.

Conclusiones: 140 mg diarios de ibrutinib en combinación con Fluoxetina y dosis bajas de citarabina ha mostrado eficacia y baja toxicidad en el tratamiento LCM refractario en este caso con respuesta clínica a más de 1 año de su

recaída y a un costo accesible para pacientes de ingreso económico medio-alto. El beneficio de este esquema deberá demostrarse en un estudio aleatorizado.

LIN0033-CC: Esclerodermia sistémica progresiva limitada secundaria a bleomicina, no todo es toxicidad pulmonar

Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Eunice Rojas Zaldívar, Bosco Martín McNally Guillen, Ricardo Alberto Venegas Yáñez, Ma. Teresa de Jesús Vega González, Silvia Rivas Vera
Instituto Nacional de Cancerología

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con Linfoma de Hodgkin con esclerodermia sistémica progresiva limitada secundaria a bleomicina, un efecto secundario poco conocido y de difícil diagnóstico.

Antecedentes: Dentro del espectro de toxicidad por bleomicina destacan: neumonía intersticial, fibrosis pulmonar, hiperpigmentación mucocutánea, eritema flagelado, fenómeno de Raynaud, alopecia y afección ungueal. La esclerodermia es un efecto poco descrito. Se han reportado aumento de la matriz extracelular e infiltración inflamatoria en ratones que recibieron bleomicina subcutánea, lo que sugiere que la patogenia de esta complicación es mediada por inflamación y citocinas fibrogénicas.

Caso clínico: Masculino de 61 años con diagnóstico de linfoma de Hodgkin, celularidad mixta EC: IVb (fémur), IPS de alto riesgo. Recibió 6 ciclos de ABVD, con respuesta completa. A partir del ciclo IIIb inició con disestesias y dolor en manos y pies, se sospechó neuropatía periférica y recibió pregabalina sin mejoría. Posteriormente presentó incremento de volumen de manos y pies y endurecimiento de piel que dificultaban la realización de actividades diarias (ej. escribir, alimentarse).

Valorado por neurología, se ajustó tratamiento sin mejoría. Por las afecciones cutáneas, dermatología realizó biopsia de piel que reportó esclerosis sistémica progresiva por lo que se solicitó determinación de anticuerpos anticentrómero que fueron positivos. Reumatología confirmó el diagnóstico e inició tratamiento con micofenolato de mofetilo. Se descartó compromiso pulmonar y digestivo. Actualmente con mejoría de la afección cutánea y en vigilancia semestral de su linfoma.

Conclusiones: La toxicidad habitual del ABVD reconocida por el hematólogo corresponde a la pulmonar por bleomicina y neuropatía periférica por vinblastina, sin embargo, debemos reconocer y pensar en otro tipo de toxicidad, por ejemplo, la esclerodermia sistémica progresiva secundaria a este fármaco, la cual debe sospecharse en pacientes con neuropatía periférica de evolución tórpida, progresiva y sin respuesta a tratamiento estándar. La biopsia y la determinación de anticuerpos anticentrómero ayudan a establecer el diagnóstico. Tratada tempranamente pueden disminuir el compromiso en la calidad de vida del paciente y las posibles secuelas.



Figura 1.

LIN0034-CC: Infiltración sincrónica en médula ósea por leucemia linfocítica crónica (CD5+, CD23+, LEF1+) y linfoma difuso de células grandes B de origen centro germinal con inmunofenotipo doble expresor (MYC+, BCL2+), en relación a un síndrome de Richter

Verónica Bravo Villa, Emmanuel Almanza Huante, Hannali Quintero Buenrostro, María del Carmen Amanda Lome Maldonado, Judith Cruz Velazquez, Arely Eunice Hernández Alcántara, Armando Juárez Nicolás, Ana Florencia Ramírez Ibgüen

Instituto Nacional de Cancerología

Objetivos: Presentación de un caso con infiltración sincrónica por leucemia linfocítica crónica y linfoma de células grandes B.

Antecedentes: El síndrome de Richter se define como la transformación clonal de un linfoma de bajo grado a un linfoma de alto grado, se presenta entre el 2 al 7% de los casos de leucemia linfocítica crónica (LLC). Su presentación más común es un linfoma difuso de células grandes B, generalmente de origen no centro germinal.

Caso clínico: Masculino de 56 años, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con síntomas B y distensión abdominal seguido de hemorragia de tubo digestivo alto y falla renal aguda. Ingresó con síndrome de vena cava superior, linfocitosis de 104.2 miles/mm³. La tomografía axial con múltiples conglomerados ganglionares supra e infradiaphragmáticos, con carcinomatosis peritoneal, que correlaciona con el PET-CT, con áreas de máxima captación con SUVmax de 9.76. El estudio histopatológico de médula ósea infiltración difusa por leucemia linfocítica crónica / linfoma de linfocitos pequeños (60%) y por linfoma difuso de células grandes B (40%) con CD20+,

CD5+, LEF1+ en células grandes y CD23+, CD5+ en células neoplásicas pequeñas, correspondiendo a la transformación de linfoma de bajo grado a uno de alto grado inmunofenotípicamente relacionados. La citometría de flujo en sangre periférica reporta células B maduras CD19, CD5, CD200 y CD23 positivos. Por FISH con presencia de trisomía del 12, amp IGH, amp MYC y amp TP53. Se consideró una enfermedad de alto riesgo por score de Tsimberidou. Inició quimioterapia con RCHOP, desarrolló síndrome de lisis tumoral y se manejó con terapia de reemplazo renal. Presentó choque séptico refractario y falleció.

Conclusiones: Nuestro paciente presentó un síndrome de Richter de novo, ya que no contaba con el diagnóstico previo de LLC, sin embargo, el paciente podría haber sido portador de la enfermedad de una manera asintomática. En conjunto con la inmunohistoquímica con LEF1 +, CMYC +, P53 +, CD5+ y CD23 +, la citogenética y la citometría de flujo, se concluye un evento de transformación con manifestación sincrónica en médula ósea. Las alteraciones en TP53 son un marcador pronóstico de la LLC, se asocia con mayor frecuencia al estado no mutado del IGVH, con un cuadro clínico mucho más agresivo.

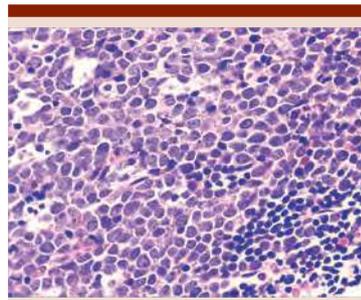


Figura 1.

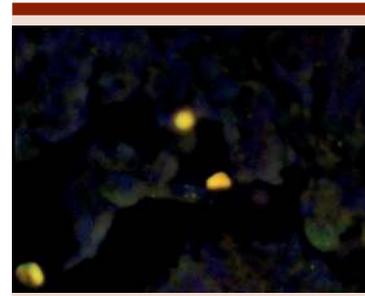


Figura 2.

LIN0035-CC: Linfoma no Hodgkin difuso de celulas B primario de bazo. Presentación de un caso

Christian Quirino Márquez, José Alfredo Carrizales Villarreal, Diego Cruz Contreras, Alba Nydia Ramírez López, Ricardo Ríos Rodelo, Isabel Anahí Borjon Cabada
 Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25

Objetivos: Reporte de un caso clínico poco frecuente como lo es el linfoma esplénico primario.

Antecedentes: El linfoma primario de bazo es una patología infrecuente y se define como proceso linfomatoso que afecta únicamente al bazo. Presenta incidencia de <1%; sin embargo, la afección esplénica en el linfoma no Hodgkin es de 50 a 60%. Edad media de presentación es de 48 años, más frecuente en mujeres, 4:1. Generalmente representa un linfoma no Hodgkin de origen de células B. El diagnóstico incluye la exclusión de las causas infecciosas, hepáticas, hemolíticas y autoinmunes de la esplenomegalia, siendo útiles el ultrasonido y la tomografía.

Caso clínico: Femenina de 69 años de edad, ingresa en septiembre 2018 a cargo del servicio de hematología en UMAE No. 25, Monterrey, NL, sin antecedentes patológicos de importancia, iniciando su padecimiento actual en febrero 2018 con dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, progresivo, punzante,

intensidad 9/10 EVA, con irradiación hacia región escapular ipsilateral, negándose náuseas, vómito, manejándose con analgésicos con mejoría parcial. En Agosto 2018 cursa con exacerbación del mismo, agregándose plenitud postprandial inmediata. Al interrogatorio directo refiere fiebre y diaforesis nocturnas y pérdida ponderal de 15 kg en 7 meses. Al examen físico con esplenomegalia de 4 cm por debajo del reborde costal izquierdo. No se palpan adenopatías en otros sitios. Se realiza ultrasonografía abdominal demostrándose bazo de 16.1 cm con una imagen redondeada, bordes lobulados, bien definidos, 10x10 cm de diámetro, sin vascularidad. Se realiza tomografía computada de abdomen reportando esplenomegalia de 16 cm a expensas de una masa en su interior, multilobulada, definida, ocupando más del 50% del parénquima esplénico, de 10.8x12.0x10.0 cm. Sin adenopatía regional. Se realiza esplenectomía convencional obteniéndose bazo de 900 gramos, 19x13.5x10 cm con bordes irregulares. El análisis histopatológico de tumoración esplénica de 14.3x13.2x10 cm que ocupa el 80% del parénquima esplénico reporta Linfoma No Hodgkin difuso de células B, con hiperplasia sinusoidal. Con inmunohistoquímica CD20++++. Paciente recibió manejo con quimioterapia a base de ciclos de esquema R-CHOP, sin complicaciones.

Conclusiones: El linfoma primario de bazo es una entidad poco frecuente, representando su diagnóstico un desafío para los médicos, debido a la baja incidencia aunado a la clínica inespecífica de presentación, debiéndose tener alta sospecha de la patología para llegar a su diagnóstico, siendo los estudios de imagen (USG y TAC) una herramienta muy útil e importante en el protocolo de estudio. El manejo de elección la esplenectomía con fines diagnósticos y terapéuticos.



Figura 1.



Figura 2.

LIN0036-CC: Linfoma tipo MALT en órbita, reporte de un caso y revisión de la literatura

Abigail Bautista Jiménez, Eleazar Hernández Ruiz, José Ángel Escamilla Ramírez, Lucero Jasmín Rodríguez Velásquez, Fabián Tafoya Ramírez, Gabriel Barragán Ibañez
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Objetivos: Presentación de un caso de linfoma tipo MALT en órbita.

