

Lo que sugiere que la edad es una variable a considerar en la evaluación de la TFG en sujetos de edad avanzada y en este grupo debe de seguirse cercanamente la función renal. Sin embargo otras variables como medicamentos y comorbilidades asociadas deben de ser consideradas y será motivo de una evaluación ulterior en donde un grupo control pareado por edad y género será de utilidad.

**LCR0011: Epidemiología de pacientes con diagnóstico de leucemia mieloide crónica en tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010 al 2021**

*Dora Carolina Aldama Gutiérrez, Karen Michelle Machuca Adame, Guillermo Sotomayor Duque, Diego Gustavo Cruz Contreras, José Alfredo Carrizales Villarreal, Rosa Elva De León Cantú, José Luis Cedillo De la Cerda, Martha Lilia Guajardo Leal, Roberto Hernández Valdez, Myrna Patricia Pequeño Luévano, Severiano Baltazar Arellano, Helga Patricia Sorkee Dávila, Isabel Anahí Borjón Cabada, Christian Quirino Márquez, Willy Nava Gutiérrez, Luis Gerardo Ávila Contreras, Arantxa Jessica Mecott Estudillo, Yarezi Brislett García Cerda, Juan Daniel Garza Escobar, Víctor Valerio Bugarín, Luis Omar Gudiño Cobos*  
UMAE No. 25 IMSS

**Introducción:** La leucemia mieloide crónica (LMC) es una neoplasia mieloproliferativa, la cual se origina de la expansión clonal de una célula madre hematopoyética provocando una hiperplasia de la serie mieloide. Característicamente se asocia a la existencia de una traslocación en los cromosomas 9 y 22 t(9;22) (p24;q11.2), la cual origina el gen de fusión BCR-ABL1 codificando una oncoproteína con función tirosina cinasa. Esta oncoproteína es responsable de la activación de distintas vías de transducción de señales directamente relacionadas con crecimiento, supervivencia y proliferación celular. Clínicamente se caracteriza por diagnóstico en fase crónica y la mitad de los pacientes con cuadro asintomático. La LMC tiene una incidencia anual de 1-2 casos por 100,000 adultos. Se calcula es responsable del 15% de las leucemias en adultos. En la literatura Occidental se describe una edad media de diagnóstico a los 56 años. Se han registrado diferencias significativas en epidemiología en comparación con países industrializados.

**Objetivos:** Describir el patrón epidemiológico de la LMC en nuestro centro de tercer nivel de atención.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con

diagnóstico de LMC en un hospital de tercer nivel del noreste del país. Se realizó estudio de casos diagnosticados del 2010 al 2021 y se analizaron variables como edad, sexo, características clínicas y líneas de tratamiento a la fecha.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 168 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 44 años, con una edad mínima de 14 años y una edad máxima de 80 años. El 49.4% fueron hombres y el 50.5% mujeres. La mediana de seguimiento en años fue de 2 años, la mayoría de los pacientes diagnosticados en fase crónica con un 97.6% y fase acelerada 2.3%. Los pacientes que se encuentra en primera línea de tratamiento desde el diagnóstico con imatinib son el 61.3% con buena respuesta, con necesidad de segundo inhibidor 33.3% y de un tercero 7.1%.

**Conclusiones:** Existe una diferencia en epidemiología en nuestro centro comparado con la literatura en países industrializados de hasta una década en edad al diagnóstico. Más del 50% de los pacientes mantiene una Respuesta aceptable con la primera línea a base Imatinib. A pesar de presentarse a de edad más tempranas al diagnóstico hay respuestas favorables sostenida con imatinib.

## LINFOMAS

### PRESENTACIÓN ORAL

**LIN0012: Estudio multicéntrico del linfoma folicular en México**  
*Juan Manuel Pérez Zúñiga,<sup>1</sup> Eleazar Hernández Ruiz,<sup>1</sup> Martha Alvarado*

*Ibarra,<sup>1</sup> Lourdes Esthela Juan Lien Chang,<sup>2</sup> Luisa Banda García,<sup>3</sup> Jorge Luis Aquino Salgado,<sup>4</sup> Gabriel Barragán Ibáñez,<sup>4</sup> Eva Fabiola Ramírez*

*Romero,<sup>5</sup> César Nolasco Cancino,<sup>6</sup> Wilfrido Herrera Olivares,<sup>7</sup> Javier de Jesús Morales Adrián,<sup>8</sup> Eugenia Patricia Paredes Lozano,<sup>9</sup> María Eugenia*

Espitia Ríos,<sup>1</sup> María de Monserrat González López Elizalde,<sup>10</sup> José Luis López Arroyo,<sup>11</sup> Jorge Enrique Trejo Gómora,<sup>12</sup> José Antonio De la Peña Celaya,<sup>1</sup> José Luis Álvarez Vera,<sup>1</sup> Luara Luz Arana Luna,<sup>1</sup> Annel Martínez Ríos,<sup>13</sup> Rodrigo Reséndiz Olea,<sup>13</sup> Lucero Jazmín Rodríguez Velásquez,<sup>4</sup> Nidia Zapata Canto<sup>14</sup>

<sup>1</sup> CMN 20 de Noviembre ISSSTE

<sup>2</sup> Unidad de Oncología y Servicios de Salud del Estado de Puebla

<sup>3</sup> Hospital General de Zona No. 11 de Xalapa Veracruz

<sup>4</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad, de Oaxaca, Oaxaca

<sup>5</sup> Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca, Oaxaca ISSSTE

<sup>6</sup> Hospital Regional Doctor Juan Graham Casasús de Villahermosa

<sup>7</sup> Hospital Regional de Puebla, Puebla ISSSTE

<sup>8</sup> Hospital Regional de Mérida, Yucatán, ISSSTE

<sup>9</sup> Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE

<sup>10</sup> Hospital H+ Querétaro

<sup>11</sup> Hospital General B ISSSTE de Ciudad Juárez, Chihuahua

<sup>12</sup> Hospital San Ángel Inn Universidad

<sup>13</sup> Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE

<sup>14</sup> INCAN

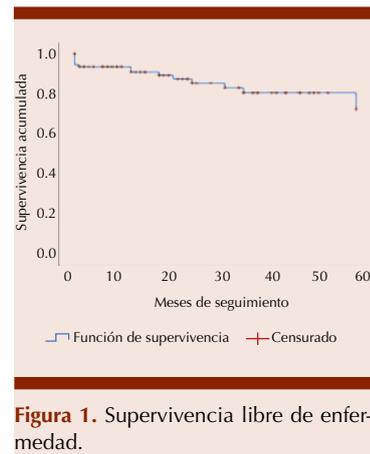
**Introducción:** El linfoma folicular (LF) corresponde al segundo linfoma no hodgkin mas frecuente en el mundo, en México representa alrededor del 18% de los linfomas, es necesario conocer aspectos epidemiológicos, clínicos en México, así como terapias utilizadas y su respuesta a las misma.

**Objetivos:** *Objetivo primario:* evaluar la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en pacientes con LF *Objetivos secundarios:* describir en LF las características clínicas de los pacientes, respuesta a tratamiento y el rol del POD24.

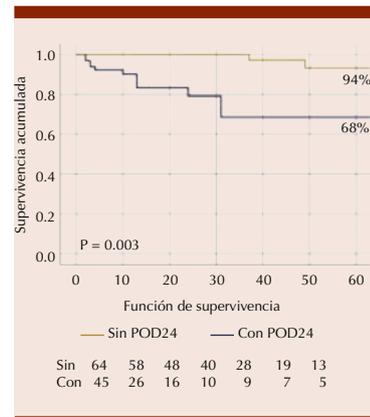
**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, multicéntrico de casos consecutivos

en 14 hospitales de 8 estados del país, se realizó un registro de casos entre enero del 2013 a diciembre del 2017. Se incluyeron pacientes con reporte histológico e inmunohistoquímica compatible con LF según criterios OMS 2008, mayores de 18 años, de cualquier grado histológico y etapa clínica, con seguimiento desde el diagnóstico y con conocimiento del desenlace en el periodo evaluado. La respuesta fue evaluada con criterios estandarizados de Cheson 1999. Se creó una base de datos en SPSS versión 23 y se realizó estadística descriptiva de la población, la supervivencia fue evaluada por Kaplan-Meier, las diferencias en supervivencia fueron evaluadas por Wilcoxon.

**Resultados:** Se registraron 109 casos, mediana de seguimiento fue de 51.4 meses (IC 95% 47.2-55.7), con una estimación de la SLE a 5 años del 72%. En cuanto a las características clínicas, el promedio de edad fué de  $59.4 \pm 14.7$  años; 62% fueron mujeres, 77% se encontraron en etapa clínica III-IV, 46.8% con síntomas B al diagnóstico, 22.9% debutaron con enfermedad voluminosa, 85.3% con infiltración a médula ósea; 45% de los pacientes cursaban con comorbilidad, destacando el 14.7% de los enfermos con hipertensión arterial sistémica y 13.8% con diabetes mellitus. En cuanto al riesgo por FLIPI el 61% correspondía a riesgo intermedio y alto. En estado funcional el 77.1% con ECOG menor a 2. La terapia CHOP like se aplicó en 89.9% de los pacientes, 91.7% recibieron rituximab durante inducción. El mantenimiento con rituximab se completó durante 2 años en el 58.7% de los casos. La respuesta completa se logró en el 78.9% y la parcial en 10.1%. Al utilizar POD 24 presente vs ausente la SLE a 5 años fue de 94% vs 68% respectivamente ( $p=0.003$ ).



**Figura 1.** Supervivencia libre de enfermedad.



**Figura 2.** Supervivencia con POD24.

**Conclusiones:** El LF suele presentarse alrededor de los 60 años, etapas avanzadas, son tratados con R-CHOP y el 72% con SLE a 5 años.

#### LIN0015: Diagnóstico y tratamiento de linfoma de células de manto en México: análisis dependiente de tiempo

Juan Rangel Patiño,<sup>1</sup> Gladys Patricia Agreda Vásquez,<sup>1</sup> Oyuky Gissell Aguirre Reyes,<sup>2</sup> Ana Florencia Ramírez Ibarquén,<sup>2</sup> Perla Rocío Colunga Pedraza,<sup>3</sup> David Gómez Almaguer<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) México

<sup>3</sup> Hospital Universitario Dr. José Eleuterio Gonzalez

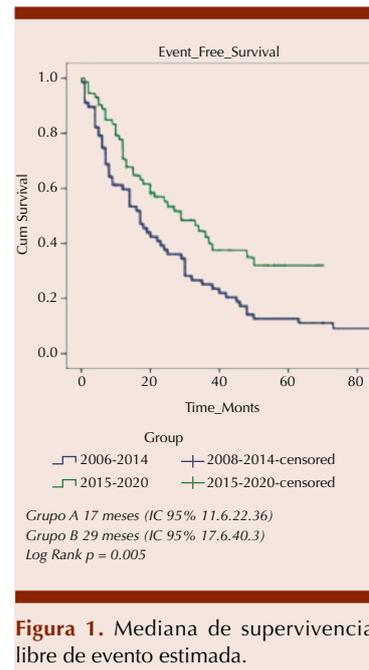
**Introducción:** En el linfoma de células del manto (LCM) se han establecido estrategias de diagnóstico y tratamiento que han impactado en el pronóstico en los últimos años.

**Objetivos:** Conocer el impacto de las estrategias terapéuticas en pacientes con LCM en México a través del tiempo.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de LCM en tres centros de referencia en México entre 2008 y 2020. Se realizó un Análisis Dependiente de Tiempo (ADT) en dos grupos, de 2008 a 2014 (Grupo A) y de 2015 a 2020 (Grupo B). Se estimó la supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de evento (SLE) con curvas de Kaplan-Meier y se evaluaron las diferencias con log-Rank. Se realizó un análisis multivariado de factores asociados a mortalidad mediante Regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 139 pacientes, 67 pacientes en el grupo A, y 72 pacientes en el grupo B. El 84% recibió tratamiento a base de antraciclenos, 3% bendamustina,

y 12% terapia de baja intensidad, sin diferencia entre los grupos. Adicionalmente, 30% recibió dosis altas de citarabina (HiDAC), 59% recibió rituximab durante la inducción, 20.3% utilizó rituximab de mantenimiento, y 13.7% recibió un trasplante autólogo en primera remisión. El grupo B recibió mayor HiDAC en inducción, rituximab en inducción y mantenimiento, y trasplante autólogo. En términos de respuesta, en el grupo B, 58% alcanzó respuesta completa (RC) contra el 34% en el grupo A (p=.006). La mediana de SG en el grupo A fue de 38 meses (IC 95% 25.6-50.3) contra no alcanzada en el grupo B (log rank p=0.003). Por el otro lado, la mediana de SLE en el grupo A fue de 17 meses (IC 95% 11.6-22.3) contra 29 meses (IC 95% 17.6-40.3) en el grupo B (log rank p=0.005). El MIPI de alto riesgo se asoció a mayor mortalidad HR 2.54 (IC 95% 1.5-4.0, p<0.001) y el uso de HiDAC en inducción y de rituximab en mantenimiento se asoció a menor mortalidad con HR 0.39 (IC 95% 0.20-0.75, p=0.005) y HR 0.48 (IC 95% 0.24-0.94, p=0.035) respectivamente.



**Figura 1.** Mediana de supervivencia libre de evento estimada.

**Conclusiones:** Las características de la enfermedad emulan a las reportadas por otros países. El ADT demuestra una mejoría de 12 meses en la SLE y un impacto en SG. A pesar de esto aun existe un 20% de los pacientes sin acceso a rituximab y el acceso a trasplante es mínimo.

**PRESENTACIÓN EN CARTEL**

**LIN0001: Anemia hemolítica autoinmune refractaria asociada a linfoma no Hodgkin en recaída, reporte de caso**

Fátima Saray Sánchez Hernández, Francisco Ariel Domínguez Bejarano, Enid Mitzeli Ong Zárate, Gonzalo Vancini Becerra, Diana Jamín Álvarez Cabrera, John Benjamín IV Rex Porter, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Joel Bañuelos González, Samuel Alejandro

Hernández González, Pablo Alfredo García Chávez, Diana Alonso Gálvez, Frania Norzagaray Orduño, Aimee Amairani Coronado Rosales, Aníbal Sánchez Soltero, Jesús Manuel Ramírez Acuña, Arturo Vega Ruíz, César Borjas Gutiérrez

Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara Jalisco

**Objetivos:** Describir presentación clínica y evolución de una paciente con anemia hemolítica autoinmune como presentación de linfoma no Hodgkin.

**Antecedentes:** La anemia hemolítica autoinmune (AIHA) es causada por linfocitos B hiperfuncionantes, que producen autoanticuerpos que reconocen glóbulos rojos, lo que resulta en su rápida lisis luego de la

reacción antígeno-anticuerpo. Esta puede ser primaria o secundaria. 1 Los linfomas son tumores hematológicos sólidos que se originan en los ganglios linfáticos o tejidos linfoides. Aproximadamente una quinta parte de los pacientes con AIHA desarrollan linfoma, mientras que entre el 7-10% de los pacientes con linfoma tienen AIHA coexistente.

**Caso clínico:** Femenino de 28 años de edad con antecedente de Linfoma no Hodgkin a los 14 años de edad, recibió tratamiento con 14 ciclos de quimioterapia se desconoce el esquema. TAC al final de la quimioterapia sin evidencia de enfermedad, con seguimiento durante 6 años en remisión. Inicia en el 2018 con anemia persistente, asociado a hipermenorrea tratada por ginecología, sin embargo, persiste con anemia progresiva a pesar de tratamiento y disminución de pérdidas. Durante su vigilancia en ginecología se evidencia anemia grave asociado a síndrome anémico se hospitaliza y se decide transfusión de concentrados eritrocitarios los cuales resultan incompatibles. Encontrando hemoglobina 4.4g/dl, coombs +++++, bilirrubina indirecta 3.5g/dl, DHL 369U/L, IPR 2.5 diagnosticando anemia hemolítica autoinmune e iniciando esteroide a dosis altas. Al no presentar mejoría al término del tratamiento, se otorga segunda línea con inmunoglobulina a dosis de 0.4g/kg peso por 5 días sin lograr respuesta. Se realiza tomografía simple y contrastada de cuello, tórax, abdomen y pelvis que reporta conglomerado ganglionar en mediastino anterior con dimensiones 97x120mm, en ejes axiales máximos, envuelve las estructuras vasculares sin infiltrarlas. Conglomerados en niveles parahiliares bilaterales midiendo 36mm derecho y 27 mm izquierdo. Múltiples ganglios de aspecto infiltrativo en el nivel IV e infraclavicular bilateral con medida

máxima 17 mm. Se realiza biopsia de masa mediastinal compatible con Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes (CD20+ CD79+ BCL6+ BCL2, MUM1 y Ciclina D1 negativos).

**Conclusiones:** La asociación le anemia hemolítica autoinmune se puede asociar hasta en un 10% de los pacientes que presentan un linfoma no Hodgkin pudiendo presentar AHAI años antes del diagnóstico de linfoma, el tratamiento de estos paciente se basa en quimioterapia asociada a Rituximab con lo que mejorará la anemia hemolítica autoinmune, sin necesidad de manejo adicional.