Antecedentes: Los linfomas orbitarios representan el 1% de los LNH, siendo el tipo MALT el más frecuente. Se distinguen 2 sitios de presentación: intraocular, frecuente en pacientes inmunosuprimidos o en los anexos como conjuntiva, párpados, glándula lagrimal y órbita. La localización más común es en la órbita supero-anterior y ser bilateral

en 17% de los casos. El 35% de los linfomas orbitarios se relacionan con LNH sistémicos. El tratamiento con radioterapia tiene resultados muy efectivos en el control local del tumor y la quimioterapia es una alternativa en etapas II, III y IV.

Caso clínico: Masculino de 62 años, con hipertensión arterial sistémica, inicia su padecimiento en noviembre del 2017 con hiperemia conjuntival bilateral, epifora y edema palpebral, libre evolución hasta julio 2018, se agregó ptosis palpebral derecha, dolor ocular ipsilateral, con exacerbación de los signos. En enero 2019 con leucocitos 4900/mm³, neutrófilos 1370/mm³, Hb 15.1 g/dl, plaquetas 373 000/mm³, DHL 198 U/L, a la exploración con AV en OD solo CD a 30 cm, OI 20/400 con limitación completa en todos los movimientos oculares de ojo derecho, en FO OD con infiltración a pared de globo ocular con efecto de masa en sector temporal que ocupa 1/3 de cavidad vítrea. Por hallazgos de tumoración de glándula lagrimal derecha, con involucro de musculo recto lateral y superior en RMN (Figura 1) se realizó biopsia, con reporte de linfoma no Hodgkin de la zona marginal tipo MALT de alto grado, IHQ con expresión CD20 +++, CD10++, Bcl2++, CD23+-, CD43+,, Ki-67:30 % (Figura 2). El aspirado de médula ósea no mostró infiltración, se administró quimioterapia intratecal con LCR que descartó infiltración a sistema nervioso central. Se dio quimioterapia esquema CHOP y doxiciclina 100 mg via oral cada 12 horas. Con reducción de la actividad tumoral, actualmente con quimioterapia.

Conclusiones: De los linfomas de órbita el subtipo más común es el linfoma de zona marginal (MALT), reportado en un 50%, se caracterizan por ser asintomático, permaneciendo varios años como enfermedad local. Se presenta

como una masa orbitaria con ptosis, inyección conjuntival y limitación del movimiento del globo ocular, dependiendo si existe afección de los músculos. El diagnóstico es histopatológico; En fase IE la radioterapia localizada es aceptada como tratamiento de elección y la quimioterapia una alternativa en etapas avanzadas. Es de vital importancia un diagnóstico temprano para darle tratamiento oportuno y así prevenir complicaciones.

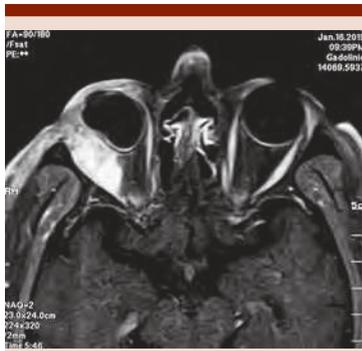


Figura 1.

LIN0037-CC: Reporte de caso micosis fungoide, reto diagnóstico para el hematólogo

Leidy Johanna Herrera Rodríguez,¹ Sandra Yadira Arana González,¹ Benjamín Rubio Jurado,¹ Miguel José García Ramírez,² Esneider Galindo Rodríguez³

¹ UMAE Centro Médico Nacional de Occidente

² Fundación Universitaria Navarra

³ Universidad Surcolombiana

Objetivos: Identificar los linfomas cutáneos como un reto en la vida diaria del hematólogo en conjunto con el dermatólogo. Conocer las principales características clínicas de esta patología en la práctica clínica diaria. Determinar el tratamiento correcto de cada paciente de forma individualizada.

Antecedentes: El linfoma cutáneo primario de células T se refiere a linfomas que se presentan únicamente en la piel, sin evidencia de enfermedad extracutánea al momento del diagnóstico. Después del sistema

digestivo, la piel es el segundo sitio más común de presentación del linfoma extranodal no Hodgkin, en un 18%. La micosis fungoide (MF) y sus variantes predominan en aproximadamente 75-80% de los casos.

Caso clínico: Hombre de 50 años de edad originario y residente de la zona urbana de Guadalajara, ocupación obrero, sin antecedentes personales patológicos de importancia, que inicia en 2011 con lesiones eritematosas en abdomen, posteriormente se diseminan a tórax y extremidades inferiores, por lo que consulta en múltiples oportunidades con dermatología quien inicia tratamiento para dermatitis sin presentar mejoría, por lo que se realizan biopsias en 2011 encontrando solo infiltración de células inflamatorias no especificada, por lo que realizan nueva biopsia en 2013 con reporte no específico de patología de probable linfoma cutáneo iniciando por dermatólogo tratamiento con metotrexato con mayor aumento de crecimiento de

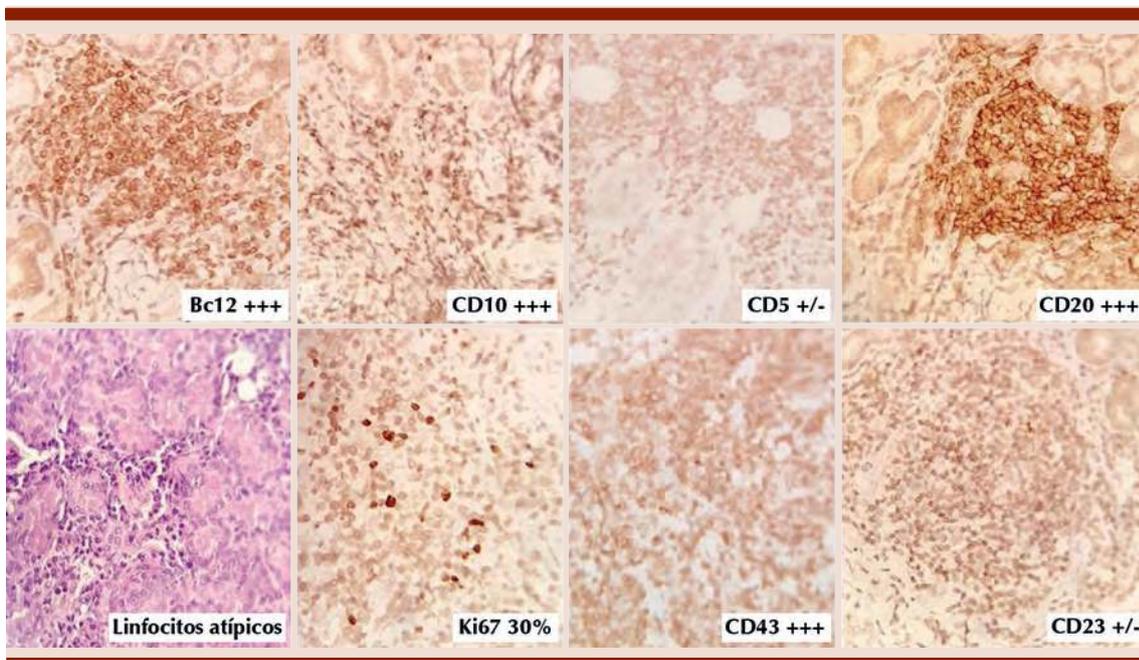


Figura 2.

lesiones cutáneas, por lo que se decide realizar nueva biopsia en 2018 que reporta acantosis irregular e hiperplasia proriasisiforme, con patrón liquenoide. Epidermis muestra estrato corneo con hiperqueratosis ortoqueratósica. Inmunohistoquímica con CD3 positivo en linfocitos de dermis y epidermis, CD8 positivo en escasos linfocitos de la dermis y epidermis, CD4 positivo en la mayor parte de linfocitos de dermis y epidermis CD30 negativo. Con reporte de patología se da el diagnóstico de Micosis Fungoide con EC IB. Se realiza tomografía de 4 regiones con reporte de 3 ganglios de aspecto inflamatorio a nivel cervical IB, IIA, y IIB bilaterales de menos de 10 mm, en tórax ganglio cervical parcialmente calcificado parahilar izquierdo y en mesenterio 4 imágenes calcificadas. Reporte de aspirado y biopsia de médula ósea negativo para infiltrado de células neoplásicas. Se inicia tratamiento con Doxorubicina liposomal, actualmente en segundo ciclo en mes de febrero, presentando disminución de tamaño de lesiones cutáneas.

Conclusiones: La micosis fungoide es el subtipo más común linfomas T cutáneos. Es una entidad crónica, indolente, que inicia con la formación de manchas y placas que evolucionan lentamente la cual resulta un reto diagnóstico, así como terapéutico para el hematólogo actualmente.

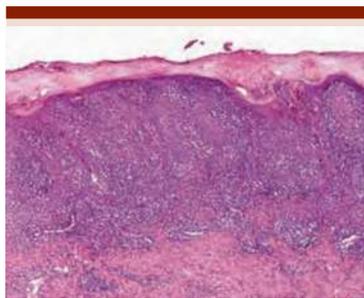


Figura 1.

LIN0038-CC: Micosis fungoides variante granulomatosa y transformación a linfoma T periférico con infiltración al macizo facial

Álvaro Hernández Caballero,¹ Ana María de la Luz Cano León,² Laura Nayeli Tecayehuatl Negrete,¹ Jorge Vela Ojeda¹

¹ Servicio de Hematología Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza

² Hospital General de Zona No. 8, IMSS

Objetivos: Compartir la evolución poco habitual de un paciente con una variante rara de la micosis fungoides, resaltando una combinación de tratamiento exitosa.

Antecedentes: La variante granulomatosa de micosis fungoides (MF) es rara y tiene un peor pronóstico sobre otras variantes. Existen muy pocos casos publicados acerca de su evolución y en algunos se menciona su transformación a linfoma de células grandes T, sin conocer mucho acerca de la respuesta al tratamiento.