**LIN0002: Linfoma de células T/ NK: reporte de caso y revisión de la literatura**

*Frania Norzagaray Orduño, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Pablo Alfredo García Chávez, Joel Bañuelos González, Samuel Alejandro Hernández González, Fátima Saray Sánchez Hernández, Enid Mitzeli Ong Zárate, Francisco Ariel Domínguez Bejarano, Gonzalo Vancini Becerra, Diana Alonso Gálvez, Jesús Manuel Ramírez Acuña, Anibal Sánchez Soltero, Aimee Amairani Coronado Rosales, César Borjas Gutiérrez*  
 Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

**Objetivos:** Describir presentación clínica y diagnóstico de un caso de Linfoma de células T/NK.

**Antecedentes:** El linfoma extranodal de células natural killer (NK) es un linfoma de células T poco común, caracterizado por daño vascular, necrosis, fenotipo citotóxico y asociación con el virus de Epstein-Barr. Con frecuencia se presenta con una deformidad palatina causada por la erosión del tumor a través del paladar. Es más común en Asia y en las poblaciones nativas de América Central y del Sur

representando 5 a 10% de los tipos de linfoma no Hodgkin.

**Caso clínico:** Masculino de 48 años. Inicia padecimiento en marzo 2020 con cuadros repetitivos de rinosinusitis, tratado con antibióticos 8 meses. Se agrega pérdida de peso, fiebre y diaforesis nocturna. Con aumento de volumen en macizo facial, con posterior aumento de volumen submandibular (Figura 1). Es valorado por otorrinolaringología; se toma cultivo de lesión, reportándose positivo para *S. aureus*. Se toma biopsia de mucosa nasal, retrofaríngea, e incisional de tejido submandibular. Acude a urgencias por presentar fiebre de 38°C. A la exploración física se palpa tumoración de 7x5 cm, fija, indurada, indolora, en región submandibular izquierda a nivel IB. Adenopatías de 1 cm a nivel III, y de 1.5 cm a nivel VA. Con dificultad para la apertura oral, olor fétido, con 2 úlceras en paladar duro con presencia de necrosis de 2 cm (**Figura 1**). Resultado de biopsia: neoplasia maligna de células linfoides atípicas de tamaño mediano con patrón de crecimiento sólido, acompañadas de angiotropismo, numerosas mitosis y múltiples focos de necrosis coa-



**Figura 1.** Afección nasal y submandibular izquierda.

gulatoria. Inmunohistoquímica con: CD56, CD30, CD3 y Ki67 (50%) con positividad membranar difusa en las células neoplásicas. Conclusión: Linfoma T/NK extranodal, tipo nasal. Tomografía de cabeza con tejidos blandos con necrosis extensa, erosión de tabique nasal, obstrucción de senos paranasales. Múltiples adenopatías de predominio mandibular izquierdo. **Figura 2 Conclusiones:** El linfoma de células T/NK, tiene baja incidencia. Sin embargo, puede distinguirse por su presentación clínica agresiva, inicialmente manifestada por rinorrea purulenta y cuadros de obstrucción nasal y morfológicamente con necrosis frecuente y angioinvasión. Requiriendo múltiples biopsias, lo que suele retrasar su diagnóstico. El PINK sigue siendo adecuado para delimitar pronóstico. Las mejores respuestas a tratamiento son con quimioterapia basada en L-asparaginasa y platinos + radioterapia con incremento de la SG 53% y SLP 59% a 5 años. Sin embargo en la presentación extranodal la SG 34% y SLP 26% a 5 años.

**LIN0003: Linfoma folicular en fase leucémica: reporte de caso de la UMAE Hospital de Especialidades CMNO**

*Francisco Ariel Domínguez Bejarano, Fátima Saray Sánchez Hernández, Enid Mitzeli Ong Zárate, Gonzalo Vancini Becerra, Diana Jazmín Álvarez Cabrera, John Benjamín IV Rex Porter, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Joel Bañuelos González, Samuel Alejandro Hernández González, Pablo Alfredo García Chávez, Frania Norzagaray Orduño, Aimee Amairani Coronado Rosales, Diana Alonso Gálvez, Aníbal Sánchez Soltero, Jesús Manuel Ramírez Acuña, Arturo Vega Ruíz, César Borjas Gutiérrez*

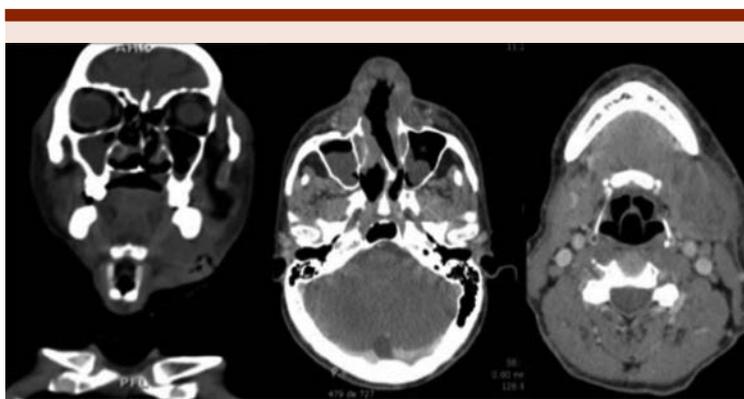
Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara Jalisco

**Objetivos:** Describir un caso de linfoma folicular en fase leucémica en CMNO.

**Antecedentes:** El linfoma folicular (LF) es una neoplasia linfoproliferativa de células B, considerada la segunda más frecuente, la presentación típica es nodal, también se

encuentra la presentación extraganglionar, este tipo de linfoma puede debutar o transformarse en fase leucémica, en esta se han documentado reporte de casos por su rareza, dada la naturaleza indolente del LF, es difícil establecer la verdadera agresividad de las presentaciones en fase leucémicas y su potencial valor pronostico, sin embargo, hay datos cada vez mayores, en la que esta presentación presagia una peor supervivencia libre de progresión.

**Caso clínico:** Femenino de 47 años con diagnóstico de: Linfoma folicular, grado 2 en fase leucémica (EC IV, FLIPI: 2ptos, FLIPI2: 2ptos). Debuta con trombocitopenia en el año 2016, abordaje inicial se diagnóstica trombocitopenia inmune primaria, recibió tratamiento con metilprednisolona presentando respuesta completa, al suspender prednisona, inmediatamente presenta recaída, reiniciando prednisona a 1 mg/kg de peso, con refractariedad por lo que se agrega Rituximab y ante la falta de respuesta se realiza esplenectomía con la cual se obtiene repuesta. En el 2020 es hospitalizada por infección por SARS-COV2, por presencia de leucocitosis a expensas linfocitos mayor a 5000 cel/mm3, con frotis de sangre periférica encontrando linfocitos de aspecto maduro, se sospecha de neoplasia linfoproliferativa, se realiza inmunofenotipo de sangre periférica encontrando clonalidad de linfocitos maduros (sin cumplir criterios para leucemia linfocítica crónica), se realiza TAC de 4 regiones simple y contrastada, encontrando adenopatías retroperitoneales, se realiza biopsia de hueso con reporte compatible para linfoma folicular.



**Figura 2.** TAC de cráneo y cuello: necrosis de los senos paranasales, adenopatías en la región submandibular izquierda.

**Conclusiones:** El linfoma folicular en fase leucémica, es una presentación atípica y rara que genera mal pronóstico al paciente, el índice de pronóstico internacional de linfoma folicular (FLIPI) y el FLIPI2, se utilizan en la clínica, pero no identifican a los pacientes con un pronóstico realmente precario, ya que este tipo de linfoma es indolente, no se cuenta con una escala pronostica ideal para estos tipos de pacientes, el caso presentado su diagnóstico fue realizado gracias a que se hospitalizo por infección por SARS-COV2 y la linfocitosis, se inició tratamiento con inmunoterapia con respuesta completa y actualmente continua en seguimiento.

**LIN0004: Nivolumab dosis bajas más brentuximab vedotin como puente para trasplante de médula ósea en pacientes con linfoma de Hodgkin clásico recaído/refractario**

*Edgar Ulises Coronado Alejandro, Perla Rocío Colunga Pedraza, Fernando De la Garza Salazar, Eliezer Tomás Gómez Gómez, Andrés Gómez De León, Julia Esther Colunga Pedraza, César Homero Gutiérrez Aguirre, Olga Graciela Cantú Rodríguez, David Gómez Almaguer*

Servicio de Hematología, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL, Monterrey

**Introducción:** Un tercio de pacientes con linfoma Hodgkin (LH) no responden al tratamiento de primera línea o eventualmente recaen. Las nuevas terapias con anticuerpos anti PD-L1 (ej. nivolumab) y monoclonales (ej. brentuximab vedotin (BV)) han cambiado el panorama en el tratamiento del LH. Sin embargo, la toxicidad financiera asociada a estos novedosos esquemas les vuelve poco accesibles a la mayoría de pacientes con ingresos económicos medios-bajos. La dosis aprobada de

nivolumab en LH refractario es de 3 mg/kg, pero las dosis bajas (DB) han demostrado ser eficaces.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de nivolumab DB a una dosis fija de 40, 100 o 140 mg en combinación con 1.8 mg/kg de BV cada tres semanas en pacientes con LH en recaída/refractario (R/R).

**Materiales y Métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo en adultos con LH R/R que recibieron BV a 1.8 mg/kg y nivolumab DB a una dosis fija de 40, 100 o 140 mg IV cada tres semanas. Se ofreció de forma rutinaria la dosis más alta posible durante al menos 4 ciclos debido a que los costos se cubrieron por el paciente. Calculamos las respuestas terapéuticas, supervivencia general (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) con el método de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes (50% hombres), mediana de 26.5 años (15-50) con LH R/R; n=7 en recaída y n=3 refractarios. La mediana de seguimiento fue de 11.5 meses (5-18) y la mediana de líneas previas de tres (1-4). Cinco pacientes n=5 (50%) recibieron 40 mg de nivolumab, n=3 100 mg (30%) y n=2 140 mg (20%). La dosis media por ciclo fue de 0.93 mg/kg (0.48-1.9 mg/kg). Después de una mediana de 4 (4-8) ciclos de nivolumab DB + BV la tasa de respuesta general fue del 80% (n=8); cinco alcanzaron respuesta completa (RC) y n=3 respuesta parcial (30%). Un paciente (10%) tuvo enfermedad estable y el otro progresó (10%). La SG y SLP al año fue del 83.3%. La consolidación con trasplante se realizó en seis casos (60%) (tres autólogos y tres haploidenticos), tres están en espera de trasplante y uno recayó tras lograr RC. Un paciente falleció en el día +21 postrasplante en el contexto de enfermedad progresiva.

**Conclusiones:** Un curso corto de nivolumab DB y VB demostró efi-

cazia notable logrando respuesta en la mayoría de pacientes con LH R/R que no podían pagar la dosis estándar permitiendo que se sometieran a un trasplante con potencial curativo. Faltan estudios más extensos y prospectivos que confirmen esta seguridad y eficacia.

**LIN0005: Impacto de la terapia con brentuximab vedotin asociado a quimioterapia de dosis alta o en monoterapia en linfoma de Hodgkin refractario/recaída**

*José Iván López Chávez, Carlos Roberto Best Aguilera, Miguel Marín Rosales, Arianna Robles Rodríguez, Alicia Elizabeth Guzmán Hernández, Juan Carlos López Hernández, Saribethe Mahely Visuetti Pimentel, Oscar Rodrigo Gómez Vázquez, Areli Sarai Calderón Valdez, Yuberth Pico Macías, Rita Estely Ron Loayza, Rubí Cecibel Vélez Calderón*

Hospital General de Occidente /CUCS Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El 23% de los pacientes con LH tiene enfermedad refractaria o recaída a esquemas de primera línea. La quimioterapia de dosis alta (QTDA) seguida de un Trasplante Autólogo de Células Hematopoyéticas (TACH) es el estándar de atención. Actualmente se considera el uso de agentes monoclonales asociado o no a (QTDA) como terapia de salvamento previa al (TACH). El receptor de superficie CD30 se distingue por la expresión restringida en linfocitos activados normales y su alta expresión en células malignas y por tanto representa una molécula diana atractiva para la terapia del linfoma de Hodgkin. Brentuximab Vedotin (BV) es un conjugado de anticuerpo-fármaco que se dirige a las neoplasias malignas positivas para CD30 a través de un anticuerpo monoclonal anti-CD30 unido a la monometil auristatina E.

**Objetivos:** La mejor respuesta lograda con el uso de BV y analizar diferencia entre las características clínico biológicas basales previas al inicio de la terapia con BV y la mejor respuesta lograda.

**Materiales y Métodos:** Evaluamos la eficacia según los criterios de Lugano 2014 en 8 pacientes con diagnóstico de LH refractario o en recaída y tratados con BV asociado al régimen ESHAP. Las variables estadísticas fueron analizadas en función de la respuesta lograda utilizando la prueba exacta de Fisher para variables nominales y prueba de Kruskal-Wallis para variables numéricas.

**Resultados:** La media de edad fue 39 años (22-68). Las características basales: Etapas avanzadas de la enfermedad 75%, recaída tardía 62.5%. Esclerosis nodular: 50%. La mitad de los pacientes tenía enfermedad extranodal. La terapia previa fue ABVD en primera línea en el 100% de los pacientes y solo 12.5% recibió más de una terapia previa al uso de BV. Se documentó 75% de RC y 12.5% de RP, con una media de 5 ciclos para respuesta. El 25% de los pacientes recibieron BV en monoterapia. No hubo diferencia significativa entre la respuesta lograda y las características clínico-biológicas basales de la enfermedad, modalidad de tratamiento otorgado o líneas de tratamiento previo al uso BV.

**Conclusiones:** La terapia con BV asociada o no a esquema ESHAP representa un régimen de salvamento eficaz que es comparable con los resultados de la práctica en el mundo real. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las características de la enfermedad y la respuesta lograda debido a la pequeña corte analizada. A pesar de ello encontramos que la tolerabilidad fue la esperada de acuerdo con la literatura.

**LIN0006: Sarcoma histiocítico, a propósito de un caso**

*Enid Mitzeli Ong Zárate, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Samuel Alejandro Hernández González, Pablo Alfredo García Chávez, Joel Bañuelos González, Francisco Ariel Domínguez Bejarano, Fátima Saray Sánchez Hernández, Gonzalo Vancini Becerra, Franía Norzagaray Orduño, Aimee Amairani Coronado Rosales, Diana Alonso Gálvez, Jesús Manuel Ramírez Acuña Acuña, Aníbal Sánchez Soltero, César Borjas Gutiérrez*

Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

**Objetivos:** Describir presentación clínica, manejo y evolución de un caso de sarcoma histiocítico.

**Antecedentes:** El sarcoma histiocítico (SH) es una neoplasia extremadamente rara de origen hematopoyético que explica menos del 1% de las neoplasias hematológicas. El SH puede ser localizado o diseminado. La mayoría de las lesiones se informan con presentación extraganglionar, con mayor frecuencia en los tejidos blandos y la piel. Otros sitios incluyen el tracto intestinal, SNC, las estructuras de la cabeza y el cuello como tiroides y parótida entre otros. El diagnóstico de SH se basa en la verificación de linaje histiocítico por medio de inmunohistoquímica y exclusión de otras neoplasias malignas de células grandes poco diferenciadas. Dada la baja frecuencia de este tumor no existe un protocolo de tratamiento específico.

**Caso clínico:** Hombre de 31 años, sin antecedentes de interés. Cuadro clínico inició en enero 2021 con crecimiento tumoral hacia fosa nasal izquierda, acompañado de pérdida ponderal de 5 kg y diaforesis nocturna. Fue sometido a biopsia excisional de la tumoración y se informó:

sarcoma histiocítico con inmunohistoquímica con positividad para CD68, CDK4, S-100, CD31, KI67 30%. La TAC muestra tumoración expansiva y destructiva de comportamiento agresivo en nariz y senos paranasales que erosiona todas las paredes del seno maxilar, con infiltración a orbita sin infiltración a globo ocular, infiltración a fosa temporal izquierda y protrusión desde el piso de la fosa temporal media izquierda hacia el espacio masticador, infiltra todos los senos paranasales, cavidad oral, nasofaringe y el exterior del vestíbulo, sin evidencia de actividad tumoral en otros sitios aparentes. La biopsia de médula ósea resultó normocelular para la edad, sin evidencia de infiltración maligna. Recibió radioterapia localizada a dosis de 50 Gy en 25 fracciones, posteriormente se proporcionó poliquimioterapia con esquema CHOP tras lo cual mostró disminución de la tumoración desde el tercer ciclo, sin embargo; luego de recibir el sexto mostró nuevo crecimiento tumoral lo que corrobora el comportamiento biológico agresivo y el pronóstico adverso. **Figuras 1 y 2**

**Conclusiones:** El SH es una neoplasia poco frecuente con comportamiento rápidamente progresivo, algunos se presentan de manera localizada. La falta de reportes de casos hace

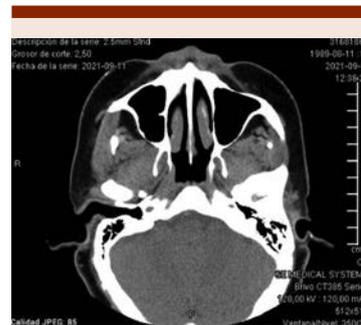


Figura 1.



**Figura 2.**

que no exista un régimen estándar lo que representa un reto terapéutico. Existen reportes donde se ha usado radioterapia en pacientes con afección localizada como en nuestro paciente en combinación con esquema citotóxico, el más utilizado ha sido el CHOP, sin embargo, muestran pobre respuesta al tratamiento.

**LIN0007: Linfoma de Burkitt esporádico: a propósito de un caso**

*Marilyn Celeste Cortés Moreno, Samuel Alejandro Hernández González, Pablo Alfredo García Chávez, Joel Bañuelos González, Fátima Saray Sánchez Hernández, Francisco Ariel Domínguez Bejarano, Enid Mitzeli Ong Zárate, Gonzalo Vancini Becerra, Diana Alonso Gálvez, Frania Norzagaray Orduño, Aimée Amairani Coronado Rosales, Aníbal Sánchez Soltero, Jesús Manuel Ramírez Acuña y César Borjas Gutiérrez*

Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

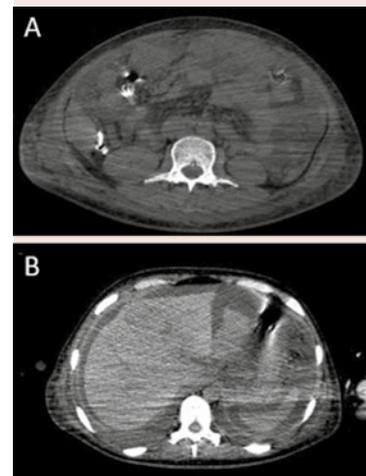
**Objetivos:** Describir un caso de linfoma de Burkitt esporádico en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente

**Antecedentes:** El linfoma de Burkitt (LB) es un subtipo raro y altamente agresivo de linfoma no Hodgkin (LNH) que se caracteriza por presentar rearrreglos en el oncogén MYC, causando una rápida proliferación neoplásica. La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de LB: endémico, esporádico y asociado a inmunodeficiencias. La forma endémica afecta predominantemente a pacientes pediátricos entre 4 y 7 años y la presentación mandibular es la forma más común, mientras que la forma esporádica se presenta a una edad media de 30 años y más frecuentemente se manifiesta con masas abdominales o linfadenopatías localizadas. El LB asociado a inmunodeficiencia afecta a personas infectadas con VIH o a receptores de trasplante de órganos.<sup>1</sup> La quimioterapia citotóxica con múltiples agentes con esquemas como R-DA-EPOCH o R-CODOX-M/IVAC pueden ser opciones terapéuticas para LB.

**Caso clínico:** Hombre de 18 años, comienza su cuadro con dolor abdominal, náuseas y vómitos de características biliares, diaforesis nocturna, pérdida ponderal de 20 kg en 3 meses y evacuaciones melénicas. Se realiza abordaje con endoscopía que mostró una úlcera gigante (120 mm) en curvatura menor del estómago de características infiltrativas, se toma biopsia de la lesión y se toma TAC, que describió un tumor sólido retropancreático con infiltración a epiplón menor, pared gástrica, mesocolon transverso, parénquima hepático y esplénico. La biopsia de la mucosa gástrica documentó una neoplasia linfoide maligna por infiltración de células medianas con moderado citoplasma, con presencia de macrófagos fagocitando linfocitos y múltiples mitosis atípicas. La inmunohistoquímica reportó CD20 +, CD79 +, bcl-6 +, c-myc +, CD10 +, CD34 -, bcl-2 - y

Ki67 96%. Hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con linfoma de Burkitt. Se otorga tratamiento con esquema R-EPOCH, después de un ciclo desarrolla síndrome de lisis tumoral y complicaciones infecciosas que finalmente ocasionan el cese de todas sus funciones vitales.

**Conclusiones:** Se reporta el caso de un paciente joven con LB esporádico. De acuerdo con la revisión de la literatura, este subtipo de linfoma es muy raro, representando aproximadamente el 1% de todos los LNH. A pesar de que se ha descrito que es una neoplasia altamente curable con tasas de supervivencia general de hasta el 80%, continúa habiendo complicaciones que son potencialmente mortales, de tal modo que el manejo oportuno de ellas es esencial para el pronóstico.



**Figura 1.**

**LIN0009: Linfoma no Hodgkin de células B de alto grado EC IV (infiltración pericardio, aurícula derecha, aurícula izquierda, arteria pulmonar, mama derecha y duodeno): reporte de caso**

Jesús Manuel Ramírez Acuña, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Joel Bañuelos González, Pablo Alfredo García Chávez, Samuel Hernández González, Gonzalo Vancini Becerra, Enid Mitzeli Ong Zárate, Fátima Saray Sánchez Hernández, Francisco Domínguez Bejarano, Diana Alonso Gálvez, Frania Norzagaray Orduño, Aimee Amairani Coronado Rosales, Aníbal Sánchez Soltero, José Antonio Escuela López, Lluvia Sugey Sosa Quintero, César Borjas Gutiérrez  
CMNO, IMSS

**Objetivos:** Descripción de caso de infiltración cardiaca por LNH y revisión de literatura.

**Antecedentes:** El LNH con infiltración cardiaca se reporta hasta en 20% y corresponde al 2% de neoplasias cardiacas, con incidencia infra estimada por porcentaje de casos asintomáticos y diagnóstico por autopsia. La infiltración cardiaca es descrita en 16% de pacientes con LH y 18% con LNH, mediana de 20 meses tras diagnóstico. Con síntomas sutiles hasta síntomas asociados a insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias, entre otros. Con nuevos estudios de imagen y opciones terapéuticas esto se puede ver con más frecuencia. El LDCBG es la histología más común. El diagnóstico requiere muestra histológica, en algunos casos análisis de líquido pericárdico. Supervivencia mediana reportada 18 meses con quimioterapia. Se sugiere la quimioterapia es la única terapia efectiva, y radioterapia en caso de progresión. Hay riesgo de perforación cardiaca en respuesta a quimioterapia. La quimioterapia en dosis reducida ha resultado segura y exitosa en reporte de casos, con esquemas CHOP 50% dosis, R-mini CHOP, y R-COMP.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años, con diagnóstico de linfoma no Hodgkin B de alto grado EC IV (infiltración pericardio, aurículas, arteria pul-

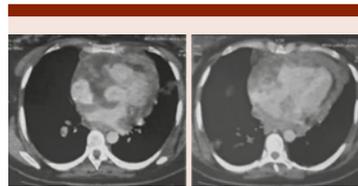
monar, mama derecha y duodeno) y síndrome de ICCV NYHA IV secundario. Evolución de 4 meses con dolor lumbar y abdominal, aumento volumen de mama derecha, hiporexia y 1 mes previo, disnea progresiva hasta el reposo, síntomas B, ortopnea y edema periférico. Abordaje con TC contrastada de 4 regiones con reporte de tumor en aurícula derecha, pericardio y trombosis de arterias pulmonares parcial, ecocardiograma con infiltración tumoral de cavidades derechas, aurículas, derrame pericárdico, hipertensión arterial pulmonar leve, FEVI 54%, biopsia de ganglio, endoscopia, concluyentes con LNH de células B grandes difuso de alto grado, no

centro germinal, con inmunohistoquímica positiva CD20 difuso, BCL2, BCL6, negativo C MYC, CD10 y Ki67 98%. Quimioterapia dosis reducida por riesgo de perforación con esquema R- mini CHOP.

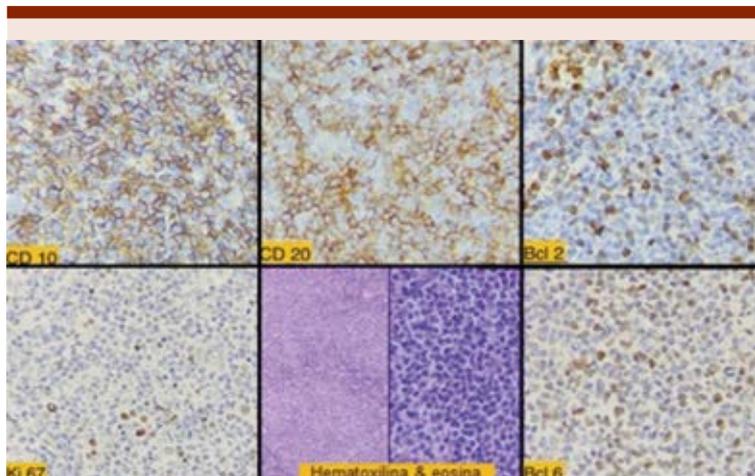
**Conclusiones:** Se reporta caso de infiltración cardiaca por LNH, debido a la rareza, revisión de literatura con reporte de hasta 20%, siendo infra estimado ya que diagnóstico requiere biopsia, mayoría obtenida en autopsia. Se reporta caso de paciente tratada con quimioterapia dosis reducida por riesgo de perforación cardiaca.

**LIN0010: Síndrome hipereosinofílico variante linfocítica, reporte de un caso**

Brian Guzmán Beltrán,<sup>1,2</sup> Ana Lucía Ron Magaña,<sup>2</sup> José Alejandro Padilla Ortega,<sup>1,2</sup> César Jonathan Vargas Carretero,<sup>2</sup> Norma Hilda Chamorro Morales,<sup>2</sup> Laura Olivia Villalobos de la Mora,<sup>2</sup> César Martínez Ayón,<sup>1,2</sup> Fátima Isaura Bhatti Mota,<sup>1,2</sup> María Alejandra Núñez Atahualpa,<sup>1,2</sup> Aldo Aldair Landeros Pérez,<sup>1,2</sup> Francisco Iván Arias García,<sup>1,2</sup> Diego Armando Zúñiga Tamayo<sup>3</sup>



**Figura 1.** TC contrastada 4 regiones: tumor en aurícula derecha, pericardio y trombosis de arterias pulmonares parcial.



**Figura 2.** Inmunohistoquímica: positiva: CD20 difuso, BCL2, BCL6, Ki67 98%. Negativo: C MYC, CD10.

<sup>1</sup> Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

<sup>2</sup> Servicio de Hematología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

<sup>3</sup> Centro de estudios especializados de patología, Guadalajara, Jalisco

**Objetivos:** Describir el abordaje diagnóstico en paciente joven con eosinofilia.

**Antecedentes:** Síndrome hipereosinofílico se define como eosinofilia en sangre periférica mayor a  $1.5 \times 10^9/L$  en dos determinaciones y daño o disfunción de órganos no explicado por otra causa. Se clasifica como hereditaria, idiopática, neoplásica o reactiva. La variante linfocítica se caracteriza por la producción excesiva de factores eosinofilo-poyéticos (p. ej. interleucina 5, IL-4, IL-13) por células T (Th2) clonales con expresión de fenotipo CD3-CD4+, ocasionando activación de células B policlonales con subsecuente incremento en niveles séricos de IgE y expansión eosinófila.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 25 años con 2 meses de evolución de disnea y pérdida de peso progresiva. Tres semanas con adenomegalias en cuello y región inguinal bilateral. Clínicamente con palidez, adenomegalias en cuello bilateral e ingles hasta 1 cm, no dolorosas, sin púrpura húmeda, petequias en tórax anterior, esplenomegalia de 5cm. Se identificó bicitopenia y eosinofilia, con hemoglobina de 6.9 g/dL, plaquetas  $39 \times 10^9/L$ , leucocitos de  $25.2 \times 10^9/L$ , neutrófilos  $11.4 \times 10^9/L$ , linfocitos  $1.8 \times 10^9/L$ , eosinófilos  $11.4 \times 10^9/L$ ; DHL 239UI/L (N: 207 - 414), serologías virales no reactivas. Aspirado de médula ósea hematopoyética hipocelular, serie granulocítica hiperplásica con eosinofilia y atí-

pia, megacariocítica hipoplásica, inmunofenotipo de médula ósea no específico con incremento en población de eosinófilos. Se realiza tomografía tóraco-abdominal que reporta hepatoesplenomegalia, bazo de 20cm. Se continúa abordaje con coproparasitoscópico sin trofozoítos ni quistes, triptasa 23.3ng/mL (2-10), IgE 9.6UI/mL (20-100), cianocobalamina  $>2000pg/mL$ , (180-914), mutación JAK2 negativa, t(9;22) negativa. Biopsia de ganglio inguinal de 2.5x1.3cm con proliferación de elementos con citoplasma eosinófilo y linfocitos T CD3+CD4+++ en zona parafolicular. Durante su hospitalización presentó dolor precordial y disnea con incremento en BNP 3884pg/mL ( $>400pg/mL$ ), troponina y CPK-MB normales, ecocardiograma con FEVI 56%. Se inicia tratamiento con metilprednisolona 1g IV cada 24 horas por 3 días e hidoxicarbamida 1g VO cada 8 horas, presentando descenso de eosinófilos al tercer día en  $0.44 \times 10^9/L$ .

**Conclusiones:** El síndrome hipereosinofílico variante linfocítica se considera una enfermedad linfoproliferativa de células T CD3-CD4+ indolente, ocasionalmente con expresión débil de CD3. Entidad de complejo abordaje diagnóstico en la cual se deben descartar causas reactivas, neoplásicas e infecciosas. El diagnóstico se realiza al documentar clona de células T CD3-CD4+ mediante citometría de flujo y/o inmunohistoquímica, así como rearrreglo de TCR $\gamma$ . Se ha asociado con progresión a linfoma de células T periférico y linfoma angioinmunoblástico de células T, de ahí la importancia de contar con amplio panel de inmunofenotipo y/o inmunohistoquímica, así como presentación clínica para lograr discernir entre estas enfermedades.

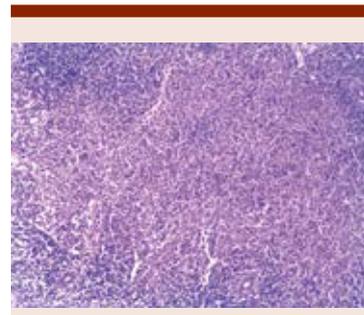


Figura 1.

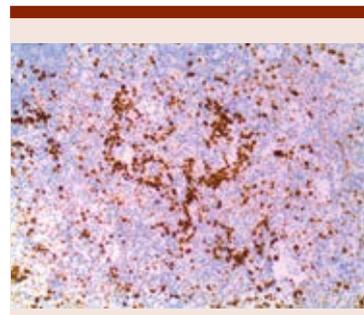


Figura 2.

**LIN0011: Predicción del riesgo de toxicidad a la quimioterapia y análisis de mortalidad empleando la escala CARG en pacientes adultos mayores con linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México**

*Estrella Noble Olivares y Fernando Pérez Jacobo*

Hospital Central Norte Pemex, Ciudad de México

**Introducción:** Los adultos mayores en tratamiento con quimioterapia debido a neoplasias hematológicas son un grupo de alto riesgo para desarrollar eventos adversos, particularmente eventos graves, definidos como aquellos que ponen en riesgo la vida o que provocan la muerte. La escala del Cancer and Aging Research Group (CARG) es

un instrumento validado de 11 ítems que incluye variables de la valoración geriátrica integral para identificar pacientes de riesgo bajo, intermedio y alto.

**Objetivos:** Determinar si existe relación significativa entre el puntaje de la escala CARG y el grado de toxicidad a la quimioterapia presentado en pacientes ancianos con Linfoma no Hodgkin Difuso de Células Grandes B (LNH DCGB).

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de 26 pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de LNH DCGB tratados en el Hospital Central Norte de Pemex entre los años 2007 y 2020. Se categorizó el riesgo de toxicidad en bajo, intermedio y alto riesgo de acuerdo a la escala del CARG y se registraron los eventos adversos hematológicos y no hematológicos presentados durante el tratamiento clasificándolos en 5 grados de acuerdo a lo propuesto por la Common Terminology Criteria for Adverse Events versión 5.0.

**Resultados:** La mediana de edad en los pacientes fue de 74 años [65-91] y el 61.5% pertenecieron al género masculino. Quince pacientes (55%) se encontraban en estadios tardíos al momento del diagnóstico. La mediana de puntuación en la escala CARG fue de 9 puntos y el 45.8% presentó riesgo alto de toxicidad de acuerdo a la misma. Doce pacientes (46.2%) presentaron toxicidad hematológica grado 3 o mayor; 9 (34.6%) toxicidad hematológica grado 3 o mayor (principalmente gastrointestinal) y 6 (23.1%) presentaron dos o más diferentes tipos de toxicidad grado 3 o mayor. Se presentaron 3 eventos de mortalidad asociados a toxicidad (2 por sepsis relacionada a neutropenia grave febril y una trombotosis mesentérica). Puntajes en la escala CARG  $\geq 10$  predijeron el 88.6% de eventos graves en nuestra serie ( $p = 0.04$ ). No encontramos asociación entre los puntajes de ECOG

ni índice de Karnofsky y toxicidad. En el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier, encontramos una menor mediana de supervivencia en pacientes con CARG  $\geq 10$  (67 [IC95% 62.1- 96.8] vs 20 [IC95% 1- 69.5] meses,  $p= 0.032$ ); y usando la división de riesgo de acuerdo al estudio original por Hurria et al, encontramos una tendencia a una menor supervivencia en pacientes de riesgo alto ( $p= 0.062$ ).