Caso clínico: Masculino de 57 años de edad. Diagnóstico de Micosis Fungoide (MF) granulomatosa EC IA, en fase de placa en septiembre de 2014. La biopsia de piel reportó un infiltrado granulomatoso profundo, células plasmáticas, sin necrosis, Ziehl-Neelsen o Fitefaraco negativas, con espongiosis moderada, inmunohistoquímica: CD20-, CD3+, CD4+ 70%, CD8+ 30% (CD4/CD8 2.3), CD7 positivo focal, CD30-, Ki67 5%. Recibió Interferón pegilado por 2 meses continuando con CEOP x 4 + Baño de Electrones. Alcanzó remisión completa en septiembre de 2015. En enero 2017 presentó dermatosis diseminada en tórax anterior-posterior, abdomen y extremidades con áreas de poiquilodermia, eritema y algunas placas con eritema violáceas de bordes irregulares bien

definidos. Resultado de biopsia Linfoma cutáneo de células T tipo micosis fungoide en fase de placa con inmunohistoquímica CD3+, CD4+ 60%, CD8+ 40% ,CD7-, CD30-, Ki67 15%; se otorgó manejo con esteroides tópicos. Un año después acudió por un tumor voluminoso en el macizo facial con extensión al piso de órbita, hueso del etmoides, cavidad nasal, paladar blando y cavidad oral sin datos de infiltración a SNC. La biopsia del tumor reportó un LNH de células T periférico CD3 reactivo, CD4+, CD8-, CD10-, CD20-, CD30+, CD45+, CD56-, CD79A-, PAX5-, MPO-, BCL2+(focal), BCL6-, PD1+(focal), ALK1-, MUM1+, HMB45+, Proteína S-100 negativo, Ki67 80%. Recibió quimioterapia MINE + L asparginasa por 4 ciclos en combinación con radioterapia 36 Gy en 20 Fx, con profilaxis a SNC por punción lumbar. El paciente se encuentra en remisión completa de la tumoración y las lesiones cutáneas al momento de la publicación.

Conclusiones: En este caso llama la atención la presencia de lesiones granulomatosas negativas



Figura 1.

para tinciones de Lepra, con una relación limítrofe para monoclonalidad de CD4/CD8. La clínica y evolución del paciente orientaron al diagnóstico, así como la respuesta al tratamiento. De forma poco habitual, progresó a una tumorción facial. La combinación de quimioterapia independiente de la glucoproteína P con L-asparaginasa es una buena opción de tratamiento para linfomas T periféricos con comportamiento agresivo.



Figura 2.

LIN0039-TL: Linfoma de Hodgkin en pediatría, experiencia de un hospital universitario

Isidro Caballero Trejo, José Eduardo Mares Gil, Emma Lizeth Estrada Rivera, Edith de María Blasquéz Azúa, Daniel Alejandro García Viera, Julia Esther Colunga Pedraza, Daniel Gómez González, Yahaira Valentine Jiménez Antolinez, María del Consuelo Mancías Guerra, Oscar González Llano

Hematología Pediátrica del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El linfoma de Hodgkin (LH) es una de las neoplasias

más frecuentes en niños, representa el 6% de todos los casos en niños y tiene una tasa de curación cercana al 90%. Es más frecuente en adolescentes que en menores de 15 años, es más común en varones en la niñez y en mujeres durante la adolescencia.

Objetivos: Describir la experiencia de nuestro centro en LH en menores de 16 años.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó pacientes con LH menores de 16 años desde enero del 2017 atendidos en Hematología Pediátrica del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se obtuvieron del expediente los siguientes datos: fecha de diagnóstico, estadio, categoría de riesgo, y respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con una mediana de edad de 12.5 años (6-16), 7 masculinos y 3 femeninos. El estadio más frecuente al diagnóstico fue IV en el 50% seguido del III presente en el 40% y el estadio I en un 10%, los síntomas B estuvieron presentes en 7 pacientes. De acuerdo a la estratificación de riesgo del Hospital San Judas, nueve de los diez fueron de riesgo alto. El tratamiento inicial en todos los casos fue ABVD, dos pacientes no obtuvieron una respuesta satisfactoria por lo que recibieron cuatro ciclos de CGEV (ciclofosfamida, etopósido, gemcitabina, vinorelbina) como segunda línea, logrando respuesta parcial en ambos casos. Los dos recibieron después cuatro ciclos de nivolumab. Uno se consolidó con TCH autólogo y el segundo se encuentra en espera de evaluación radiológica. Actualmente, nueve de los diez se encuentran en remisión.

Conclusiones: Encontramos como dato más importante el alto porcentaje de pacientes con estadios avanzados y por lo tanto con una categoría de riesgo alto que conlleva

un pronóstico menos favorable, situación muy común en nuestro país. Observamos una buena respuesta al tratamiento inicial.

LIN0040-CC: Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B con infiltración al cérvix, presentación poco habitual

Álvaro Hernández Caballero, Ana María de la Luz Cano León, Jorge Vela Ojeda

Servicio de Hematología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza

Objetivos: Compartir un caso clínico que muestra un sitio de infiltración poco habitual del linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B (LNHDCCGB)

Antecedentes: El involucro del cérvix y vagina por una neoplasia orienta en su mayoría a cáncer cérvico-uterino. El linfoma no Hodgkin (LNH) tiene afección extranodal en un 30% de los casos, la histología más frecuente es el LNHDCCGB y los sitios más comunes son gastrointestinal, piel y sistema nervioso central. Los linfomas representan < 0.5% del cáncer ginecológico y la afección extranodal del tracto genital femenino por LNH es de 1.5%. El LNH en el cérvix se presenta con sangrado vaginal, dolor perineal y persistencia de descarga vaginal. El tratamiento estándar permite tasas de respuesta similares a las presentaciones nodales. En algunos casos se ha usado combinación de ciclos cortos quimioterapia (3 ciclos de CHOP-R) con radioterapia; la elección del tratamiento siempre deberá de ser individualizada.

Caso clínico: Femenino de 42 años. Inició en febrero de 2014 con sangrado uterino anormal que requirió un legrado uterino. El histopatológico del legrado reportó un LNHDCCGB y pólipo endocervical de tipo glandular con inflamación crónica. La paciente optó por

medicina alternativa. Se presentó nuevamente en octubre 2016 con sangrado uterino, la exploración encontró útero de 16 cm y paredes vaginales induradas; la colposcopia mostró al cérvix con labio posterior hipertrófico sin lesiones macroscópicas aparentes y vagina con acetorreactividad positiva difusa y densa. La tomografía contrastada mostró hidronefrosis bilateral, útero aumentado de tamaño de bordes mal delimitados, adenomegalias en cadenas ilíacas, vejiga con mucosa engrosada y adenomegalias inguinales bilaterales de 40 mm, de aspecto linfoproliferativo. Se tomó nueva biopsia de cérvix con reporte de LNH DCG CD20+, se estadificó como IIBE (ganglios inguinales, cadenas ilíacas y cérvix), IPI riesgo bueno. Se inició quimioterapia CEOP-R, después del 3er ciclo sin datos de actividad tumoral por imagen. Completó 6 ciclos de tratamiento y al término se realizó biopsia de cérvix negativa para células malignas. La paciente tuvo pérdida transitoria de la función renal por obstrucción ureteral que se resolvió íntegramente.

Conclusiones: En la práctica clínica habitual no deja de sorprender la diversidad en la presentación de una misma patología. El diagnóstico y tratamiento oportuno disminuye

complicaciones y mejora la posibilidad de respuesta a tratamiento. Este caso resalta la respuesta adecuada del tratamiento convencional en formas infrecuentes de presentación de los linfomas.

LIN0041-CC: Linfoma no Hodgkin de células T periférico no especificado con infiltración cutánea, una patología infrecuente de difícil diagnóstico

Álvaro Hernández Caballero, Laura Nayeli Tecayehuatl Negrete, Ana María de la Luz Cano León, Jorge Vela Ojeda

Servicio de Hematología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza

Objetivos: Presentar el caso de un reto diagnóstico, un linfoma T cutáneo no perteneciente a alguno de los tipos bien definidos por la clasificación de la OMS 2016.

Antecedentes: El linfoma cutáneo de células T periférico no especificado representa un grupo heterogéneo de linfomas cutáneos de células T que no encaja en ninguno de los subtipos bien definidos, es por lo tanto un diagnóstico de exclusión. Por lo general, estos linfomas presentan un curso desfavorable, con un pronóstico muy pobre a pesar del tratamiento.

Caso clínico: Femenino de 57 años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento de un año de evolución caracterizado por lesiones dérmicas que iniciaron como máculas pruriginosas a nivel de hombros, con posterior diseminación a nivel de tronco posterior y glúteo izquierdo, con periodos de exacerbación y remisión. Evoluciona presentando lesiones tumorales a nivel de costado y hombro izquierdos. Se realizó biopsia de piel con revisión por distintos dermatopatólogos con reporte final de Linfoma de células T con IHQ: CD3, CD7, TIA-1, CD4, CD8, Granzima B positivos;

los marcadores CD20, CD30, EMA y CD56 fueron negativos. Se concluyó un Linfoma cutáneo primario periférico de células T no especificado. Inició tratamiento con CHOEP, recibiendo 6 ciclos con buena respuesta terapéutica, tuvo remisión de las lesiones tumorales permaneciendo con máculas hipocrómicas en región dorsal, hombro y brazo izquierdos. El servicio de Radio-Oncología le ha considerado candidata a consolidación con radioterapia superficial con electrones. Por la evolución se ha inscrito a protocolo de trasplante de células troncales hematopoyéticas (TCPH) en variedad autóloga.

Conclusiones: Ante la rareza de este tipo de linfoma se requiere de una revisión exhaustiva del material histopatológico. A pesar de no existir un consenso de tratamiento, la poliquimioterapia con esquemas para linfomas T agresivos o basados en gemcitabine, así como la radioterapia y el TCPH forman parte del tratamiento.



Figura 1.



Figura 1.



Figura 2.

LIN0042-CC: Adenocarcinoma de colon metacrónico a un linfoma de Hodgkin, importancia del juicio clínico en la interpretación de la PET-CT y su confirmación histológica

Alvaro Hernández Caballero, Jorge Vela Ojeda

Servicio de Hematología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza

Objetivos: Resaltar la importancia del juicio clínico al analizar los estudios de PET-CT y su confirmación histológica en el manejo de los pacientes con linfoma Hodgkin (LH), a propósito de un caso.

Antecedentes: Las guías de tratamiento en linfomas indican que en caso de enfermedad refractaria, recaída o progresión es recomendable realizar biopsia. El uso de la PET-CT ha mejorado los resultados del tratamiento de los linfomas.

Sin embargo, en ocasiones la PET-CT puede tener resultados falsos. Errores en la interpretación o la falta de confirmación histológica pueden generar fallas en el tratamiento de los pacientes.

Caso clínico: Masculino de 50 años. Diagnóstico de LH celularidad mixta EC IIB con tumor voluminoso cervical al diagnóstico en enero 2015. Recibió quimioterapia EBVD 4 ciclos con enfermedad estable. Segunda línea con quimioterapia MINE y radioterapia 36 Gy en 20 Fx hasta nov 2015, alcanzando remisión completa. No recibió trasplante por quimiomovilización fallida. En julio de 2016 se diagnostica recaída con PET-CT con actividad glucolítica supra e infra-diafragmática SUVmax 12.6. Inició tratamiento con GVD por 4 ciclos. PET-CT de control en febrero de 2016 reportó engrosamiento de región cecal hasta 33 mm SUVmax 16.9, adenopatías pericecales SUVmax 10.9, adenopatías mesentéricas SUVmax 2.9 adenopatía retroperitoneal intercavaoártica SUVmax 15. Debido a que la actividad metabólica tuvo foco en región cecal con actividad ganglionar limitada a esa región se intentó descartar neoplasia intestinal distinta al linfoma. El colon por enema reportó defecto de llenado multinodular en ciego desde la pared hasta la luz de origen mucoso o submucoso. La colonoscopia identificó una lesión exofítica a nivel de ciego de bordes irregulares. La biopsia de colon concluyó un adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado ulcerado. Con el diagnóstico de Ca de colon se envió al Hospital de Oncología de CMN SXXI donde se completa la estadificación siendo T4B N1 MX. Se realizó hemicolectomía derecha y resección parcial de pared. Se inició tratamiento adyuvante con esquema XELOX (capecitabina/oxaliplatino) de que ha recibido 8

ciclos. Al momento, el linfoma de Hodgkin se mantiene en remisión.

Conclusiones: Este caso pone de manifiesto que el contar con un resultado de PET-CT positivo en un paciente con linfoma no es suficiente para diagnosticar con certeza la progresión tumoral. Se requiere del juicio clínico y contextualizar los resultados con los antecedentes del paciente. Idealmente, se debe contar con la confirmación histológica de la enfermedad recurrente o progresiva. La baja frecuencia de infiltración a colon del LH debe elevar la duda diagnóstica.

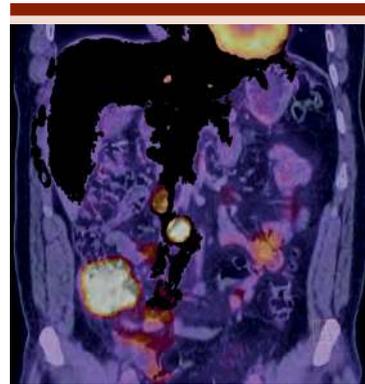


Figura 1.



Figura 2.

LIN0043-CC: Linfoma de Hodgkin en paciente esplenectomizado, presentación de un caso

Daniel Alejandro García Viera, Edith de María Blásquez Azúa, Emma

Lizeth Estrada Rivera, José Eduardo Mares Gil, Daniel Gómez González, Julia Esther Colunga Pedraza, Isidro Caballero Trejo, Yahaira Valentine Jiménez Antolinez, María del Consuelo Mancías Guerra, Oscar González Llano

Hematología Pediátrica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Universidad Autónoma de Nuevo León

Objetivos: Discusión de un caso acerca de un Linfoma de Hodgkin en paciente post-esplenectomizado.

Antecedentes: El bazo juega un papel importante en la inmunomodulación, se ha asociado a un aumento en la patología hemato-oncológica después de la esplenectomía o la asplenia funcional. Por otro lado, la esplenectomía es parte importante del tratamiento en diversas enfermedades. Se presenta el caso de un masculino de 15 años de edad con antecedente de esferocitosis hereditaria que fue sometido a esplenectomía, ocho años después presentó linfoma de Hodgkin.

Caso clínico: Inicia su padecimiento 1 mes antes de llegar al hospital, con tos no productiva, astenia, adinamia y aumento de volumen en la región cervical derecha, sin mejoría con el uso de antibióticos por el médico de primer contacto. Una semana antes de su ingreso se observa un aumento de volumen de la región cervical derecha y la aparición de una nueva tumoración en el lado izquierdo. Inicialmente la biometría y el perfil bioquímico se reportaron normales, en la radiografía de tórax se observó una masa mediastinal en el hemitórax derecho, la tomografía mostró una masa mediastinal de 7 x 5 cm, desplazando la vena cava superior sin compromiso de flujo sanguíneo. Se realiza biopsia de la lesión con reporte de linfoma de Hodgkin, se

inicia programa de quimioterapia con ABVD y por falta de respuesta se inicia después tratamiento con CGEV (ciclofosfamida, gemcitabina, etopósido y vinorelbina). Actualmente se encuentra sin síntomas y con adecuada respuesta al tratamiento.

Conclusiones: Aunque no está claramente establecido, diversos estudios han demostrado que el antecedente de esplenectomía puede generar predisposición a patologías hemato-oncológicas ya que el bazo produce ciertas citocinas que contribuyen a un efecto antitumoral o antineoplásico. En la literatura se encuentra descrito que la patología oncológica ocurre principalmente dentro de los primeros 15 años después de realizada la esplenectomía siendo el linfoma la tercera causa seguida de cáncer de mama e hígado.



Figura 1.



Figura 2.

LIN0044-CC: Presentación inusual de un caso de linfoma de Hodgkin con afectación a sistema nervioso central

Yubelka Susana Baltodano Martínez, Irma Karen Pellón Téllez, Juan Diego Muñoz Vega, Katherine Rodríguez Fuentes, Mario Tapia Bravo, Claudia Andrea Tellería Arispe, Carlos Martínez Murillo, Christian Omar Ramos Peñafiel, Juan Collazo Jaloma, Manuel Odín De la Mora Estrada, Humberto Baldemar Castellanos Sinco, Juan Francisco Zazueta Pozos, Efreem Horacio Montaña, María Guadalupe León, Juan Julio Kassack Ipiña, Etta Rozen Fuller, Gilberto Israel Barranco Lampón Hospital General de México

Objetivos: Describir las características clínicas y el protocolo diagnóstico de un caso de linfoma de Hodgkin clásico con infiltración al sistema nervioso central (SNC).

Antecedentes: La afectación a SNC por linfoma de Hodgkin es rara, su incidencia se reporta entre el 0.2% y 0.5%. El tratamiento incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia o modalidades combinadas. El pronóstico suele ser adverso con una mediana de supervivencia de 43.8 meses.

Caso clínico: Paciente masculino de 34 años sin comorbilidades, que acudió a consulta por presentar adenopatías cervicales y síntomas B; se diagnosticó de Linfoma de Hodgkin Clásico variedad depleción linfocitaria, estadio clínico III, IPS I en diciembre del 2017; inició tratamiento con esquema ABVD, al completar el sexto ciclo, presentó sintomatología neurológica encontrando en una resonancia magnética, infiltración tumoral con lesión en parénquima parieto-occipital izquierdo y edema perilesional que condicionó una hernia subfalquina (Figura 1); se realizó biopsia por estereotaxia identificando infiltración por células neoplásicas

grandes con escaso citoplasma mal definido, algunas de ellas binucleadas con cromatina vesicular y nucléolo prominente rodeadas de gliosis reactiva con inmunohistoquímica CD30+, CD15 inespecífico, P53+, neurofilamentos negativo, PAGF negativo (**Figura 2**), corroborando la afectación del SNC por el linfoma de Hodgkin. Se administraron 4 ciclos de metotrexate a dosis de 3g/m², sin embargo presentó deterioro neurológico asociado a hipertensión endocraneana, disartria, hemiplejía izquierda, el estudio de imagen con edema subcortical con hernia subfalcina importante; se realizó craniectomía frontoparietotemporal derecha y resección de tumor frontal 5.5cm x 2 cm x 0.6 cm mejorando la sintomatología neurológica. El paciente recibió un nuevo ciclo de metotrexate además de temozolamida (200 mg/m² por 5 días) y dexametasona cursando con una evolución tórpida caracterizada por complicaciones infecciosas sin lograr respuesta al tratamiento, la última tomografía realizada evidencia persistencia de la lesión; actualmente el paciente se encuentra en tratamiento de soporte.

Conclusiones: Debido a la baja incidencia de afectación al SNC por

el linfoma de Hodgkin, no se cuenta con evidencia robusta que ayude a tomar decisiones terapéuticas siendo lo más utilizado, quimioterapia con fármacos que penetren la barrera hemato-encefálica (metotrexate, temozolamida, procarbazona) o radioterapia, en nuestro caso se optó por la primera opción sin obtener resultados favorables.

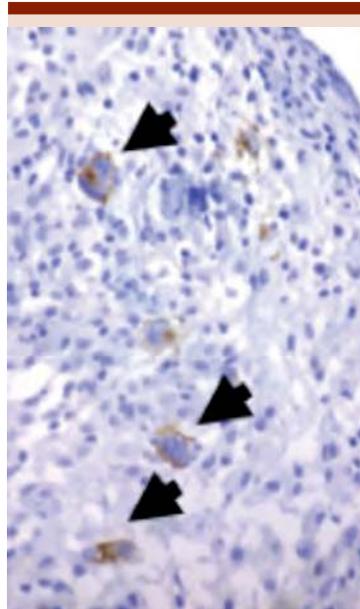


Figura 2.

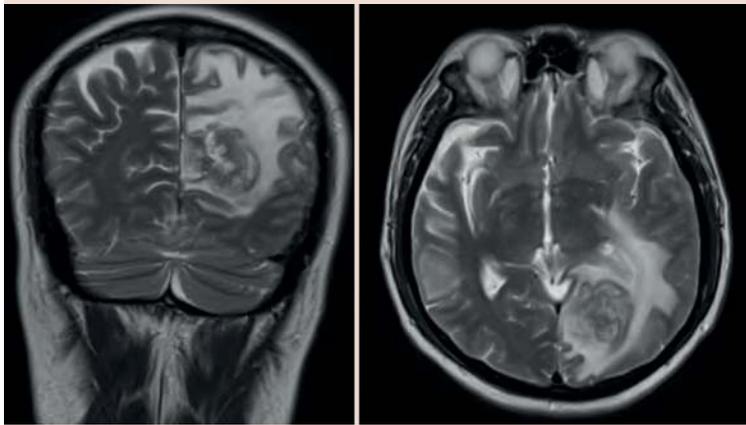


Figura 1.