**Conclusiones:** Existe correlación estadísticamente significativa entre

el puntaje CARG y el grado de toxicidad que presentan los pacientes, por lo tanto, es útil en la predicción de eventos graves en pacientes adultos mayores con LNH DCGB en tratamiento con quimioterapia con intento curativo.

**LIN0013: Linfoma primario de mama; reporte de un caso**

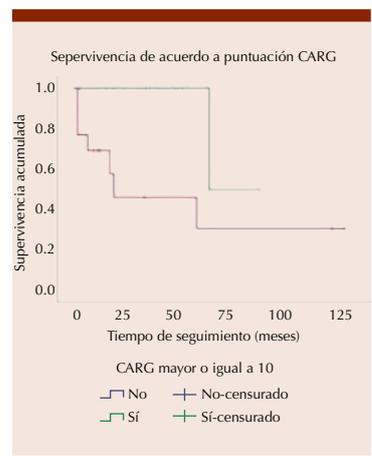
*Cindy Trinidad Vera Villlicaña, Patricia Zagoya Martínez, José Alejandro Limón Flores, Lilia Adela García Stivalat, Vanessa Terán Cerqueda*

Hospital de Especialidades UMAE, CMN General de División Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla

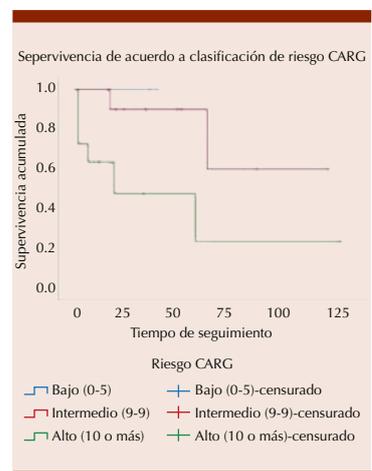
**Objetivos:** Descripción de características clínicas, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con linfoma primario de mama.

**Antecedentes:** El linfoma primario de mama (LPM) es una entidad poco frecuente; representa menos del 0.5% de los tumores malignos de mama y de 2-3% de los linfomas extranodales. El patrón histológico más común es el difuso de células grandes B, la edad media de presentación es de 60-65 años y se presenta como tumor solitario e indoloro; la retracción de pezón y presencia de secreción no son comunes y los síntomas B por lo general no están presentes. Los criterios diagnósticos (Wiseman y Liao; 1972) son: 1) Presencia de tejido mamario adyacente a tumor, 2) sin antecedente de linfoma o enfermedad diseminada, 3) adenomegalias axilares ipsilaterales. El pronóstico está determinado por la edad, estado funcional, tamaño tumoral mayor a 4-5 cm, estadio Ann Arbor IE y IIE, con supervivencia global a 5 años de 78-83% y 20-57% respectivamente.

**Caso clínico:** Mujer de 34 años con antecedente de trombocitopenia inmune primaria en 2016; se autodetecta tumoración en mama derecha retroarolar de 6 cm en



**Figura 1.** Supervivencia de acuerdo a puntuación CARG.



**Figura 2.** Supervivencia de acuerdo a clasificación de riesgo CARG.

2018; mastografía con aumento en densidad de la región subareolar de 7x4x3.5cm; biopsia por trucut: mastitis crónica. Presenta crecimiento acelerado de mama de más de 30 cm, le realizan mastectomía simple con bordes amplios; el reporte histopatológico con diagnóstico de linfoma difuso de células grandes B CD 20 positivo. PET SCAN con aumento de metabolismo en mama 29 SUV sin evidencia de actividad tumoral en otro sitio. Recibe quimioterapia RCHOP 6 ciclos, quimioterapia intratecal más radioterapia 46 Gy, logrando remisión. Presenta crisis convulsivas en Julio 2019; la resonancia magnética con hiperdensidad en ángulo pontocebeloso; líquido cefalorraquídeo sin infiltración; evoluciona a estatus epiléptico condicionando muerte de la paciente.

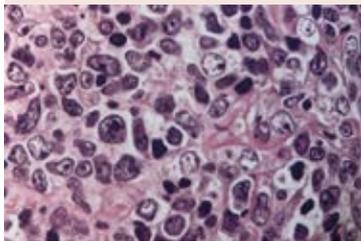


Figura 1.

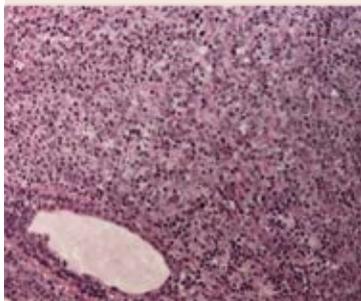


Figura 2.

**Conclusiones:** En los pacientes con sospecha de LPM la cirugía de elección para el diagnóstico es la de mínima invasión; la mastectomía aumenta la tasa de morbilidad y no ofrece mayor beneficio que la quimioterapia/radioterapia. La recaída a sistema nervioso central se ha reportado en 5-15%, sin embargo, no hay un consenso específico sobre la profilaxis a sistema nervioso central de forma mandatoria.

**LIN0014: Linfoma de Hodgkin clásico, características clínicas y evaluación de la respuesta**

Juan Manuel Pérez Zúñiga,<sup>1</sup> Eleazar Hernández Ruiz,<sup>1</sup> Lourdes Esthela Juan Lien Chang,<sup>2</sup> Jorge Luis Aquino Salgado,<sup>3</sup> Gabriel Barragán Ibañez,<sup>3</sup> Wilfrido Herrera Olivares,<sup>4</sup> Luisa Banda García,<sup>5</sup> Eva Fabiola Ramírez Romero,<sup>6</sup> Martha Alvarado Ibarra,<sup>1</sup> José Luis Álvarez Vera,<sup>1</sup> José Antonio De la Peña Celaya,<sup>1</sup> Luara Luz Arana Luna,<sup>1</sup> María Eugenia Espitia Ríos,<sup>1</sup> Antonioni de Jesús Ortega Luis,<sup>3</sup> Atenas Villela Peña,<sup>7</sup> Oscar Teomitzi Sánchez,<sup>7</sup> Emely Johanny Soriano Mercedes,<sup>1</sup> Rosalinda Peñaloza Ramírez,<sup>3</sup> Alba E Morales Hernández,<sup>8</sup> Liliana Medina Guzmán,<sup>9</sup> Verónica Mena Zepeda<sup>10</sup>

<sup>1</sup> CMN 20 de Noviembre ISSSTE

<sup>2</sup> Unidad de Oncología y Servicios de Salud del Estado de Puebla

<sup>3</sup> Hospital Regional de Alta Especialidad, de Oaxaca, Oaxaca

<sup>4</sup> Hospital Regional de Puebla, Puebla ISSSTE

<sup>5</sup> Hospital General de Zona No. 11 de Xalapa Veracruz

<sup>6</sup> Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca, Oaxaca ISSSTE

<sup>7</sup> Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE

<sup>8</sup> Hospital Ángeles Clínica Londres

<sup>9</sup> Star Médica Querétaro

<sup>10</sup> Hospital Ángeles Lindavista

**Introducción:** El linfoma Hodgkin (LH) es una neoplasia de células B, su incidencia se estima en 2.2/100000 habitantes por año,

corresponde al 10% de todos los linfomas, con predominio en varones y una característica bimodal en cuanto a la edad, con un pico a los 20 y 60 años.

**Objetivos:** Describir las características clínicas del linfoma Hodgkin clásico (LHc), inmunohistoquímica (IHQ) y grados de respuesta.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, con LH según criterios OMS 2008. Se recolectaron datos del expediente clínico y hoja de seguimiento y se creó un análisis en programa SPSS versión 23. Realizamos estadística descriptiva, comparación de medidas repetidas por prueba de T de student.

**Resultados:** Participaron 10 hospitales, con un total 103 pacientes. El LHc correspondió al 94.2%, el 5.8 fue no clásico; la variante más frecuente fue esclerosis nodular en el 54.6%, seguido de celularidad mixta 34%, rico en linfocitos 8.2% y depleción linfocítica 3.1%; con una mediana de edad de 35 años (5-77), observamos un pico trimodal a la edad de 25 a 35 años, 51 a 61 años y 74 a 80 años, 55.3% fueron varones. La expresión por IHQ: el 73% fue positivo a CD15, 91% positivo a CD30, en 27% de los casos se reportó el KI 67 con una mediana de 30%, 14% reportó positividad a CD68. De los síntomas B: 36% presento fiebre, 45% diaforesis, 45% pérdida de peso. El ECOG 0 del 47.6%, ECOG 1 de 35. la etapa clínica: temprana I-II del 39.8%, enfermedad estadio avanzado III-IV 60.2%. Enfermedad Bulky 25.2%, 2.9% positivo a VIH y VEB, el 94.2% recibió ABVD en primera línea, con mediana de ciclos 5.3 (1-8), 27.2% recibió RT, método de evaluación en el 68.9% con TAC. La respuesta obtenida con RC 85.4%. 22.2% requirió segunda línea de tratamiento de los cuales el 40% se baso con Brentuximab solo

o en combinación con quimioterapia y 7.8% amerito una 3 línea de tratamiento.

**Conclusiones:** LH es una enfermedad poco frecuente, con presentación en estadios avanzados en nuestra población, pero aun con una buena respuesta al tratamiento de 1 línea con esquema ABVD

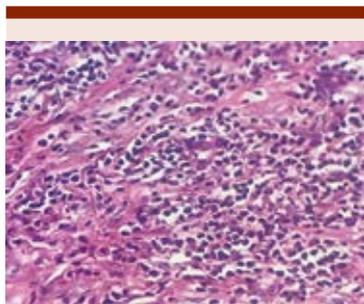


Figura 1.

**LIN0017: Linfohistiocitosis hemofagocítica en sistema nervioso central, presentación de un caso**

Mayra Lizbeth Mayo Martínez, Rocío Luna Tentle, Andrea Iracema Milán Salvatierra, Mónica Tejeda Romero, Jorge Cruz Rico, Faustino Leyto Cruz Hospital Juárez de México

**Objetivos:** Se presenta caso clínico de paciente con linfohistiocitosis hemofagocítica en sistema nervioso central.

**Antecedentes:** La linfohistiocitosis hemofagocítica es un padecimiento caracterizado por una activación descontrolada de los linfocitos T citotóxicos, NK y macrófagos que resulta en hipercitoquinemia y daño mediado por inmunidad de múltiples órganos y sistemas. Se dividen en causas primarias y secundarias (infecciones, malignidad, estímulos autoinmunes). En cuanto al tratamiento se basa en inmunosupresores, altas dosis de corticoesteroides e inhibidores de

la topoisomerasa. El pronóstico es malo con una supervivencia media de 4 meses. La afección en sistema nervioso central es común en líquido cefalorraquídeo, pero la afección parenquimatosa es muy rara.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 23 años con antecedente de síndrome histiocitosis sinusoidal en 2018 con afección en región periocular de ojo derecho, parpado inferior, labio y paladar superior, hepatoesplenomegalia, reactividad ganglionar cervical y retroperitoneal, derrame pleural izquierdo, tratado con AINES y prednisona. Recaída en 2019 en labio superior y hepatomegalia, recibiendo tratamiento con prednisona. Inicia padecimiento actual en diciembre del 2020 con crisis convulsivas tónico clónicas, ptosis palpebral izquierda, pancitopenia, hepatoesplenomegalia, picos febriles, aumento de volumen en labio y paladar superior por lo que ingresa a nuestro servicio en febrero del 2021 para valoración, se solicita resonancia magnética de cráneo observándose evidencia de dos lesiones las cuales realzan en región frontal y parietal, las dos con sangrado perilesional de lesión en región temporal y frontal. Se realiza biopsia de lesiones intracraneales por parte de neurocirugía, con reporte de inmunofenotipo positivo para S100 y negativo para CD1a, en correlación con histiocitosis tipo linfohistiocitosis hemofagocítica. Se realiza biopsia de hueso con aspirado de medula ósea con celularidad incrementada, megacariocitos presentes, hiperplasia granulocítica, dishemopoyesis severa, se observa hemofagocitos moderados. Se realiza biopsia de piel de labio superior con infiltrado linfohistiocítico con predominio de células T dérmico y en panículo adiposo. Con conteo de linfocitos T/NK disminuidos por citometría de flujo, hiperferritinemia,

cumpliendo criterios de linfohistiocitosis hemofagocítica por lo que se inicia tratamiento con radioterapia a sistema nervioso central y dexametasona, etopósido, vincristina y ciclofosfamida. Actualmente en remisión completa de las lesiones de sistema nervioso central y labio superior. Biopsia de medula ósea sin datos de hemofagocitosis.

**Conclusiones:** Se presenta paciente con linfohistiocitosis hemofagocítica en parénquima cerebral, la cual es una forma de presentación muy rara, actualmente con adecuada

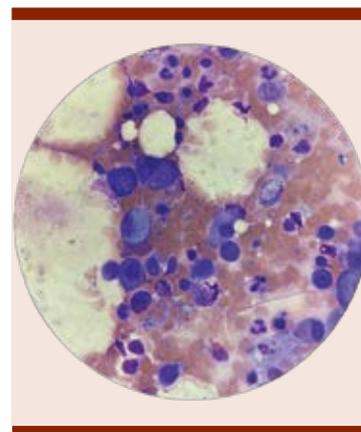


Figura 1.

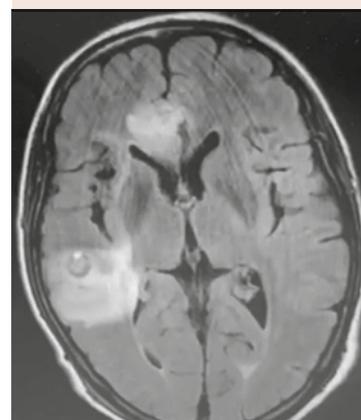


Figura 2.

respuesta a tratamiento. Bibliografía Al-Samkari H., Berline N., Hemophagocytic Lymphohistiocytosis. Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis. 2018. 13:1.1-1.23.

#### **LIN0018: Caracterización molecular de tumores primarios de pacientes con linfoma difuso de células B grandes**

*Rafael Cerón Maldonado, Adolfo Martínez Tovar, Christian Omar Ramos Peñafiel, Efree Horacio Montaña Figueroa, Juan Collazo Jaloma, Emma Mendoza García, Juan José Navarrete Pérez, Carlos Martínez Murillo, Anel Irais García Laguna, Iveth Mendoza Salas, Adrián De La Cruz Rosas, Irma Olarte Carrillo*

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el más común de los linfomas extranodales. Más del 60% de los casos son diagnosticados en estadios avanzados, el índice Pronóstico Internacional (IPI) contempla un criterio adverso. Conocer la biología molecular del tumor primario es importante para identificar marcadores con valor pronóstico, y ser de utilidad para terapia molecular dirigida y seguimiento de la enfermedad. Por lo tanto, identificar genes implicados en resistencia al tratamiento, resistencia a la apoptosis, angiogénesis, proliferación, inmortalidad replicativa y metastásicos, no han sido estudiados, en este tipo de neoplasia.

**Objetivos:** Identificar los biomarcadores moleculares ABC-B1, BCL2, BCL6, CK19, KI67, VEGFR1, hTERT, TWIST-1,  $\alpha$ -SMA, SNAIL, MAGE-A4 y NY-ESO1 en tumores primarios de pacientes con LDCBG.

**Materiales y Métodos:** Se caracterizaron 10 tumores primarios (ganglios linfáticos) de pacientes con LDCBG en estadio clínico avanzado (III y IV), 7 casos de Célula B

Activada y 3 de Centro Germinal, edad promedio 47 años, 5 hombres y 5 mujeres, a los cuales se les realizó biopsia excisional para la extracción de RNA, síntesis de cDNA y la cuantificación de los biomarcadores mediante RT-qPCR en el equipo StepOne, usando el método de  $2^{-\Delta\Delta CT}$ . Se utilizaron 10 ganglios no neoplásicos como controles sanos.

**Resultados:** Se determinó que todos los ganglios presentaron sobre expresión del al menos un gen del panel de biomarcadores. El biomarcador con mayor frecuencia de sobre expresión fue el BCL2 con 70% (7/10), ABCB1, CK19, MAGE-A4, TWIST1 y VEGFR1 con 40% (4/10),  $\alpha$ -SMA se encontró en 30% (3/10), BCL6, EpCAM y SNAIL se encontraron en 20% (2/10) y por último KI67, hTERT y NY-ESO1 se encontraron en 10% (1/10). La mayor cantidad de biomarcadores fue 9 La combinación del paciente que expresó 9 biomarcadores ( $\alpha$ -SMA, ABCB1, BCL2, BCL6, CK19, MAGE-A4, SNAIL, TWIST1 VEGFR1) presentado en casos de Célula B Activa en estadio clínico IV.