LIN0045-CC: Reporte de caso, linfoma difuso de células B grandes primario de mama

Omar Alfonso Heredia Nieto, Rosa María Anaya Jiménez, Jorge Carlos Torres Flores, Raymundo Hernández Montes de Oca, Manuel Ernesto Magallanes Maciel

Centro Oncológico Internacional

Objetivos: Revisión bibliográfica a propósito de un reporte de caso.

Antecedentes: Las neoplasias malignas de células linfoides son un grupo heterogéneo de enfermedades que involucran una proliferación descontrolada, monoclonal e irreversible de células del sistema inmune. Los linfomas de no Hodgkin son neoplasias que originan de células B, T o NK, que ocupan el 62.4% de todas las neoplasias malignas de células linfoides. Existen diferentes mecanismos que pueden desencadenar un linfoma. Esto se ha visto con más atención en hipermutación somática y cambio de clase por recombinación, específicamente en las translocaciones t(14;18) con BCL2, t(8;14) con MYC y en el cluster de translocación en 3q27 con BCL6. En los últimos años se ha descrito el fenómeno de doble y triple expresor, en donde se han observado distintos patrones clínicos y respuestas farmacológicas que modifican la conducta terapéutica.

Caso clínico: Femenino de 53 años que comienza padecimiento actual en agosto de 2017 donde se detecta tumor en mama derecha por medio de mastografía en R2, línea C de 3 cm en su eje mayor. Dejan en vigilancia y en noviembre de 2017 presenta crecimiento importante y adenomegalia sólida de 1 cm x 2 cm en región I de cuello. Resto asintomático. Se toma biopsia el 13.12.17 con RHP de linfoma no Hodgkin difuso de células grandes BCD20+, CD3-, BCL2+, BCL6+, MYC+ 60%, MUM1+, Ki67 80%.

Estadio Clínico IE. R-IPI bajo (1) y NCCN IPI Intermedio Bajo (2) Se realizó PET CT el 22.11.17 donde presentó captación en nódulo mamario derecho. Posteriormente se aplica QT a base de R-CHOP 6 ciclos (28.11.17 al 13.03.18). Durante la QT presentó alopecia y adinamia. Posteriormente recibió radioterapia externa de consolidación a mama derecha mediante campos tangenciales, dosis 36 Gy en 18 sesiones del 09.04.2018 al 04.05.2018. Con posterior PET-CT del 28.06.2018 para valoración de respuesta con reporte de disminución del tamaño y captación del radiofármaco del nódulo en relación a respuesta parcial SUVmax de 2.9. Se envía al servicio de oncología quirúrgica para cirugía conservadora de mama el 15.08.2018. Actualmente en remisión, con 10 meses de supervivencia libre de enfermedad.

Conclusiones: La quimioterapia a base de R-CHOP y la aparición de nuevas terapias adyuvantes como la radioterapia de consolidación han cambiado el pronóstico para los pacientes con DLBCL que presen-

tan doble hit. Esto da resultado no solo en un efecto positivo para el periodo libre de enfermedad, pero también en la sobrevida global del paciente.

LIN0046-TL: Impacto pronóstico del volumen metabólico tumoral y la glicólisis total de la lesión en el PET/CT- FDG-F18 al diagnóstico en pacientes con linfoma de Hodgkin y su correlación con las características clínicas

Karla Eugenia Bermúdez Ferro, Estuato Paredes Amoroto, Martha Liliana Moreno Martínez, Francisco Osvaldo García Pérez, Quetzali Pitalúa Cortés, María del Carmen Amanda Lome Maldonado, Giovanni Soca Chafre, Adriana Victoria Palacios Campos, Ana Florencia Ramírez Ibargüen
Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El 80% de los pacientes con LH, se curan con terapia convencional, existe un 20% de pacientes que son refractarios a tratamiento o recaen. Se han buscado

múltiples estrategias para predecir los resultados a la terapia. Una de las estrategias es el uso del PET-CT-FDG-F18 a mitad de tratamiento, que nos va a predecir que pacientes tendrán una mejor SLP y SG. Otros parámetros calculados en el PET-CT-FDG-F18 como la glicólisis total de la lesión (GLT) y el volumen metabólico tumoral (VMT) han generado información en cuanto al pronóstico, y en el futuro esto puede formar la base para nuevos modelos de riesgo.

Objetivos: Investigar el valor pronóstico del VMT y la GLT medidos por PET/CT- FDG-F18 al diagnóstico en pacientes con LH con relación a SLP.

Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva, longitudinal. Revisión de 144 expedientes de pacientes con diagnóstico de LH entre el 2009-2015. Se calculó el VMT y la GTL en el PET/CT-FDG-F18 basal, por medio del software syngo.via VB10B. Para definir el corte óptimo de VMT y GTL se utilizaron curvas de ROC en el programa SPSS.

Resultados: Se evaluaron 144 pacientes (76 hombres, 68 mujeres, rango de edad 16-83 años), 11 se excluyeron por perder seguimiento. El 70% EC avanzada y 30% EC temprana. Todos recibieron ABVD y el 73.7% RT. El 82% alcanzó RC. De cada PET-CT-FDG-F18 se midió el VMT y la GTL, el punto de corte significativo para la GTL y el VMT fueron de 2650cm³ y 350cm³, respectivamente. La GTL con impacto en las características clínicas y SLP, no así para SG. Mediana de seguimiento de 54 meses (4-115), con SG y SLP a 5 años de 82.5% y 70%, respectivamente. La GTL fue un predictor pronóstico para SLP (p=0.05). La SLP a 5 años fue 76% para lo pacientes con GTL-baja (<2650cm³) y de 62% para los pacientes con GTL-alta (≥2650cm³). En el análisis multivariado como predictores pronósticos de SLP, fue-

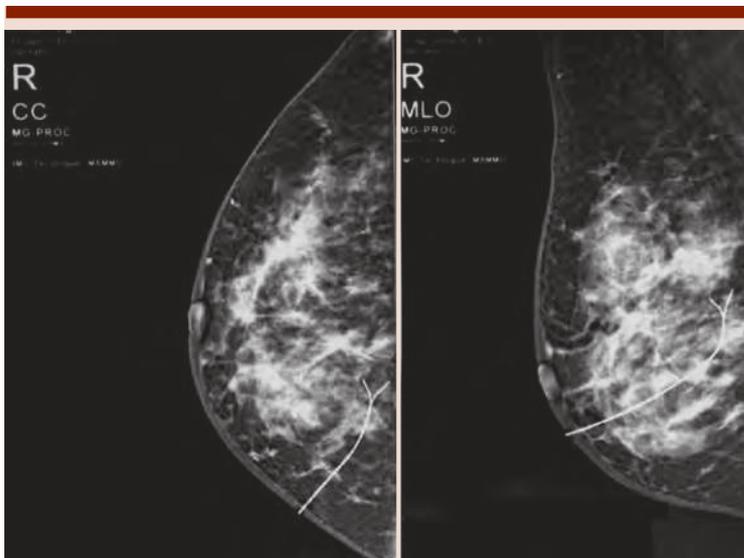


Figura 1.

ron la enfermedad extraganglionar ($p=0.045$), y la escala IPS mayor a 3 puntos.

Conclusiones: La GTL para el punto de corte 2650 tuvo valor pronóstico con una menor SLP, asociado con una menor frecuencia de casos con respuesta completa a tratamiento. Además existen una relación importante entre estos marcadores y características clínicas. Por lo que este marcador puede ser utilizado como estrategia para decisión de intensidad en tratamiento.

LIN0047-CC: Transformación de un linfoma folicular a linfoma B de alto grado con traslocación MYC y BCL2 (“doble hit”) al mes de diagnóstico: reporte de caso

Rodolfo Jiménez Soto, Santiago Montiel Romero, Sergio Inclán Alarcón, Yvette Neme Yunes, María Roberta Demichelis Gómez, César O Lara Torres
Centro Médico ABC

Objetivos: Describir un caso de transformación de linfoma folicular (LF) a linfoma B de alto grado (HGLB) “doble hit” en estadio clínico temprano.

Antecedentes: El LF es una neoplasia del centro germinal de células B, subtipo indolente más común de los linfomas no Hodgkin (NHL), donde la transformación histológica (TH) ocurre de 2-3%/año. La TH de un LF principalmente es a linfoma difuso de células B (LDCGB) y con menor frecuencia, a HGLB con expresión de cMYC y BCL2 y/o BCL6, (“doble hit” o “triple hit”). El HGLB transformado a partir de un linfoma indolente le confiere peor pronóstico. Menos del 5% de los casos presentan involucro a sistema nervioso central.

Caso clínico: Se presenta a una mujer de 60 años quien inicia con síntomas B y adenopatías generalizadas. Se realiza biopsia de ganglio axilar con reporte his-

tológico de LF grado 2 (CD20+, BCL2+, CD10+, Ki67-40% con expresión de cMYC y BCL2) con infiltración focal en médula ósea. A los 7 días presenta cuadro de colecistitis aguda y pancreatitis biliar. Se realiza colecistectomía con reporte histopatológico de infiltración de HGLB con rearreglo de cMYC y BCL2 (“doble hit”) mediante FISH y Ki67-95%. Se realiza PET/CT con adenopatías y conglomerados supra e infradiaphragmáticos, lesiones en mamas, bazo, hígado, páncreas, hueso, tubo digestivo e hilio renal compatibles con actividad neoplásica (Figura 1). Se inició esquema de primera línea con R-CVP por alto riesgo de perforación intestinal tras cuadro de íleo. A las dos semanas presenta cefalea holocraneana intensa, fotofobia y desorientación;

se realizan TAC simple de cráneo y resonancia magnética sin evidencia de lesiones, con punción lumbar con análisis citológico positivo para células neoplásicas de HGLB (Figura 2). Se inició RTX + Dosis altas de metotrexate alternados con RTX + dosis ajustada EPOCH y quimioterapia intratecal con aclaramiento de LCR y respuesta clínica.

Conclusiones: El HGLB “doble hit” transformado de un LF es una enfermedad poco frecuente. En la actualidad no existe un tratamiento estándar, se han sugerido esquemas más intensivos (comparados con esquemas para LDCGB como R-CHOP) ante la agresividad de estas neoplasias tales como DA-EPOCH, HCVAD, entre otros. Aún no se conocen todos los factores que favorecen la TH, ni se ha establecido

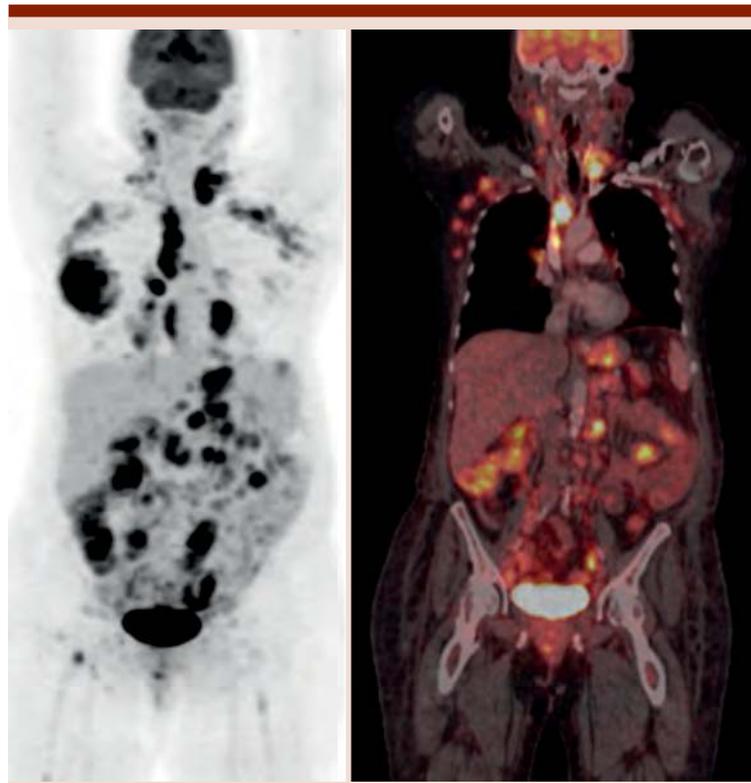


Figura 1.

el mejor esquema de inducción o un franco beneficio del trasplante de células progenitoras.

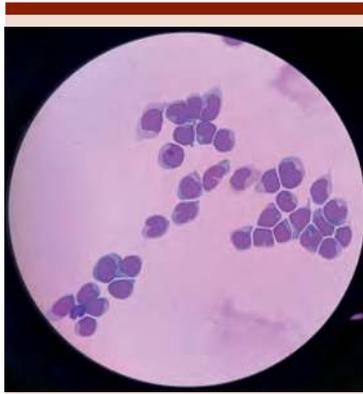


Figura 2.

LIN0048-CC: Presentación de un caso con 3 neoplasias linfoides consecutivas de células B maduras: mieloma múltiple (MM), enfermedad de castleman (EC) y linfoma folicular (LF)

Mayra Paulina García Mata, Elia Zamora Pérez
PEMEX Ciudad Madero

Objetivos: Correlacionar trastornos linfoproliferativos de nuestra paciente.

Antecedentes: De acuerdo a OMS 2016 los trastornos de células B maduras varían desde proliferaciones atípicas como la EC hasta linfomas propiamente, siendo LF el segundo subtipo más común de LNH. En pacientes con una neoplasia primaria incrementa 14% el riesgo de desarrollar una segunda, sobre todo en los primeros 5 años, elevándose aún más con quimioterapia y radioterapia.

Caso clínico: Mujer de 70 años, sin comorbilidades. Antecedente en 2012 de MM IgG kappa EC IIIB, inicialmente tratada con dexametasona, bortezomib y doxorubicina presentando refractariedad, seguido

de Bortezomib, talidomida, dexametasona con respuesta parcial, seguido de TauCPH de consolidación, mantuvo remisión por 3 años. En 2016 presentó recurrencia y recibió rescate con 5 ciclos de KRd continuó mantenimiento con Bortezomib trimestral. En marzo de 2017 presentó derrame pleural y masa epigástrica dolorosa dependiente de RTP, biopsia reportó EC hialino vascular, CD 68 -, CD3 +, CD 20 +, Bcl2 - Bcl-6 + focal, CD 21+, HHV8- en centro germinal. Tratada con tres ciclos de R-CHOP ateneindo remisión. En junio de 2018 presencia de ganglios cervicales, sin síntomas B ni alteraciones en sangre periférica. Biopsia reportó linfoma folicular. CD-20 +, BCL-2 +. EC IA, Flipi intermedio. Manejándose inicialmente con monoterapia con rituximab por 3 meses sin mejoría por lo que se agregó R-bendamustina mensual desde el primer ciclo los ganglios disminuyeron considerablemente, al cuarto ciclo presentó hipercalcemia, hipergammaglobulinemia, lesión renal aguda y anemia se interpretó con progresión del MM, falleció por hipercalcemia grave.

Conclusiones: Los pacientes con MM multitratados desarrollan recaídas agresivas, relacionadas a creciente complejidad genómica, mutaciones adquiridas y alteraciones epigenéticas en células tumorales. Por otro lado, la EC se asocia con gamapatías y linfoma y se desarrolla por cambios reactivos exagerados en respuesta estímulo antigénico anormal o representación de bajo grado de neoplasia. En nuestro caso tras el diagnóstico de EC se evidencia la presencia de un linfoma, coincidiendo con reportes donde la variedad multicéntrico implica mayor tasa de malignidad, relacionada con mutaciones en el tejido linfático: 46XY, t[7;14][p22;q22], que podría compartir con LDCGB ya que presenta reordenamiento

en cromosoma 14 hasta en el 20% de los casos. El riesgo de segundas neoplasias en nuestro paciente está incrementado por QT, sin embargo, desconocemos la clonalidad de las neoplasias, la relación de clonalidad IGH podría demostrar si se trata de una misma clona con diversas expresiones neoplásicas o diferentes clonas secundarias a selección clonal por tratamiento.

LIN0049-CC: Caso clínico, colestasis y pancitopenia como presentación inicial de linfoma de Hodgkin

Andrea Mirelly López Flores, Laura Nayelli Tecayehuatl Negrete
Centro Médico Nacional la Raza IMSS

Objetivos: Compartir la presentación inusual de linfoma de Hodgkin con infiltración a médula ósea y sospecha inicial de hepatopatía crónica por colestasis.

Antecedentes: El linfoma de Hodgkin suele afectar sitios nodales, principalmente cuello y mediastino, siendo infrecuente la presentación infradiaphragmática, presentándose solo en el 5% y siendo más frecuente en ancianos, así mismo la presentación extranodal es infrecuente, siendo la tasa de infiltración a médula ósea de alrededor del 5%.

Caso clínico: Masculino de 60 años, antecedente de tabaquismo IT 8.8, alcoholismo durante 40 años. Colectectomía hace 3 años. Curso con cuadro de 5 meses de evolución con fatiga intensa, disnea, pérdida de peso de más del 10% de basal, edema de miembros inferiores. Valorado inicialmente por Gastroenterología. Clínicamente hepatomegalia y esplenomegalia. Paraclínicos con pancitopenia, transaminasemia y colestasis. Se realizó rastreo tomográfico, cuyo reporte describió ganglio cervicales, mediastinales y retroperitoneales de 12 a 16 mm, hiperdensos, así como

gammagrama hepatoesplénico reportando daño hepatocelular severo y datos indirectos de esplenomegalia, probable hiperesplenismo, abordándose como probable hepatopatía crónica e hiperesplenismo con pancitopenia secundaria. Se realizó ultrasonido doppler hepático encontrando colédocolitiasis con lito en tercio distal que condiciona ectasia de vías biliares intra y extra hepática, esplenomegalia con aumento en la demanda vascular y discretos cambios sugestivos de hepatopatía crónica. Se realizó protocolo de hepatitis infecciosa y autoinmune con resultado normal. Inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico, disminuyendo cifras de bilirrubinas, pero continuando con elevación gammaglutamiltranspeptidasa y fosfatasa alcalina. Durante protocolo de estudio fue valorado se realizó aspirado de médula ósea y biopsia de hueso, resultando aspirado seco. Se recabó biopsia de hueso, con reporte de infiltración por Linfoma de Hodgkin clásico, celularidad trilineal residual del 35%, fibrosis reticulínica difusa grado 3, CD30+ y PAX5+. Con base en lo anterior se concluyó Linfoma de Hodgkin EC IVBs por infiltración a bazo, hígado y



Figura 1.

médula ósea. Se inició tratamiento con EVBD actualmente en el sexto ciclo, hasta el momento con respuesta a nivel hepático y esplénico por tomografía.

Conclusiones: El protocolo diagnóstico de pancitopenia puede llevar a múltiples diagnósticos diferenciales dentro de ellos infiltración por neoplasias linfoproliferativas, las cuales pueden o no evidenciarse por involucro nodal.