**Conclusiones:** Al conocer la expresión génica del tumor y de las altas tasas de migración tumoral se pretende considerar este panel de biomarcadores en la práctica clínica para la identificación de marcadores circulantes en sangre periférica (biopsia líquida) como una herramienta adicional en el diagnóstico y monitorización de la terapia en LDCBG. Este trabajo fue apoyado por la Dirección de Investigación del Hospital General de México con números de registro DIC/08/204/04/017, DI/16/103/3/035 y DI/19/103/03/006.

#### **LIN0019: Detección de biomarcadores metastásicos en células tumorales circulantes en biopsias líquidas de pacientes**

#### **con linfoma difuso de células B grandes**

*Rafael Cerón Maldonado, Adolfo Martínez Tovar, Christian Omar Ramos Peñafiel, Iveth Mendoza Salas, Anel García Laguna, Adrián De La Cruz Rosas, Goujon Palmeros Morgado, Efree Montaña Figueroa, Carlos Martínez Murillo, Juan Collazo Jaloma, Irma Olarte Carrillo*

Hospital General de México. Dr Eduardo Liceaga

**Introducción:** La metástasis, producida por la migración y subsecuente proliferación de células tumorales circulantes (CTCs), es el peor criterio pronóstico en cáncer. La detección y caracterización de CTCs, en diversos tipos de cáncer no hematológico, ha contribuido a la determinación de factores pronósticos, y son utilizadas en el monitoreo de la terapia y como blancos terapéuticos. Diversos marcadores moleculares, han sido de gran utilidad para la detección de CTCs en pacientes con cáncer. Sin embargo, en el caso del Linfoma Difuso de Células B Grandes (LDCBG), neoplasia hematológica más frecuente y con alto grado de diseminación tumoral, el estudio de CTCs es prácticamente nulo, surgiendo la necesidad de desarrollar el presente estudio.

**Objetivos:** Detectar los biomarcadores metastásicos: ABC-B1, BCL2, BCL6, CK19, KI67, VEGFR1, hTERT, TWIST-1,  $\alpha$ -SMA, SNAIL, MAGE-A4 y NY-ESO1 en CTCs en biopsias líquidas de pacientes con LDCBG.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, experimental y analítico. Se obtuvieron 138 muestras de sangre periférica de pacientes con LDCBG de novo, y 138 muestras de donadores sanos (previo consentimiento informado). Se aislaron CTCs por gradiente de densidad, de las que se aisló RNA para la síntesis de cDNA y detección de los biomar-

cadres moleculares mediante RT-qPCR con sondas Taqman en el equipo Step One™. La cuantificación relativa de expresión de los genes se realizó por el método de  $2^{-\Delta\Delta CT}$ .

**Resultados:** De los 138 pacientes incluidos presentaron una edad promedio 53.6 años (20- 87). En relación con el género, se encontró el 56% femenino y masculino 44%. En cuanto al subtipo del Centro Germinal (CG) el 56% y de la célula B Activada el 44%. El 62% (86/132) de los pacientes sobre expresó alguno de los genes analizados. Los biomarcadores con mayor frecuencia de sobre expresión fueron BCL2 y el gen de resistencia a drogas ABCB1 con 26% (36/138), seguido del gen implicado en angiogénesis VEGFR1 en 25% (35/138), TWIST1 (marcador metastásico) en 19% (26/138), el gen BCL6 en 18% (25/138),  $\alpha$ -SMA se encontró en 17% (24/138) y EpCAM en 16% (22/138).

**Conclusiones:** Se realizó la detección y caracterización molecular de las CTCs de pacientes con LDCBG mediante la sobreexpresión de los oncogenes y la expresión de genes específicos de tumor implicados en la resistencia al tratamiento, resistencia a la apoptosis, angiogénesis, proliferación, inmortalidad replicativa y marcadores metastásicos, determinando su frecuencia en en pacientes hematológicos. Este trabajo fue apoyado por AMGEN 20187475 y por la Dirección de Investigación del HGM DI/19/103/03/006.

#### LIN0020: Linfoma no Hodgkin de células T periférico, a propósito de un caso

*Pablo Alfredo García Chávez, Marilyn Celeste Cortés Moreno, Joel Bañuelos González, Samuel Alejandro Hernández González, Aimee Amairani Coronado Rosales, César Borjas Gutiérrez, Arturo Vega Ruiz*

Departamento de Hematología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente

**Objetivos:** Describir la presentación clínica y evolución de un caso de linfoma de células T periférico NOS con afección extranodal.

**Antecedentes:** Los linfomas periféricos de células T son un grupo heterogéneo de neoplasias generalmente agresivas que constituyen menos de 15% de todos los linfomas no Hodgkin en adultos. El LNH de células T no especificado de otra manera (NOS) es el subtipo más frecuente dentro de este grupo, representando hasta el 30%. La afección extranodal (cutánea o gastrointestinal) se presenta en el 23% de los pacientes.

**Caso clínico:** Masculino de 37 años, con diagnóstico inicial de psoriasis pustular de 10 años de evolución, por histopatológico de biopsia de mano y mejilla derechas, en seguimiento por dermatología, multitratado, (inmunosupresores: metotrexate, azatiopina, ciclosporina, talidomida; corticoides, terapia blanco con anti IL17), con sobreinfecciones recurrentes de lesiones. En enero de 2021, presenta diseminación de lesiones a cara, predominio área ocular, con datos de sobreinfección, que amerita hospitalización. Por evolución tórpida, se realiza biopsia de órbita derecha, con conclusión de linfoma de células T periférico NOS con CD3 y CD4 positivos, negativo para otros marcadores. Se descartó la presencia de linfocitos clonales en sangre periférica, así como infiltración linfomatosa de médula ósea. Tomográficamente con afección de tejidos blandos ambas órbitas, sin afectación ganglionar. Ecocardiograma con fracción de eyección de 60% iniciando tratamiento de primera línea, primer ciclo con CHOEP, tras el cual presentó disminución mayor del 50% de área

afectada. Posteriormente se pierde seguimiento de paciente en la consulta externa.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de un paciente que curso con un cuadro clínico prolongado de 10 años con un diagnóstico de psoriasis pustulosa, la cual nunca tuvo un adecuado control pese a la administración de inmunosupresores o terapia con anticuerpos monoclonales. El rango etario de presentación se sale fuera de los reportes actuales, que indican suele



Figura 1.

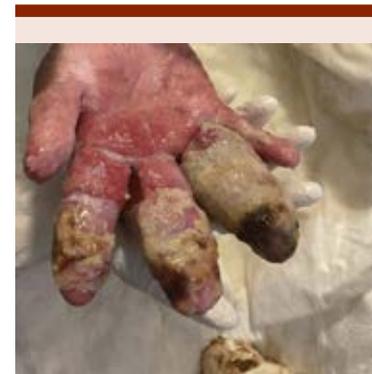


Figura 2.

ser a una edad media de 60 años. La sospecha clínica de las neoplasias linfoproliferativas de estirpe T como causa de lesiones cutáneas de difícil control, debe tenerse en cuenta para evitar retrasos diagnósticos y con ello evitar disminución de la calidad de vida y supervivencia de vida. Tras el deterioro del cuadro clínico y la toma de biopsia se confirmó el diagnóstico. El inicio de terapia citotóxica presentó mejoría clínica significativa.

**LIN0022: Trombocitopenia inmune, punta de iceberg en linfoma de Hodgkin; presentación de caso**

*Yuliana Montserrat Medina López, Adriana Carolina Sandoval González, María Guadalupe González Villarreal, Daniel Gómez González, María Madia Corolla Salinas*

Servicio de Hematología Pediátrica, UMAE 25 Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS, Monterrey, NL

**Objetivos:** Presentar caso de gran reto, debido al debut con inmunidad meses previos al diagnóstico oncológico.

**Antecedentes:** Trombocitopenia inmune es una enfermedad autoinmune de etiología variable, causa eventos hemorrágicos y disminución en la cuenta plaquetaria. Alteraciones autoinmunes como trombocitopenia inmune o anemia hemolítica, han sido ampliamente descritas en linfoma no Hodgkin, pero son poco frecuentes asociadas a linfoma de Hodgkin (LH).

**Caso clínico:** Femenina 11 años, sin antecedentes relevantes. Inicia con epistaxis recurrente profusa, hematomas y petequias, reportándose 15 mil plaquetas. Se diagnostica trombocitopenia inmune primaria y se decide dar manejo con prednisona, presentando remisión completa con plaquetas de 400mil. Es referida a nuestro servicio para seguimiento, se solicitaron estudios comple-

mentarios inmunológicos/virales reportándose negativos. Durante todo su seguimiento se manejó con prednisona, al realizar disminución paulatina presentó múltiples recaídas con epistaxis, petequias y plaquetas <30mil; cuadros que se manejaron con gammaglobulina y/o esteroide (Metilprednisolona y prednisona al egreso) en su unidad, presentando remisión en todos los cuadros con plaquetas >200mil. A 10 meses del diagnóstico, se observa en resultado de biometría hemoglobina (HB) 9.5 (VCM 72.3 HCM 23.3) resto normal; estudios virales e inmunológicos resultaron negativos, Coombs directo negativo, Reticulocitos 2%, hierro sérico y ferritina normal. Pierde seguimiento por causas familiares. Regresa 7 meses después refiriendo cuadro de fiebre hasta 39°C, vómito en 5 ocasiones, cefalea, en laboratorio se detecta HB 7.6, VCM 70.7 HCM 21.1 Leucocitos 5,100 Neutrófilos 3700 Linfocitos 700, Plaquetas 287mil, leucocitos 30-40 por campo en EGO. A la exploración múltiples ganglios en región cervical menores a 2cm, esplenomegalia 3 cm. En protocolo de estudio se realiza tomografía, encontrando: múltiples adenopatías en región cervical, axilar, mediastinal, abdominal y hepatoesplenomegalia. Aspirado médula ósea sin datos de malignidad. Se realiza biopsia ganglio cervical, reporta LH variedad esclerosis nodular, catalogándose estadio IVS, B y se inicia tratamiento con esquema AVBD.

**Conclusiones:** En pediatría la incidencia reportada de trombocitopenia inmune asociada a LH es 2-20 casos por millón (<1%), dependiendo de la edad; relación 2:1 predominio varones. La forma de asociación entre ambas patologías es muy variable, la más frecuente es previa al diagnóstico LH (6 meses a 9 años antes), y se

asocia a mal pronóstico. El LH de celularidad mixta, es la variante más relacionada con alteraciones autoinmunes. Se comenta caso de preadolescente con trombocitopenia inmune como debut muy poco frecuente asociado a LH, 17 meses previos al diagnóstico oncológico, y con una variante LH que raramente causa estos síntomas; sin embargo, actualmente remisión completa de trombocitopenia y en manejo con quimioterapia.

**LIN0024: Micosis fungoide en fase tumoral**

*María Guadalupe Martínez Villa, Gabriel Barragán Ibáñez, Rosalinda Peñaloza Ramírez, Elisa Alonso Castillo, Elizabeth López Santiago, José Pablo Quero Reyes, Jaqueline Hernández Ortiz, Iván Manuel Leboeiro Cruz*  
Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

**Objetivos:** Dar a conocer el caso clínico de una paciente con micosis fungoide en fase tumoral.

**Antecedentes:** La micosis fungoide (MF) es un linfoma cutáneo de bajo grado que conforma más de la mitad de todos los linfomas cutáneos primarios, el síndrome de Sézary es más raro, representa alrededor del 5% de los casos. La MF se caracteriza por la proliferación de epidermotrópicos, Células T cerebriformes, se divide en tres fases clínicas parche, placa, y fase tumoral, el curso clínico se prolonga a lo largo de los años o décadas.

**Caso clínico:** Femenino de 40 años de edad, originaria y residente de Oaxaca. Inicia su padecimiento en octubre 2019 con manchas rojas en mentón, y tórax anterior, acompañándose de piel seca, en diciembre 2020 presenta tumoraciones exofíticas en los brazos, diseminado de forma progresiva, e incrementándose de tamaño, acompañado de síntomas B y prurito intenso, no cediendo a la administración de

antihistamínicos. Exploración física: Dermatitis de aspecto monomorfo constituida por piel infiltrada, hiperpigmentada, café clara, así como múltiples neoformaciones exofíticas de diferente forma y tamaño de color rosadas, ulceradas en su centro, con descamación blanco amarillenta, zonas erosionadas por rascado, abarcando el 95% de la superficie corporal de la piel, sin presencia de adenomegalias. Estudios de laboratorio: Leucocitos 10, 650, neutrófilos 6,370, plaquetas 451,000, hemoglobina 10 g/dL. Perfil TORCH y viral negativo. Tinción de Pas, Zielh Neelsen y Grocott negativo. Estudios de imagen: Tomografía computarizada: Múltiples ganglios en todos los niveles ganglionares cervicales, el mayor mide 18x9 mm, también adenopatías en región axilar e inguinal, y múltiples lesiones en piel. Biopsia de la piel: piel con infiltración por Linfoma no Hodgkin periférico no específico. Biopsia de piel: CD30-, CD3-, CD4++, CD56-, CD5-, CD8-, CD45+++, PDL-1 -: micosis fungoide en fase tumoral. Biopsia de hueso: sin infiltración. Inmunofenotipo: con un 16% de células T maduras con fenotipo compatible a celas de Sezary (CD3+, CD4+,

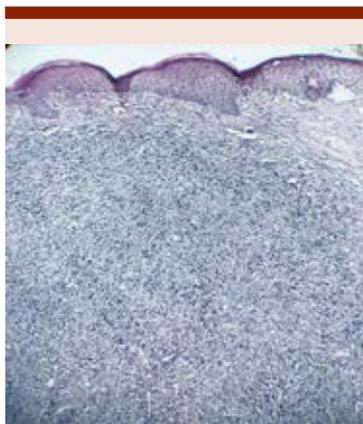


Figura 1.

CD7-) Se inicio tratamiento con quimioterapia con 6 ciclos de CHOEP. Actualmente en remisión de su enfermedad.

**Conclusiones:** La micosis fungoide es una enfermedad rara a pesar de ser la forma más común de todos los linfomas primarios cutáneos de células T, sobre todo en fase tumoral. Es importante considerar esta patología como una posibilidad diagnóstica y ofrecer un tratamiento temprano.

**LIN0025: Linfoma TNK extranodal atípico: reporte de caso**

*Elisa Castillo Alonso, Gabriel Barragán Ibañez, Lorena Domínguez Estelle, Rosalinda Peñalosa Ramírez, Irma Luisa Mejía Salvador, Elizabeth López Santiago, Iván Manuel Leboreiro Cruz, Jaqueline Hernández Ortiz, José Pablo Quero Reyes, María Guadalupe Martínez Villa*

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

**Objetivos:** Presentamos el caso de una femenina de 25 años de edad con presentación atípica de linfoma de células T/NK extra nodal en área facial.

**Antecedentes:** El linfoma T NK extra nodal, es una neoplasia linfoide rara, agresiva, con una incidencia menor al 1% de todos los Linfomas no Hodgkin. Es más frecuentes en poblaciones asiáticas, indígenas de América Latina y México. El linfoma TNK afecta tejido linfoide del tracto respiratorio superior, seguido de la piel. Se caracteriza por obstrucción nasal y epistaxis. La lesión típicamente causa destrucción local del cartílago del hueso y tejidos blandos.

**Caso clínico:** Femenino de 25 años sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento con aumento de volumen a nivel peri orbitario, maxilar superior, y peribucal del lado derecho, con

coloración eritematoviolácea. Fue tratada con esteroides y antibióticos, sin respuesta. Posteriormente se agregó pérdida de peso 5 kg, disfonía, disfagia progresiva a sólidos y líquidos, además de sialorrea nocturna. A la exploración física con edema facial en hemicara derecha abarcando región orbicular, cigomático, maxilar superior e inferior hasta triángulo submandibular del cuello, de consistencia blanda, sin fovea, no dolorosa a la palpación e induración en planos profundos, y presencia de zona excoriada en región palpebral izquierda. Resto de la exploración normal. Tomografía axial computarizada: Conglomerado ganglionar que se extiende desde el espacio parotídeo hasta el nivel II derecho del cuello, edema facial con afectación de hemicara derecha. Biopsia de piel: Linfoma TNK extraganglionar Inmunohistoquímica: CD3+, CD4+, CD30+, CD56+, CD57-, CD43-/+, GRANZIMA +, CD45+, P53+: Diagnóstico de Linfoma de células TNK nasal BH: Leucocitos 3.09 uL, Neutrófilos 1.7uL, Hb: 13.4 g/dl, Plaquetas: 144,000 uL PFH: Albumina: 2.76 mmol/l, AST: 1188 uL, ALT: 829uL,



Figura 1.