LIN0051-CC: Histiocitosis de células de Langerhans: reporte de 2 casos clínicos, con diferente presentación clínica en el Instituto Nacional de Cancerología

Eunice Rojas Zaldívar, Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Gyna Alejandra Altamirano Solórzano, Bosco Martín McNally Guillén, Ana Florencia Ramirez Ibargüen, Silvia Rivas Vera
 Instituto Nacional de Cancerología

Objetivos: Presentar el comportamiento clínico de dos pacientes adultos con Histiocitosis de células de Langerhans

Antecedentes: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una neoplasia rara en adultos (1-2 casos/millón de habitantes) con amplio espectro de presentación clínica (desde una lesión ósea o cutánea hasta enfermedad sistémica) y diagnóstico desafiante. La biopsia de la lesión es indispensable y debe mostrar histiocitos positivos para CD207 (langerina) y CD1a. La estadificación debe incluir estudios de extensión (PET-CT y/o RMN). El tratamiento depende de la extensión de la enfermedad. No existe una terapia estándar. Las opciones terapéuticas incluyen: vinblastina, citarabina, cladribine, radioterapia

Caso clínico: Caso clínico 1: Mujer de 51 años. Inició en 2014 con nódulos subcutáneos de múltiples tamaños (1-5cm), dolorosos y pruriginosos en cara, mandíbula y cráneo

con salida de líquido serohemático. En septiembre 2017 presentó pérdida del estado de alerta y probables crisis convulsivas en una sola ocasión por lo que acudió a valoración médica. Se realizó biopsia de lesiones de región maxilar y párpado derecho que fue compatible con HCL y se refirió al INCan. PET-CT: Lesiones con actividad metabólica generalizadas, múltiples en hueso tejido celular subcutáneo y músculo, SUV_{máx} de 7.95-19.9. Múltiples áreas con captación y restricción ósea de la diploe y base de cráneo con involucro de tejidos blandos adyacente con extensión hacia el techo de la órbita. Engrosamiento y captación de meninge en relación a infiltración por continuidad. Recibió tratamiento con vinblastina por 6 ciclos con prednisona y radioterapia a cráneo (30 Gy/15Fx). Actualmente en vigilancia. Caso clínico 2: Mujer de 33 años. Inició en septiembre 2012 con dolor y edema progresivo en la región supraciliar del ojo derecho. Antecedente: 3 años con galactorrea y distimia. TAC: tumor de componente mixto en lagrimal externo derecho con extensión a músculos orbitarios y erosión de pared orbitaria. Biopsia de lesión supraciliar: Histiocitosis de células de Langerhans. RMN de silla turca: microadenoma hipofisiario, sin alteraciones en perfil hormonal. Tratamiento: esteroide oral por un mes. Actualmente en vigilancia.

Conclusiones: Es importante describir las diferentes presentaciones clínicas de HCL, una patología de baja incidencia que representa un reto diagnóstico para el área médica, donde se encuentran pacientes con sintomatología de larga evolución y aun así con afección variable (desde lesiones autolimitadas a forma diseminada). En los dos casos descritos, se encontró una evolución indolente de la enfermedad con adecuada respuesta al tratamiento (prednisona, vinblastina) y baja toxicidad.

LIN0052-CC: Síndrome linfoproliferativo autoinmune

Mario Alberto Tapia Bravo, Gilberto Israel Barranco Lampón, Carlos Martínez Murillo
Hospital General de México

Objetivos: El objetivo de la exposición de este caso clínico es dar a conocer los criterios diagnósticos del síndrome linfoproliferativo autoinmune y las manifestaciones que hacen sospecharlo.

Antecedentes: El síndrome linfoproliferativo autoinmune, también llamado Síndrome de Canale-Smith, es una enfermedad caracterizada por la falta de regulación del sistema inmune, resultante de un defecto en la apoptosis de los linfocitos causado por mutaciones en el gen Fas, que codifica el receptor para la apoptosis linfocitaria Fas/Apo-1/CD95. La enfermedad también puede deberse a mutaciones en el gen que codifica el ligando de FAS (FAS-L, CD95L) o mutación del gen de la caspasa 10. El resultado final son las manifestaciones clínicas que expresan los pacientes, y las cuales se caracterizan por: Linfoproliferación no maligna (linfadenopatía, hepatoesplenomegalia con o sin hiperesplenismo) que frecuentemente mejora con la edad. Enfermedad autoinmune, mayoritariamente dirigida contra las células sanguíneas. Riesgo incrementado de por vida para linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin.

Caso clínico: Se reporta el caso de un hombre de 18 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas, sin exposición a mielotóxicos quien inició a los 12 años de edad con hepatoesplenomegalia, otitis crónica bilateral y neutropenia; inicialmente se sospechó de neoplasia hematológica maligna, por lo que se realizó la primer Biopsia de médula ósea, la cual

demostró una médula ósea con hiper celularidad leve + alteración de la maduración de las 3 líneas celulares hematopoyéticas; inició tratamiento el 01/02/2012 con filgrastim 10 mcg/kg/dosis, egresado el 03/02/2012, con tratamiento a base de Prednisona a 1 mg/kg/día. que suspendió en junio de 2012 por mejoría. En el 2013, durante la consulta de seguimiento, se hacen evidentes adenopatías cervicales bilaterales, axilares e inguinales, algunas mayores a 2 centímetros; la biopsia de ganglio linfático cervical reportó hiperplasia folicular reactiva y marcada expansión paracortical; la inmunohistoquímica mostró positividad para CD3, CD5, CD43 y CD57. La población T resulta doblemente negativa para CD4 y CD8, así como CD20, con un Ki67 alto. Citometría de flujo reportó Linfocitos T doble negativos CD3+, CD4-, CD8-, TCRab >6%. Se integra diagnóstico probable de Síndrome Linfoproliferativo Autoinmune; en julio de 2017 reinició el tratamiento con prednisona por presentar citopenias y Coombs directo positivo, con remisión de estos hallazgos a los 30 días de iniciada la terapia; actualmente se espera el resultado de la determinación de mutación del FAS para obtener el diagnóstico definitivo.

Conclusiones: El SLA es una patología porco frecuente con cierto grado de dificultad para su diagnóstico definitivo.

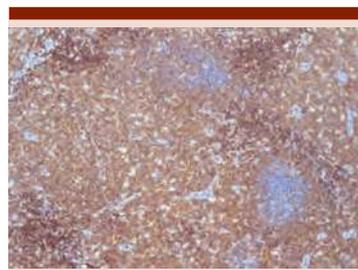


Figura 1.

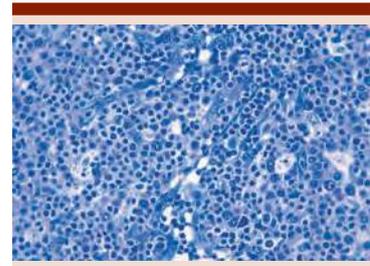


Figura 2.

LIN0053-CC: Síndrome de POEMS y riesgo de recaída en un paciente con linfoma no Hodgkin

Adriana Victoria Palacios Campos, Karla Eugenia Bermúdez Ferro, María Silvia Rivas Vera, Ana Florencia Ramírez Ibarguen
Instituto Nacional de Cancerología

Objetivos: Presentar un paciente con linfoma difuso de células grandes B con síndrome de POEMS durante la vigilancia.

Antecedentes: El síndrome de POEMS es un síndrome paraneoplásico raro, asociado a una discrasia de células plasmáticas, su nombre viene del acrónimo (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, desorden monoclonal de células plasmáticas y cambios en piel).

Caso clínico: Masculino de 67 años sometido a esplenectomía en 2015 cuando se diagnostica como Linfoma No Hodgkin Difuso de Células Grandes B no centro germinal EC IV (cartílago costal, páncreas, estómago y MO) IPI alto que recibió tratamiento fuera del Instituto con Rituximab+ Ibrutinib 4 ciclos y mantenimiento con rituximab con progresión. En el INCan y recibe tratamiento con R CHOP (6 ciclos) y radioterapia de consolidación 36Gys con respuesta completa por PET-CT. Desde el término de tratamiento con neuropatía progresiva, se agrega glucosa anormal en ayuno, dislipidemia y lesiones hiperpigmentadas en piel >1cm,

irregulares de bordes elevados, generalizadas e intermitentes de predominio en extremidades. Ante la persistencia de neuropatía se realiza electroforesis de proteínas (24 meses de vigilancia) con pico monoclonal (IgG kappa), BAMO: CD138, kappa y lambda positivos, rojo Congo negativo; sin células con fenotipo patológico por CF. Completa abordaje diagnóstico y se identifica Hipotiroidismo subclínico. Cumple con criterios de Síndrome de POEMS: Mandatorios: polineuropatía axonal severa sensitiva-motora, pico monoclonal. Criterios mayores: VEGF positivo 533.4 (<42.6pg/mL) y criterios menores: lesiones cutáneas; no lesiones óseas por PET-CT. En este momento con neuropatía severa, candidato a manejo sistémico (inhibidores proteosomas, inmunomodulares y esteroide) y terapia física. Requiere seguimiento estrecho y estudios de extensión cada 3-6 meses; con respecto al linfoma el paciente continúa en respuesta completa.

Conclusiones: Consta de criterios mandatorios: polineuropatía y desorden monoclonal, criterios mayores: enfermedad de Castleman, lesiones óseas escleróticas, elevación VEGF y criterios menores: organomegalia, sobrecarga volumen extravascular, endocrinopatía (excepto tiroides aislada por lo que no se considera en el paciente), lesiones cutáneas, papiledema, trombocitosis/poliglobulia. Para el diagnóstico requiere los criterios mandatorios, >1 criterios mayores o >1 criterios menores. El paciente en este momento en RC de linfoma, no se descarta que el POEMS preceda una recaída en un tiempo indeterminado. Existen casos anecdóticos de Linfomas T (más frecuente angioinmunoblásticos) sincrónicos con POEMS pero a nuestro conocimiento, no existe en la literatura reporte similar al caso del paciente

en el que el seguimiento estrecho es crítico y en quien el pronóstico en la recaída es incierto debido a la asociación de ambas patologías.

LIN0054-TL: Relevancia del índice de masa corporal en la respuesta a tratamiento de pacientes con linfoma

José Angel Hawing Zárate, Olga Graciela Cantú Rodríguez, Karen Lorena Osorno Rodríguez, Mónica Bustillos Muñoz, David Gómez Almaguer

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: Hoy día está bien documentada la estrecha relación del cáncer y la obesidad, al igual que su potencial predictivo. Sin embargo, actualmente no encontramos de estudios prospectivos evaluando el IMC como factor pronóstico en los Linfomas Hodgkin y no Hodgkin. Ya que actualmente México presenta altos índices sobrepeso, resultaría interesante contar con estos datos, con la finalidad de dirigir una terapéutica integral del paciente con linfoma.

Objetivos: Conocer el impacto del IMC en la respuesta de los pacientes con linfoma en una población de Nuevo León

Materiales y métodos: Se trató de un estudio observacional, prospectivo y descriptivo realizado en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en pacientes que acudieron a consultar en el período de diciembre 2011-diciembre 2016 y que fueron diagnosticados con Linfoma Hodgkin y No Hodgkin. Se llevaron a cabo mediciones seriadas de peso, talla, IMC, %grasa corporal, teniendo como referencias importantes el peso inicial, y el peso al término del esquema de tratamiento. De igual forma se capturaron datos como edad, género, estadio, presencia de síntomas B,

adenopatías tipo Bulky, ubicación en la escala de ECOG al momento del diagnóstico, presencia de comorbilidades como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM)

Resultados: De un total de 114 individuos (65 masculinos, 49 femeninos), se analizaron 29 pacientes (25.4%) con diagnóstico de linfoma Hodgkin (LH) y 85 con linfoma no Hodgkin (74.6%). La mediana de edad global en nuestro grupo de estudio fue de 53 años (17-84). Con una mediana de seguimiento de 21.46 meses (0.88-43.26), analizamos la sobrevida global encontrando un 79.6% a 12 meses. Al comparar la supervivencia teniendo como factor la presencia o ausencia de sobrepeso, encontramos una mayor sobrevida en el grupo con sobrepeso (sobrepeso u obesidad) en relación al grupo sin sobrepeso (peso normal o bajo), alcanzando un valor marginalmente significativo (p=0.069). En aquellos pacientes que estando en categoría de sobrepeso u obesidad que perdieron de un 5-10% de peso total al final del tratamiento, tuvieron una supervivencia global mayor (24.2 meses) respecto a los que no bajaron de peso o bajaron > 10% de peso total (17.3 meses).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con linfoma que presentan altos IMC al tiempo del diagnóstico parecen tener una mayor mortalidad asociada. Sin embargo, notamos que la pérdida del 5% del peso corporal al término del primer esquema de tratamiento supone un factor más importante que la simple categorización inicial del IMC.

LIN0055-TL: Enfermedad extraganglionar en pacientes con linfoma difuso de células grandes B, epidemiología y valor pronóstico, experiencia en un centro de referencia de la Ciudad de México

Eunice Rojas Zaldívar, Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Gyna Alejandra Alta-

mirano Solórzano, Silvia Rivas Vera, Ana Florencia Ramírez Ibargüen
Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el subtipo más frecuente de linfomas no Hodgkin, representando un 30-40% de los casos. La enfermedad extraganglionar (EEG) se considera un factor asociado a mal pronóstico, sin embargo, su frecuencia, impacto en la respuesta a tratamiento y la supervivencia no se encuentra descrita en nuestra población.

Objetivos: Describir la frecuencia de EEG, su impacto en la respuesta a tratamiento y supervivencia global (SG).

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo y longitudinal que incluyó a pacientes con diagnóstico de LDCGB tratados en el INCan en el periodo de 2011-2016.

Resultados: Se incluyeron 449 pacientes con LDCGB. El 94% de los pacientes recibieron quimioterapia a base de antraciclina (R-CHOP/R-EPOCH). La respuesta global para todo el grupo fue de 79% (RC 72%, RP 7%). La EEG se presentó como factor de riesgo para falla a tratamiento ($p=0.03$). A 5 años la SG fue de 66% para todo el grupo. En el análisis univariado el ECOG ≥ 2 ($p=0.001$), IPI alto ($p=0.002$), enfermedad voluminosa ($p=0.01$), infección por VIH ($p=0.03$) etapa clínica avanzada ($p=0.01$), albúmina $<4\text{g/L}$ ($p=0.01$) y hemoglobina $<10\text{g/dl}$ ($p=0.02$) tuvieron un impacto pronóstico deletéreo. El análisis multivariado solo la enfermedad voluminosa ($p=0.012$, IC 95% 1.08-1.94) y el ECOG ($p=0.007$, IC 95% 1.1-2.3) fueron significativos. De acuerdo a la localización de la EEG, la afección intestinal fue la que se relacionó a una menor supervivencia (mediana 35 meses) comparada con el resto de los sitios EEG ($p=0.05$). La oro y nasofaringe tuvieron una mejor supervivencia

con una mediana no alcanzada ($p=0.04$). No se observó diferencias con base en el número de sitios EEG afectados. Con respecto a la enfermedad primaria extraganglionar no se observaron diferencias de acuerdo a la localización. A 5 años la SG en el grupo EG fue de 68%, G+EEG de 63% y de P-EEG de 73% ($p=0.180$).

Conclusiones: En nuestra población, la mayoría de los pacientes se presenta con EEG al diagnóstico y por ende etapas avanzadas, lo cual traduce un diagnóstico tardío. Observamos que la enfermedad voluminosa y el ECOG fueron los dos factores adversos más importantes en relación a la SG. El número de sitios extraganglionares no tiene impacto pronóstico. La afección intestinal presentó un impacto negativo en la supervivencia.

LIN0056-CC: Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes primario del sistema nervioso central asociado a inmunosupresión

Arantxa Montalvo López Gavito, Carolina García Castillo, Ángel Carrillo Jurado, Álvaro Campos Cortés, Jessica Nájera Martínez, Flor Del Carmen Pérez Retiguin, Gabriela Cardoso Yah, Carlos Mizael García Cerrato

Hospital Central Militar

Objetivos: Describir la presentación de un caso de Linfoma primario de sistema nervioso central asociado a inmunosupresión, debido a la poca literatura existente asociada al caso.

Antecedentes: En promedio, el riesgo de linfoma difuso de células B grandes es 12 veces mayor en los receptores de trasplantes de órganos sólidos que en la población general, y el riesgo es aún mayor en subgrupos específicos, incluidos los niños. Existen varios factores probablemente contribu-

yen a su etiología, una gran parte de los casos se atribuye al virus de Epstein-Barr, que, en ausencia del control inmunitario del huésped, provoca la proliferación de linfocitos. Sin embargo, su aparición en sobrevivientes de trasplantes a largo plazo parece ser causada por otros factores además del EBV. El linfoma primario del sistema nervioso central sigue siendo una neoplasia rara, que representa solo 2 a 3% de todos los casos de linfoma no Hodgkin. Los factores de riesgo para LPSNC incluyen estados de inmunodeficiencia adquirida y/o congénita.

Caso clínico: Mujer de 26 años de edad, con antecedente insuficiencia renal crónica asociada a nefrotoxicidad por fármacos sometida a trasplante renal de donador relacionado ABO compatible en el 2000, en inmunosupresión prolongada. En diciembre del 2018 inicia con cefalea intensa en región occipital de 2 semanas de evolución, que empeora con la bipedestación o sedestación. Por lo que acude a urgencias, clínicamente se encuentra con datos de síndrome cerebeloso derecho. Se realizan tomografía de cráneo contrastada con datos de inflamación y evidencia de una lesión esférica de 2.3 x 2.6 cm aproximadamente en hemisferio cerebeloso derecho, con reforzamiento anular a la aplicación de medio de contraste, edema perilesional y disminución del espacio del cuarto ventrículo y efecto de tumor sobre de vermis y hemisferio contralateral por los antecedentes y características clínicas de probable absceso por historia de inmunosupresión. Se realiza craniectomía suboccipital con resección de lesión tumoral y colocación de ventriculostomía. Se envía muestra a patología quienes reportan linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes con diferenciación plasmocitoide,

asociado a inmunosupresión, con patrón predominantemente difuso y extensas zonas de necrosis con marcadores CD 20+, MUM1+, BCL-2 y BCL-6+, PAX 5+, CD 138+.

Conclusiones: La paciente debuta con Linfoma primario de sistema nervioso central, 17 años después del trasplante de riñón con inmunosupresión desde entonces. La

baja incidencia de los linfomas asociados a inmunosupresión y en específicos los LPSNC, otorga relevancia al reporte y revisión de la literatura asociada al caso.

MEDICINA TRANSFUSIONAL (MTR)

PRESENTACIÓN ORAL

MTR0002-TL: Estudio aleatorizado para determinar el tiempo de reposo ideal en cosechas de concentrados plaquetarios y evaluar variables asociadas a una mejor concentración de plaquetas

Omar Herrera Urbina, Patricia Martínez Flores, María Leticia Marín Luna, Myrna Gloria Carolina Méndez Torres, Mirna Hernández Félix, Cruz Elena Valenzuela Pompa, Cristina Miranda Jocobi, Saraí Taddei Encinas, Alexandra Romero Murillo, Luis Mario Villela Martínez ISSSTESON

Introducción: El fraccionamiento de la sangre en plasma, paquete globular y plaquetas sigue siendo fundamental en los bancos de sangre de México, así como de la comunidad europea y Canadá. Las dos formas que existen para obtener plaquetas son por plasma rico en plaquetas (PRP) y método de *buffy coat*. La mayoría de los bancos de sangre a cambiado su método a *buffy coat* por las mejores características *in vitro* (mayor cantidad de plaquetas discoides, baja expresión de cd62, mejor res-

puesta al “choque” hipotónico al final del proceso). Habitualmente, el tiempo que se deja en reposo con la técnica de *buffy coat* es de 120 minutos. Sin embargo, no hay mucha información y menos de trabajo aleatorizado donde este tiempo sea el ideal.

Objetivos: Determinar el número de plaquetas cosechadas por método *buffy coat* en diferentes tiempos de reposo: 60,90,120, 150, 180, así como las características ideales del donador para obtener la mejor cosecha.

Materiales y métodos: Trabajo prospectivo de 500 donadores y aleatorizado en los 5 diferentes tiempos estipulados en objetivos. La aleatorización se realizó 10:10:10:10:10 hasta llegar a 100 en cada tiempo. La cosecha de plaquetas se realizó con la metodología de *buffy coat* igual y como se ha reportado con anterioridad. Análisis estadístico: se utilizó para evaluar la mediana de plaquetas en cada tiempo Kruskal Wallis y se estableció como significativo si la $p < 0.05$. Se realizó análisis de regresión logística de las posibles variables asociadas a

una mejor cosecha de plaquetas ($>0.89 \times 10^{11}$ en cada bolsa).

Resultados: Para resolver la primera pregunta se compararon las medianas de plaquetas de cada bolsa dependiendo cada tiempo y solamente se observó una diferencia entre los 60 minutos y el resto de los tiempos, favoreciendo mejores cosechas de plaquetas arriba de 90 minutos y peores cosechas cuando se dejaban reposar 60 minutos ($p < 0.009$). Se observa una ligera mejor cosecha de plaquetas en 120 minutos. Cuando evaluamos por regresión logística las variables que pueden influir en las mejores cosechas se observó que el punto de corte de 250 mil plaquetas previo a la obtención de sangre (OR=4.25, IC95%=2.9 A 9) y el índice de masa corporal como variable independiente (OR=1.11, IC95%=1.03-1.17).

Conclusiones: La cosecha de plaquetas se debe seguir reposando a 120 minutos con método de *buffy coat*. Las variables que influyen para una mejor cosecha son el número de plaquetas previo al sangrar al donante y el índice de masa corporal (>30).