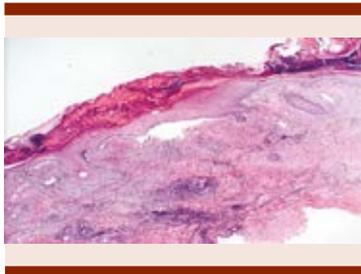


Figura 1.

GGT: 38 uL, FA: 155.8 uL, DHL: 1637 uL Se inició tratamiento con esquema SMILE por 4 ciclos, alcanzado respuesta completa.

**Conclusiones:** El linfoma TNK extranodal con afectación cutánea es rara, con un pronóstico inferior que para otros tipos de linfomas no Hodgkin. Es importante tener en consideración este padecimiento como diagnóstico diferencial en aquellos pacientes que presentan placas eritematosas infiltradas y úlceras en la región facial.

#### LIN0034: Experiencia en el tratamiento de micosis fungoides con brentuximab vedotin, serie de casos

Juan Luis Ontiveros Austria, Alfonso Orozco Collazo, Sergio Rodríguez Rodríguez, Santiago Riviello Goya, María del Rocío Camacho Hernández, Laura Guadalupe Ceja Ramírez, Óscar Jaime Moreno García, Alejandro Barrera Godínez, Amparo Hernández Salazar, Gladys Patricia Agreda Vásquez  
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El 75% de los linfomas cutáneos son estirpe T (LCT), dos terceras partes corresponden a micosis fungoides/síndrome de Sézary (MF/SS). En estadios avanzados las respuestas, independientemente del tratamiento, son pobres. Los LCT tienen expresión variable de CD30, por lo que el tratamiento con Brentuximab Vedotín (BV) ha

demostrado ser efectivo con respuestas globales de 70% y 56.3% de acuerdo con los estudios fase II y III respectivamente.

**Objetivos:** Describir los resultados del uso de BV en el tratamiento de la MF/SS.

**Materiales y Métodos:** Evaluación retrospectiva de pacientes con MF/SS y su respuesta a BV. Las respuestas fueron evaluadas de acuerdo con el Consenso de la Sociedad Internacional de Linfomas Cutáneos. Analizamos el tiempo a respuesta (del inicio del BV a la mínima respuesta clínica obtenida) y duración de la respuesta (de la presentación de la mejor respuesta al inicio de la siguiente línea de tratamiento).

**Resultados:** Tres pacientes recibieron BV. *Paciente 1:* hombre de 73 años con MF y transformación histológica a células grandes, con una superficie corporal afectada (SCA) de 50% en estadio clínico (EC) IB y falla a tres líneas de tratamiento. Presentó respuesta completa (RC) posterior a 7 ciclos; recibió un total de 16 ciclos con progresión de la enfermedad (PE) 4 semanas posterior al término de este. *Paciente 2:* mujer de 53 años con MF/SS, con SCA de 93% en EC IVA y falla a 5 líneas de tratamiento. Se encontró respuesta parcial (RP) posterior a 7 ciclos; recibió un total de 8 ciclos suspendido por neuropatía grado 3, presentó PE 4 semanas posterior a la suspensión del tratamiento. *Paciente 3:* mujer de 44 años con MF/SS, con SCA de 80% en EC IVA y falla a 4 líneas de tratamiento. Presentó RP posterior a 7 ciclos, recibe un total de 16 ciclos y PE 8 semanas al término del tratamiento

**Conclusiones:** El tratamiento con BV resulta en una opción efectiva en el tratamiento de la MF/SS con respuestas independientes a la expresión CD30. La duración de la respuesta observada fue de 16 a 36 semanas, con PE temprana en todos los pacientes de 4 a 8 sema-

nas después de haber suspendido el tratamiento.

#### LIN0039: Evaluación de la respuesta a rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP) como primera línea en pacientes con diagnóstico de linfoma difuso de células B grandes en el Hospital General de Occidente

Daniel Antonio Gómez Camarena, Carlos Roberto Best Aguilera, Arianna Robles Rodríguez, Juan Carlos López Hernández, Alicia Elizabeth Guzmán Hernández, Oscar Rodrigo Gómez Vázquez, Saribethe Mahely Visuetti Pimentel, Areli Sarai Calderón Valdez, José Iván López Chávez, Rubí Cecibel Vélez Calderón, Rita Estely Ron Loayza, Yuberth Alexander Pico Macías, Rodrigo Cuéllar Roque, Erika Mata Negrete, Aldo Fernando Adrián Gutiérrez Alatorre, Bárbara García Reyes  
 Hospital General de Occidente

**Introducción:** El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el tipo más común de linfoma no Hodgkin. R-CHOP sigue siendo la columna vertebral de la terapia, puede lograr remisiones duraderas en aproximadamente el 60% de los pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) en pacientes con LDCBG tratados con R-CHOP como primera línea en un periodo de 5 años.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo. Se evaluaron 37 pacientes. Se incluyó a todo paciente con LDCBG confirmado por análisis histopatológico.

**Resultados:** Encontramos una media de edad de 66 años (18-87), 22 (29%) eran >60 años, 12 (32%) estaban en estadio IV de Ann Arbor, 25 (67%) presentaban enfermedad extranodal y 13 (35%) presentaban

síntomas B. La mediana de ciclos recibidos fue de 6 (1-8). Se evaluó la respuesta a los 3 y 6 meses: 20 (54%) y 19 (51%) tuvieron respuesta completa respectivamente, 5 (13%) y 5 (13%) tuvieron respuesta parcial, 3 (8%) y 3 (8%) fueron refractarios, 1 (3.7%) presentó progresión y 1 (3.7%) enfermedad estable. La mediana de seguimiento fue de 11 meses (1-65). La SLP a los 24, 48 y 60 meses fue de 74%, 61%, y 44% respectivamente. La SG a los 24, 48 y 60 meses fue del 77%. Se encontró menor SG y SLP en pacientes con estadio más avanzado ( $p=0.144$ ) y ( $p=0.012$ ) respectivamente, y edad  $>60$  años ( $p=0.005$ ) y ( $p=0.282$ ); para la enfermedad extranodal presentaron menor SG ( $p=0.273$ ), pero mayor SLP ( $p=0.448$ ).

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados encontrados, destacamos que el tratamiento de primera línea con R-CHOP presenta buenas tasas de respuesta, y se debe tener en cuenta al decidir el régimen a utilizar. Un estadio avanzado, edad avanzada y presencia de involucro extranodal, se asocian a un pronóstico más sombrío.

#### **LIN0040: Linfoma folicular con fase leucémica y nefromegalia bilateral: a propósito de un caso**

Alan Fernando Larsen Ramírez,<sup>1</sup> Oyuky Aguirre Reyes,<sup>2</sup> Jesús Manuel López Vales,<sup>1</sup> Laura Elena Yáñez Santana,<sup>1</sup> Edith De León Lagunas,<sup>2</sup> Ma Virgilia Soto Abraham<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna y Hematología del Hospital General de Zona 35, Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Chihuahua

<sup>2</sup> Hospital General de Zona 35, Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Chihuahua

<sup>3</sup> Servicio de Patología del Instituto Nacional de Cardiología y del Hospital General de México

**Objetivos:** Presentar un caso de linfoma folicular en fase leucémica como causa de nefromegalia.

**Antecedentes:** El linfoma folicular (LF) es el segundo tipo de linfoma más diagnosticado en Estados Unidos, representa el 70% de los linfomas indolentes. La infiltración renal por LF es de baja frecuencia y en pocos casos confirmada por biopsia renal. Es importante conocer las manifestaciones frecuentes de afección renal cuando se sospecha de infiltración, las cuales son: lesión renal aguda (LRA), glomerulonefritis y cambios en el tamaño renal.

**Caso clínico:** Masculino de 49 años sin antecedentes de importancia que inició su padecimiento en febrero 2021 con astenia, adinamia, fiebre, diaforesis nocturna y pérdida de peso. Adenopatías cervicales, axilares, iliacas, esplenomegalia y nefromegalia bilateral. En la biometría hemática inicial, se observa un conteo total de 43,200 leucocitos a expensa de linfocitos. Se realiza biopsia de ganglio linfático reportando Linfoma no Hodgkin de patrón folicular CD20+, CD10+, CD3-, Bcl2+, Bcl6+. Aspirado de médula ósea con infiltración del 90%. Durante su evolución presentó LRA no oligúrica e hipercalcemia sin respuesta a manejo convencional. Es valorado por el servicio de nefrología quien realiza biopsia renal encontrando infiltración renal linfoproliferativa, hipoperfusión glomerular crónica, lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio con microcalcificaciones intratubulares y arteriopatía crónica. Se inició tratamiento con R-CHOP y posterior al término hay resolución de la LRA e hipercalcemia.

**Conclusiones:** En LF, se ha reportado una prevalencia de hasta 45% de fase leucémica en estudios de países orientales. La importancia radica en la correcta toma de decisiones encaminada a reconocer la LRA como manifestación de invasión por LF y documentarla

mediante biopsia. Dentro de las patologías hematológicas, la leucemia linfocítica crónica es la causa más frecuente de infiltración renal (40%), seguida de linfoma difuso de células grandes B y linfoma T/NK (20%). En el caso de linfoma folicular con invasión renal la frecuencia es baja y se desconoce su estadística exacta ya que solo existen artículos sobre reportes de caso. Uno de los motivos es la limitada realización de biopsia renal.

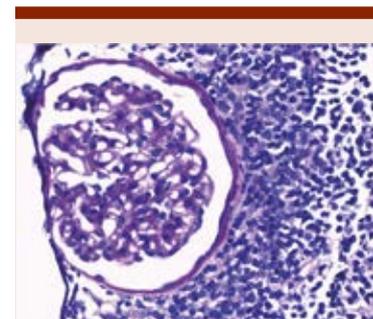


Figura 1.



Figura 2.

**LIN0041: Gemcitabina, dexametasona y cisplatino como segunda línea de tratamiento en pacientes con linfoma no Hodgkin en recaída o refractario durante el inicio de la pandemia**

*María del Rocío Camacho Hernández, Oscar Jaime Moreno García, Alfonso Orozco Collazo, María Graciela Leal Gutierrez, Sergio Rodríguez Rodríguez, Juan Luis Ontiveros Austria, Gladys Patricia Agreda Vásquez*

Departamento de Hematología y Oncología. Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Existen múltiples esquemas de rescate para pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) en recaída o refractario (R/R), ninguno considerado estándar. La combinación de gemcitabina, dexametasona y cisplatino (GDP) ha demostrado ser segura y eficaz. La pandemia por COVID-19 generó la necesidad de adaptar las recomendaciones de manejo, empleando preferentemente esquemas ambulatorios con las medidas posibles para disminuir toxicidad y prevenir hospitalizaciones prolongadas. Adicionalmente se ha descrito que pacientes con enfermedades hematológicas malignas en R/R pueden experimentar una mayor proporción de enfermedad por COVID-19 moderada, grave y muerte.

**Objetivos:** Describir las respuestas alcanzadas y la toxicidad observada con GDP ± rituximab.

**Materiales y Métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes con LNH R/R tratados con GDP ± rituximab durante el período inicial de la pandemia por COVID-19.

**Resultados:** Se documentaron 5 pacientes, 4 (80%) de ellos hombres, con una mediana de edad de 69 años (rango 45-80). Cuatro con linfoma difuso de célula grande B (LDCGB) (80%) y 1 con linfoma T angioinmunooblástico (AITL) (20%). Posterior a 6 ciclos de tratamiento las respues-

tas alcanzadas fueron: 3 pacientes (60%) con respuesta completa, 1 paciente (20%) con respuesta parcial y 1 paciente (20%) con progresión. Durante el tratamiento 2 pacientes (40%) presentaron toxicidad grado 3 (1 neutropenia y trombocitopenia, 1 náusea y vómito), 1 paciente (20%) presentó toxicidad grado 4 (neutropenia grave febril sin foco que requirió manejo hospitalario durante 7 días para cumplimiento de esquema antibiótico empírico) no se reportó toxicidad renal. Un paciente requirió hospitalización por COVID-19 grave. A 12 meses 4 pacientes (80%) continúan vivos, 3 pacientes (60%) en respuesta a completa y 1 paciente (20%) había fallecido por complicaciones derivadas de la COVID.

**Conclusiones:** La administración de GDP se pudo realizar de manera ambulatoria en todos los casos, la respuesta global alcanzada fue de 80%, la toxicidad relacionada fue manejable, solo 1 paciente requirió hospitalización. GDP demostró ser seguro y eficaz.

**LIN0042: Neoplasias histiocíticas: a propósito de una serie de casos de enfermedad de Rosai-Dorfman**

*Santiago Rivello Goya, Jesús Delgado De la Mora, Daniel Montante Montes de Oca, Elena Juventina Tuna Aguilar, Elia Ixel Apodaca Chávez*

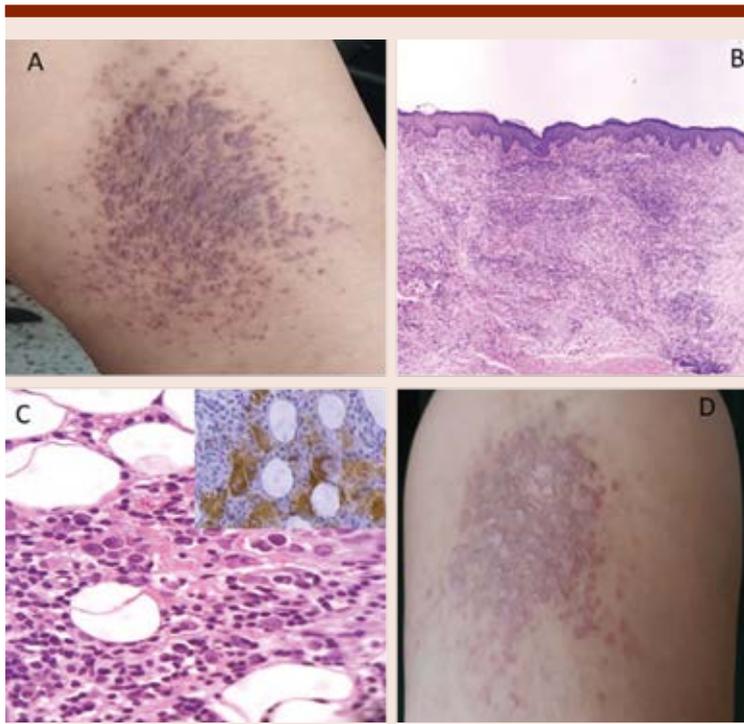
Departamento de Hematología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) es una histiocitosis no Langerhans de curso generalmente benigno y autolimitado, tiene una prevalencia estimada de 1:200,000. La histología característica es la por infiltración por histiocitos CD68+, S100+ y CD1a-. Frecuentemente presentan emperipolesis<sup>1,2</sup>. Existe una diversidad de presentaciones y escasos reportes en la literatura.

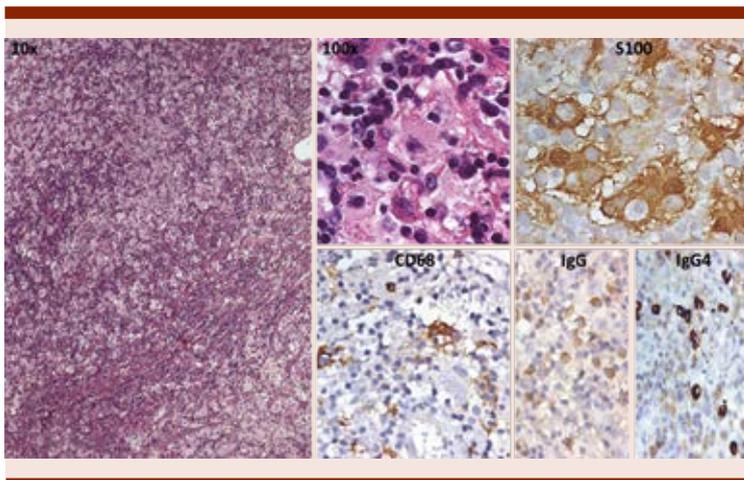
**Objetivos:** Presentar la casuística de ERD en INCMNSZ y sus características.

**Materiales y Métodos:** Se revisó el expediente clínico de pacientes con diagnóstico de ERD entre 1990-2021 y se describieron las características clínicas, laboratoriales, histopatológicas y respuestas a tratamiento.

**Resultados:** Se recabaron 5 casos, hombres en 60% (n=3), con mediana de edad al diagnóstico: 40 años (14-59); mediana de inicio de los síntomas al diagnóstico: 11.6 meses (1.03-94.33); mediana de biopsias previas al diagnóstico: 1 (1-4); 40% (n=2) requirieron ≥3 biopsias; y mediana de seguimiento: 75.7 meses (1.03-154.33). El 40% (n=2) se presentó junto a enfermedad autoinmune (lupus eritematoso generalizado); ninguno se asoció a malignidad. El 60% (n=3) tuvo afección ganglionar, en más de una región en 33.33% (n=1); los sitios afectados fueron: mediastino, región cervical, axilar e ilíaca. Al momento del diagnóstico 80% (n=4) presentó manifestaciones extra-ganglionares en: piel 75% (n=3) (**Figura 1**), cabeza y cuello 50% (n=2), hueso 25% (n=1), hematológica 25% (n=1), intratorácica 25% (n=1) e intracraneal 25% (n=1); sin afección oftalmológica, gastrointestinal, testicular, retroperitoneal y médula espinal. En los estudios de laboratorio no se encontraron alteraciones: hemoglobina 13.5g/dl (13.0-1.59g/dl), leucocitos 6.7x10<sup>3</sup>/μL (4.2-9.4x10<sup>3</sup>/μL), neutrófilos 3.85x10<sup>3</sup>/μL (2.64-6.58x10<sup>3</sup>/μL), linfocitos 1.10x10<sup>3</sup>/μL (0.82-1.99x10<sup>3</sup>/μL), DHL 212U/L (136-281U/L). La histología estuvo caracterizada por: emperipolesis, S100+, CD68+, CD163+, CD1a-; en dos casos se midió la relación de IgG/IgG4 con media de 77.34%, sin criterios para enfermedad por IgG4 (**Figura 2**). Para estadificación a todos



**Figura 1.** A. Lesiones tipo pápula y nódulos subcutáneos en la cara medial del muslo derecho. B. Dermis con infiltrado por histiocitos con citoplasma abundante, células plasmáticas, linfocitos y neutrófilos. C. Histicocitos con abundante citoplasma con emperipolesis y S100+. D. Posterior a cuatro meses de observación se ve disminución de las lesiones tipo pápula y nódulos.



**Figura 2.**

se les realizó TAC y PET/CT solo en 40%. Los tratamientos fueron: Observación 20% (n=1), esteroide 20% (n=1), radioterapia 20% (n=1) y resección ganglionar 40% (n=2). El 60% (n=3) obtuvo respuesta completa, respuesta parcial 20% (n=1) y enfermedad estable 20% (n=1). Durante el seguimiento 40% (n=2) presentaron recaída. Actualmente 80% (n=4) están vivos, 1 paciente falleció por infección.

**Conclusiones:** Esta serie de casos muestra la heterogeneidad de una patología de baja frecuencia y de la cual no existe información publicada en población mexicana. Dentro de las diversas presentaciones existen varios con manifestaciones extra-ganglionares y 20% de evoluciones tórpidas. No existe un estándar de tratamiento para quienes no logran buenas respuestas, sin embargo, la posibilidad de solicitar mutaciones de BRAF pudiera ofrecer una mejora.

**LIN0043: Características clínicas e histopatológicas de los pacientes con linfoma primario de médula ósea**

*Juan Luis Ontiveros Austria, María del Rocío Camacho Hernández, Alfonso Orozco Collazo, Sergio Rodríguez Rodríguez, Santiago Riviello Goya, Gladys Patricia Agreda Vásquez*  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El linfoma primario de médula ósea (LPMO) representa < 2% de los linfomas no Hodgkin (LNH); el diagnóstico generalmente se realiza por citopenias inexplicables. Al ser una entidad poco frecuente, el conocimiento de su comportamiento clínico y las opciones de tratamiento están basados en reportes de series de casos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, bioquímicas e histopatológicas, así como los desenlaces de pacientes con LPMO.

**Materiales y Métodos:** Evaluación retrospectiva de las características de los pacientes con LPMO, definido por la infiltración de la MO sin evidencia de adenopatías o afección de otros órganos.

**Resultados:** Un total de 4 pacientes fueron evaluados. *Paciente 1:* hombre de 78 años con antecedente de síndrome mielodisplásico (SMD) desde los 67 años sin indicación de tratamiento; presenta progresión de las citopenias con biopsia de hueso con infiltración por linfoma B no especificado (NOS). Recibió 6 ciclos de rituximab, ciclofosfamida, vincristina y prednisona (R-CVP) con respuesta completa (RC); presentó recaída a los 21 meses por lo que recibió rituximab monoterapia y mantenimiento por 2 años con RC, con supervivencia global (SG) de 6 años. *Paciente 2:* hombre de 87 años con diagnóstico previo de SMD desde los 77 años sin indicación de tratamiento; presentó progresión de las citopenias con biopsia de hueso con infiltración por linfoma B NOS. Recibió rituximab monoterapia con RC, y SG de 8 años. *Paciente 3:* hombre de 65 años sin antecedentes, presentó bicitopenia de novo con biopsia de hueso con infiltración por linfoma B compatible con zona marginal. Recibió rituximab monoterapia con respuesta parcial. Tiene SG a la fecha de 1 año. *Paciente 4:* hombre de 81 años sin antecedentes, presenta bicitopenia de novo con biopsia de hueso con infiltración por linfoma B compatible con zona marginal. Recibió rituximab monoterapia con enfermedad estable, recibe actualmente R-CVP y con SG de 1 año. Al momento del análisis ningún paciente había fallecido.

**Conclusiones:** Los LPMO son una entidad poco común, descritos comúnmente como linfomas de pobre pronóstico, a pesar de que en nuestra serie la SG fue buena, y se sugiere que el tratamiento con

inmunoquimioterapia podría ser el estándar. Observamos en los 4 casos un comportamiento clínico indolente con buena respuesta a la inmunoquimioterapia; llama la atención que 2 casos tenían diagnóstico previo de SMD y desarrollo posterior de linfoma.

**LIN0044: Micosis fungoides foliculotrópica con transformación a linfoma anaplásico de células grandes ALK-1 negativo primario cutáneo con infiltración facial y destrucción tisular. Presentación atípica de un linfoma T periférico**

*Karina Angélica Arzate Ramírez,<sup>1</sup> Luis Emmanuel Quintero Padilla,<sup>1</sup> Alejandro Pérez González,<sup>1</sup> Ramón Alberto Barreda González,<sup>1</sup> Sócrates Alberto García Gutiérrez,<sup>1</sup> Juan Carlos Romero Alvarado,<sup>1</sup> María Lucero Espinoza Sánchez,<sup>2</sup> Álvaro Hernández Caballero<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Hospital de Especialidades La Raza, IMSS

<sup>2</sup> Hospital General Regional 251, IMSS

**Objetivos:** Reporte de un caso de linfoma T-periférico con un curso clínico atípico.

**Antecedentes:** La micosis fungoides y el linfoma anaplásico de células grandes primario cutáneo son subtipos de linfoma T periférico que habitualmente tienen un curso limitado y reciben tratamiento local. Ocasionalmente pueden evolucionar a una presentación más agresiva con formas tumorales o ulcerativas. Los pacientes con linfoma T periférico en fases avanzadas tienen un mal pronóstico y requieren de tratamiento sistémico con quimioterapia. Los inmunoconjugados anti-CD30 pueden incrementar las tasas de respuesta y la supervivencia libre de progresión.

**Caso clínico:** Masculino de 49 años. Inició 5 años previos a su ingreso con placa eritemato-escamosa pruriginosa localizada en región supraciliar izquierda, con

crecimiento paulatino, llegando a involucrar región frontal, nasogeniana y peri-ocular ipsilateral, evolucionando hasta formar una úlcera en región facial. Se realizó biopsia de piel en otro hospital que reportó proliferación linfocítica atípica con foliculotropismo, siringotropismo y eosinófilos; micosis fungoide en placa CD3+, CD4+, CD8+ focal, CD4:CD8 4:1, CD45Ro+, CD20 positivo reactivo. Recibió tratamiento incompleto por decisión del paciente con PUVA, radioterapia, metotrexate oral e hidroxicloquina. Suspendió tratamiento médico durante 3 años, por lo que evolucionó con aumento de tamaño y extensión de la tumoración facial, con cambios destructivos de la anatomía, pérdida de la visión y posterior sobreinfección, generando áreas necróticas y costras fibrinopurulentas y miasis asociada. Por tomografía se identificó un tumor a nivel de macizo facial ulcerado de 183x181 mm con pérdida de la anatomía facial. También presentaba dermatosis en las 4 extremidades en forma de placas eritemato-escamosas que iban de los 5 a 15 cm en su diámetro mayor. Una segunda biopsia de piel de lesiones en cara y antebrazo reportaron un linfoma anaplásico de células grandes Ki67 80%, CD3+, CD4+, CD30+, EMA y Bcl-6 positivos focales, TIA-1+, Granzima-B+. A su ingreso el paciente presentaba una destrucción facial extensa que requirió traqueostomía, gastrostomía, enucleación ocular bilateral y resección parcial de macizo facial y mandíbula. Inició tratamiento de quimioterapia con esquema BV-CEP (Brentuximab, ciclofosfamida, epirrubina, prednisona) con respuesta tumoral inicial, pero falleció 15 días después de la aplicación de quimioterapia por complicaciones infecciosas y metabólicas.

**Conclusiones:** El linfoma T periférico puede evolucionar de forma

agresiva hasta generar necrosis tisular con pérdida orgánica. La incorporación de los inmuno-conjugados anti-CD30 al tratamiento de los linfomas T puede incrementar las tasas de respuesta en casos que han sido refractarios a otras modalidades de tratamiento.



Figura 1.

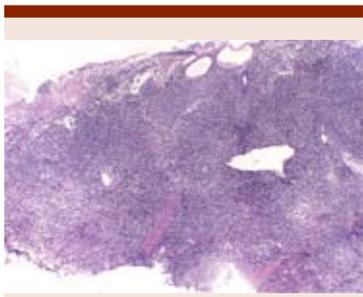


Figura 2.

**LIN0045: Hemianopsia temporal súbita y cefálea como presentación inicial del linfoma primario de sistema nervioso central**

Mauricio Servin Casio, Juan Francisco Zazueta Pozos, Christian Omar Ramos Peñafiel, Carlos Martínez Murillo, Gil-

berto Israel Barranco Lampón, Efree Horacio Montañó Figueroa, Humberto Baldemar Castellanos Sinco, Manuel Odín De la Mora Estrada

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Objetivos:** Presentar un caso de Hemianopsia temporal súbita y cefalea como presentación inicial del linfoma primario de sistema nervioso central (LPSNC).

**Antecedentes:** Los síntomas de presentación del LPSNC pueden incluir dolores de cabeza, visión borrosa, dificultades motoras y cambios de personalidad. Síntomas oculares, Cambio conductual o cognitivo, hemiparesia, dolor de cabeza, afasia, convulsiones, ataxia, defecto del campo visual. Se caracteriza igualmente por no presentar adenopatías en otros lugares a excepción del sistema nervioso central.

**Caso clínico:** Se presenta un caso cuyo síntoma pivote es hemianopsia temporal, inicia padecimiento actual en marzo de 2021 con la presencia de otalgia sin otorrea que no mejoró con analgesia, se agrega cefalea tipo punzante holocraneana y de duración de 24 h, intensidad 9/10 EVA, sin atenuantes, acude a particular quien indica paracetamol VO con pobre respuesta e intensificación a un 10/10 EVA, 5 días después se agrega vértigo y se solicitan estudios de laboratorio. Dentro de los laboratorios de control con resultado positivo para infección por HIV, por lo cual es referido a este nosocomio para ser valorado por el servicio de infectología. continúa con cefalea intensidad 7/10 EVA y hemianopsia temporal derecha y fosfenos. junio 2021. Sin evidencia de adenopatías a la exploración física. Dentro de los estudios del protocolo de su ingreso con los siguientes **resultados:** 29.07.21: carga viral 84,000 copias y cd4 74, punción lumbar con tinción de tinta china

siendo negativa para criptococosis meníngea. cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo. Serología vhb, vhc, toxoplasma y Citomegalovirus negativos. Aspirado de Médula ósea e Impronta de Biopsia de hueso sin presencia de células neoplásicas. Resonancia Magnética Nuclear que reporta lesión ocupativa en lóbulos de la ínsula y temporal izquierdos con efecto de masa, además se toma biopsia de la misma que reporta un linfoma b difuso de células grandes con inmunohistoquímica CD20 positivo, CD 30 positivo focal, CD 2 Negativo, ALK negativo Ki 67 positivo 30%. Se inicia tratamiento con dosis altas de metotrexato y de citarabina.

**Conclusiones:** Es primordial realizar examen con lámpara de hendidura e incluir examen testicular y ecografía en hombres, particularmente en pacientes de edad avanzada, para excluir la posibilidad de un linfoma testicular primario oculto. Los pacientes con PCNSL relacionado con el VIH generalmente se tratan con quimioterapia basada en MTX junto con terapia antirretroviral, con o sin radiación. Se han documentado mejores respuestas al tratamiento con dosis altas de metotrexato en conjunto con dosis altas de citarabina que sólo metotrexato en monoterapia.

**LIN0046: Linfoma extra nodal de células T/NK tipo nasal.**

**Presentación de un caso clínico**

Brenda Guadalupe Chávez Sánchez, Carlos Martínez Murillo, Christian Omar Ramos Peñafiel, Gilberto Israel Barranco Lampón, Juan Francisco Zazueta Pozos

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Objetivos:** Presentar un caso clínico de linfoma extra nodal de células NK/T de tipo nasal.

**Antecedentes:** Los linfomas cutáneos primarios son el segundo

grupo más frecuente de linfomas no-Hodgkin extra nodales. La clasificación WHO/EORT del año 2005 ubica al linfoma de tipo nasal en el grupo de los linfomas cutáneos T y NK. Pese a que en Estados Unidos y Europa occidental el linfoma T/NK es poco común, en Centroamérica y Sudamérica, en particular en México y Perú se ha reportado una alta incidencia. Se localizan principalmente en la región centro facial, aunque también pueden afectar tórax y extremidades. Su comportamiento es agresivo, su diagnóstico es difícil y responden muy poco al tratamiento.

**Caso clínico:** Masculino de 59 años originario de Chiapas, campesino. Acude a consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por sensación de cuerpo extraño y obstrucción en cavidad nasal bilateral de predominio derecho, rinoresaca mucopurulenta que progresa a fétida, pérdida de peso de 10 kg en un mes, fiebre intermitente de predominio nocturno acompañada de diaforesis. Multitratado con antibióticos sin presentar mejoría. En el último mes con respiración oral, voz nasal, halitosis, cefalea y sensación de opresión en región frontal y maxilar bilateral. En el examen físico asimetría facial, lesión en cavidad nasal de 2 cm de longitud que corresponde a cornete medio izquierdo con toma de biopsia y los siguientes marcadores de inmunohistoquímica: positivas para CD 56, CD3, CD 8 20% y granzima. Se solicita VEB/LMP1. TAC de 5 regiones con evidencia de enfermedad limitada a macizo facial con afectación extensa a senos paranasales, mastoides, orbitas y destrucción nasal sin perforación palatina. Resonancia magnética de cráneo con proyecciones a orbitas descartando daño a globo ocular. Con esquema de quimioterapia institucional: tres ciclos de L-asparaginasa, Vincristina y Prednisona el paciente ha logrado

una supervivencia de 3 meses sin progresión de la enfermedad, mejorando la sintomatología y calidad de vida. Actualmente fue referido a otra unidad para primera sesión de radioterapia.

**Conclusiones:** El linfoma extra nodal de células NK/T de tipo nasal es una entidad clínica frecuente en nuestro país, la mayoría de los casos limitada a la región centro facial sin embargo de carácter agresivo y rápida progresión por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno impacta en la calidad de vida del paciente y su sobrevida global.



Figura 1.

**LIN0051: Respuesta completa en tratamiento de mantenimiento con ibrutinib en paciente con linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B refractario a tratamiento, reporte de caso**

José Luis Álvarez Vera, Ana Paulina Ramírez Hoyos

Hospital Español de México

**Objetivos:** Describir el caso de una paciente con Linfoma Difuso de Células Grandes B (LDCGB) R/R en terapia de mantenimiento con Ibrutinib.

**Antecedentes:** El LDCGB es la forma más común de Linfoma No Hodgkin

(LNH). Presentándose de manera clásica con adenomegalias en cuello, abdomen o, en su defecto, como enfermedad extranodal. El R-CHOP es considerado la primera línea de tratamiento, sin embargo, se reportan casos refractarios a tratamiento hasta en un 25%, y recaídas en un 30%<sup>2</sup>. El trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TaCH) se considera el tratamiento de elección en enfermedad refractaria/resistente (R/R), mostrando un pobre pronóstico, aún con esta terapia, logrando remisión completa sólo en el 25% de los casos. Se cuenta con evidencia que demuestra el beneficio del tratamiento con Ibrutinib como monoterapia en linfomas derivados de células B, lo cual brinda un panorama prometedor en pacientes con LDCGB R/R, dichos resultados llaman la atención particularmente en pacientes previamente multitratados y en pacientes con enfermedad con características de alto riesgo.

**Caso clínico:** Femenino de 51 años con diagnóstico en febrero 2013 de LNH DCGB EC IV, CD20 +, Ki67 80%, BCL6+, MUM-1 neg, en masa mediastinal con diámetro mayor de 23 cm, con actividad a nivel retroperitoneal, gastrointestinal, cervical y páncreas. quien recibió posterior a R-CHOP múltiples líneas de tratamiento, por persistencia de la enfermedad en mediastino, (DHAP/ICE) por lo que en 2015 se realiza TaCH como tratamiento de consolidación, y posteriormente PET se evidencia respuesta metabólica completa, persistiendo con lesión que no exhibe actividad metabólica en mediastino. Se documenta activada metabólica en Enero 2017 iniciándose tratamiento a base de Rituximab/Lenalidomida/Ibrutinib por 6 ciclos, con posterior terapia de mantenimiento a base de Ibrutinib. Actualmente, la paciente persiste con dicha terapia, conservando respuesta completa a 46 meses.

**Conclusiones:** Recientemente se ha demostrado que el tratamiento conjunto con Ibrutinib, Lenalidomida y Rituximab aumenta de forma significativa la sobrevida en los pacientes con LDCGB R/R, logrando un perfil de seguridad aceptable. En el caso presentado el seguimiento a mediano plazo, mantiene respuesta completa y remisión, el uso de Ibrutinib como monoterapia. Con base en los estudios actuales y en reportes de casos similares se encuentra un panorama prometedor con esquemas similares.

**LIN0052: Linfoma difuso de células B grandes primario renal en asociación a uso de adalimumab: presentación de caso**

*Karen Otero Arteche, Laura Elena Yáñez Santana, Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Jesús Manuel López Valles, Edith Margarita De León Lagunas*  
Hospital General de Zonal No. 35, IMSS

**Objetivos:** Presentar el caso de una paciente con linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) asociado a factores de riesgo.

**Antecedentes:** A pesar de que el involucro renal es común en el linfoma no Hodgkin, el LNH primario renal es una entidad rara con alrededor de 50 casos descritos en la literatura. Se presenta el caso de una mujer de 56 años con LNH primario renal en asociación con artritis reumatoide y adalimumab.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente femenina de 56 años de edad, con el antecedente de artritis reumatoide de 30 años de evolución en tratamiento con adalimumab desde hace 2 años. Presentaba un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por dolor y aumento de volumen en flanco derecho; acompañado de astenia, hiporexia y pérdida de peso de 9 kilogramos. Se realizó un abordaje que incluyó ultrasonido y tomografía de abdomen

con reporte de tumoración renal derecha de 186 x 88 mm e izquierda de 136 x 70 mm, biopsia de ambos riñones con neoplasia de aspecto linfoide compuesta por células grandes con citoplasma claro y con marcado efecto de alargamiento de la cromatina, y biopsia de hueso e inmunohistoquímica con reporte de DLBCL de tipo no centro germinal (CD20+++ , CD10-, CD5-, Ki67+++ BCL2-, C23-, ciclina D1-).

**Conclusiones:** Se concluyó el diagnóstico de DLBCL primario renal Ann Arbor IB+E+X. Es importante mencionar el antecedente del uso de anticuerpos monoclonales y la incidencia de neoplasias hematológicas. Los fármacos inhibidores de factor de necrosis tumoral juegan un rol importante en el tratamiento de la artritis reumatoide, y desde su desarrollo han existido preocupa-

ciones sobre su perfil de seguridad a largo plazo con respecto a neoplasias, sobre todo linfomas, sin embargo, la artritis reumatoide por si sola, se ha asociado a un riesgo incrementado de linfoma, sobre todo DLBCL. Así que la asociación de anti-TNF con linfomas no es muy clara.

**LIN0054: Desenlaces del tratamiento con brentuximab vedotin en pacientes con linfoma de Hodgkin en recaída o refractarios**

*Alfonso Orozco Collazo, Juan Luis Ontiveros Austria, Sergio Rodríguez Rodríguez, Félix Gibrant Márquez Villegas, Israel Rojas De Ita, María del Rocío Camacho Hernández, Gladys Patricia Agreda Vásquez*

Departamento de Hematología y Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El tratamiento adaptado a riesgo ha mejorado el pronóstico de los pacientes con linfoma de Hodgkin clásico (LHc) alcanzado supervivencias del 90%. Del 15 al 30% presentan falla al tratamiento o recaen. Siendo el estándar de rescate son las dosis altas de quimioterapia y autotrasplante de médula ósea. En pacientes con LHc recaídos y/o refractarios (R/R) o no candidatos a trasplante, brentuximab vedotin (BV) ha demostrado ser efectivo con respuestas globales (RG) del 50-80%.

**Objetivos:** Describir los desenlaces del tratamiento en pacientes con LHc R/R tratados con BV como monoterapia o combinado con quimioterapia

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo, describimos las características basales, respuestas alcanzadas, supervivencia global [SG (tiempo desde el diagnóstico a la muerte)] y supervivencia libre de progresión [SLP (tiempo desde el inicio de tratamiento hasta la progresión)].



Figura 1.

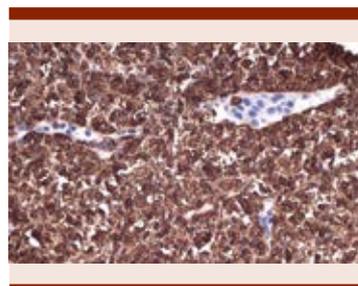


Figura 2.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes, la mediana de edad es 28.5 años (18-63), 9 hombres (56.2%) y 7 mujeres (43.8%). Adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina (ABVD) fue el tratamiento de primera línea en 93.8% de los pacientes. El 50% eran primarios refractarios, 25% en recaída temprana y 25% en recaída tardía. El rescate con BV se administró en 5 pacientes (31.2%) en segunda línea, en 3 (18.8%) posterior a recaída de autotrasplante. En 7 pacientes (43.8%) fue administrado como monoterapia y en 9 combinado con quimioterapia que incluyó: dexametasona, dosis altas de citarabina y cisplatino (DHAP); ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE); bendamustina y nivolumab. La mediana de ciclos administrados fue 13 (5-16). La RG fue 53%, 5 pacientes con respuesta completa (38.4%) y 2 con respuesta parcial (15.3%). Dos pacientes en RC recibieron autotrasplante. La mediana de SG fue de 41.5 meses (20.5-70.5) y de SLP posterior a inicio de BV 9.5 meses (2-39) (Figura 1). Al comparar la monoterapia con BV vs la terapia combinada con BV, la SG fue de 32 vs 55 meses ( $p=0.984$ ). Al momento del análisis 3 pacientes habían fallecido por progresión, 2 pacientes por complicaciones infecciosas (uno de ellos en respuesta completa). La toxicidad grado 3-4 se presentó en 7 pacientes, 43.8% con trombocitopenia y neutropenia y 4 (25%) neuropatía periférica.

**Conclusiones:** La administración de BV como rescate es efectiva. Nuestros resultados en términos de RG, RC son similares con lo reportado en la literatura. Con SLP cercana a los 3 años. Los efectos adversos fueron manejables, y aunque la toxicidad con tratamiento combinado es mayor, la SG fue mejor en los pacientes que la recibieron.

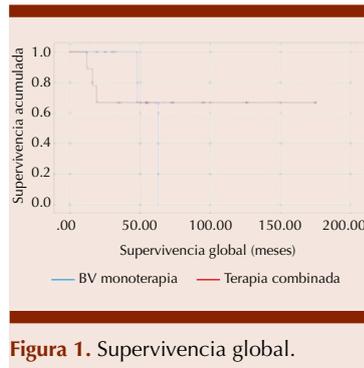


Figura 1. Supervivencia global.

#### LIN0056: Evaluación de la respuesta a primera línea de tratamiento en pacientes con linfoma de Hodgkin en un centro médico de alta especialidad del noreste de México

*Yarezi Brislett García Cerda, Víctor Valerio Bugarín, Guillermo Sotomayor Duque, Diego Gustavo Cruz Contreras, Severiano Baltazar Arellano, José Alfredo Carrizalez Villarreal, José Luis Cedillo de la Cerda, Martha Lilia Guajardo Leal, Helga Patricia Sorkee Dávila, Myrna Patricia Pequeño Luévano, Rosa Elva De León Cantú, Roberto Hernández Valdez, Isabel Anahí Borjón Cabada, Christian Quirino Márquez, Arantxa Jessica Mecott Estudillo, Luis Gerardo Ávila Contreras, Willy Nava Gutiérrez, Juan Daniel Garza Escobar, Dora Carolina Aldama Gutiérrez, Luis Omar Gudiño Cobos, Karen Machuca Adame*

UMAE, Hospital de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste IMSS, Monterrey, NL

**Introducción:** El linfoma de Hodgkin es una neoplasia maligna de células B, caracterizada por células grandes multinucleadas (célula de Reed Sternberg) en poca cantidad en un microambiente rico en células efectoras inmunes. Presenta una incidencia de predominio en adultos jóvenes que varía acorde al subtipo histológico. Tiene una alta tasa de curación y es sensible

a radioterapia. Un 90% se presenta en la forma clásica (expresan CD30) e incluye 4 subtipos: esclerosis nodular, celularidad mixta, rico en linfocitos y depleción linfocitaria. 10% presentan la forma no clásica (expresan CD20) conocida como nodular de predominio linfocítico. El tratamiento farmacológico alcanza tasas de curación del 90% para las etapas limitadas, y 80% para etapas avanzadas.

**Objetivos:** Conocer la respuesta en pacientes con linfoma de Hodgkin en primera línea de tratamiento en un Hospital de Tercer Nivel de atención de una institución pública.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo en un Hospital de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del 2014 al 2020. Se analizaron las características clínicas y los datos obtenidos con medidas de tendencia central

**Resultados:** Se incluyeron un total de 57 pacientes. La mediana de edad fue de 40.8 años. El esquema de primera línea fue ABVD en un 80.7% (46), BEACOP (1.7%) y otro no especificado 17.5% (10). La respuesta al tratamiento de primera línea fue la siguiente: Respuesta completa: 33.3% (19), Respuesta parcial: 35% (20), Respuesta global: 68.4% (39), No Respuesta: 21% (12).

**Conclusiones:** En nuestra población hay una menor tasa de respuesta a primera línea posiblemente asociado a etapas clínicas avanzadas y presencia de factores de riesgo al diagnóstico (masa bulky y síntomas B) al diagnóstico.

#### LIN0057: Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL). reporte de caso

*Martha Audelo Guzmán, Elba Nydia Reyes Pérez, Lisette Maricruz Flores Cuevas*

UMAE Hospital de Especialidades No. 14 Adolfo Ruiz Cortines IMSS, Veracruz

**Objetivos:** Reportar el caso de una paciente con linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios.

**Antecedentes:** El linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BIA-ALCL) es un subtipo recientemente reconocido de linfoma anaplásico de células grandes (ALCL), surge en el espacio entre el implante mamario y la cápsula. Se presenta como seroma tardío, casi exclusivamente con implantes de superficie texturizada. Puede involucrar la cápsula alrededor del implante, tejido adyacente y/o ganglios linfáticos regionales. El tiempo de latencia es de aproximadamente 10 años.

**Caso clínico:** Mujer de 54 años que presentó aumento de volumen y dolor en mama derecha 7 años después de la colocación de implantes de superficie texturizada. Mastografía y ecografía reportaron mama derecha con colección líquida periférica, hipertrofia benigna de ganglios axilares, BIRADS 3. Se realizó la extracción del implante mamario derecho y biopsia de cápsula periprotésica, se extrajeron 500 cc de líquido seroso periimplantario, se realizó capsulectomía. El implante era de superficie texturizada relleno de silicona BIOCELL (Allergan). En el reporte histopatológico se observaron datos de inflamación crónica e infiltración celular atípica de la cápsula mediante tinción de hematoxilina y eosina, neoplasia maligna poco diferenciada. El análisis inmunohistoquímico del tejido de la cápsula reveló la expresión de CD3, CD30 y GATA 3 en ausencia de ALK y CD20, Ki-67 80%. Se concluyó linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios. Por estudio tomográfico contrastado no se observó afectación a ganglios axilares bilaterales ni infiltración a distancia, se estadió como etapa IIIA (T4, N2, M0). Recibió 6 ciclos

de quimioterapia con esquema CHOP obteniendo respuesta completa. A un año del posoperatorio la paciente no presenta evidencia de recurrencia.

**Conclusiones:** BIA-ALCL es un subtipo de linfoma anaplásico de células grandes recientemente reconocido. A diferencia de la presentación habitual de ALCL ALK negativo, que requiere quimioterapia y consolidación de trasplante de células hematopoyéticas autólogas, BIA-ALCL es indolente, cuando se presenta como seroma localizado, puede tratarse únicamente con la extracción del implante y la cápsula. En caso de una presentación más extensa, podría ser necesaria la quimioinmunoterapia dirigida al linfoma, como Brentuximab Vedotin-ciclofosfamida-doxorrubicina-prednisona (BV-CHP).

#### **LIN0059: Linfoma no Hodgkin primario de páncreas: reporte de 3 casos**

*María Graciela Leal Gutiérrez, Daniel Carrillo Vázquez, Araceli Leal Alanis, Andrea Priscila Hernández Pérez, Alfonso Orozco Collazo, Gladys Patricia Agreda Vásquez*

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Objetivos:** Describir las características clínicas y relacionadas a linfoma de 3 casos de Linfoma primario de páncreas diagnosticados, tratados y en seguimiento en un centro de referencia.

**Antecedentes:** El cáncer de páncreas es una de las neoplasias malignas más letales, ocupa el séptimo lugar como causa de muerte por cáncer a nivel mundial. El 95% de las neoplasias derivan del páncreas exocrino siendo el adenocarcinoma ductal el subtipo histológico más frecuente (85-90%). El linfoma primario de páncreas es una entidad bastante

rara, representa el 0.2% de los tumores en esta glándula, el 0.1% del total de linfomas y solo el 0.6% de los linfomas extraganglionares. Presentamos la experiencia de 3 casos diagnosticados y tratados en nuestro centro.

**Caso clínico:** Describimos una serie de 3 casos (2 hombres y una mujer) con diagnóstico de linfoma primario de páncreas con medianas de edad al diagnóstico de 68 años (45-72), el principal síntoma reportado fue dolor abdominal. Como parte del abordaje, solo un caso requirió manejo quirúrgico (procedimiento Whipple) para establecer el diagnóstico, el subtipo histológico en los 3 casos fue LNH difuso de células grandes B centro germinal, solo uno de ellos se presentó como estadio clínico avanzado por infiltración a médula ósea, el esquema de tratamiento utilizado fue R-CHOP con una mediana de ciclos administrados de 6 (6-5) alcanzando 2 respuestas completas y respuesta parcial, esta última aún sin concluir tratamiento.

**Conclusiones:** El linfoma primario de páncreas representa un reto diagnóstico para el hematólogo, dada la infrecuente presentación de linfomas extraganglionares a este nivel. La presencia de grandes lesiones (> 60 mm) adenopatías, con DHL elevada y CA 19-9 normal pueden apoyarnos en el diagnóstico diferencial de lesiones a este nivel, sin embargo, resulta fundamental la toma de biopsia con el método menos invasivo (evitar grandes resecciones quirúrgicas) pero lo suficientemente específico para confirmar el diagnóstico. Al ser una neoplasia tan poco frecuente no existe un consenso sobre el tratamiento ideal, en la era previa a Rituximab el manejo quirúrgico era a menudo utilizado, actualmente se sugiere quimio-inmunoterapia como base del tratamiento.

**LIN0060: Linfoma primario de páncreas en una paciente con retinosis pigmentaria y mutación del gen PRPF31: variantes no codificantes asociadas al espliceosoma y la proliferación clonal**

*Daniel Alberto Carrillo Vázquez, María Graciela Leal Gutiérrez, María Roberta Demichelis Gómez, Alfonso Orozco Collazo, Jorge Adrián Nuñez Zuno, Yadhith Karina López García, Gladys Patricia Agreda Vásquez*

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Objetivos:** Describir la relación entre retinitis pigmentaria y linfoma primario.

**Antecedentes:** La retinitis pigmentaria es una ciliopatía donde se pierde el ensamble entre proteínas ubicadas en la base del epitelio ciliar y las células fotorreceptoras retinianas. La proteína PRPF31, es fundamental para el splicing y maduración del RNAm, sin embargo, se desconoce el papel de estas ribonucleoproteínas en la linfoproliferación clonal.

**Caso clínico:** Mujer de 45 años con antecedente de retinosis pigmentaria. Inició en mayo de 2021 con dolor en epigastrio transfixivo, urente, irradiado en hemicinturón, saciedad temprana y pérdida ponderal de 3 kg. Los laboratorios generales sin alteraciones. Se realizó tomografía de abdomen contrastada con evidencia de masa infiltrativa del cuerpo pancreático de 6.4x5.9x5.6 cm que envuelve 360° al tronco celiaco, arteria esplénica y hepática con reforzamiento heterogéneo tardío y dilatación del conducto pancreático principal. El antígeno CA 19.9 y los marcadores neuroendocrinos fueron negativos. Mediante biopsia guiada por ultrasonido endoscópico se evidenció un linfoma difuso de células grandes B, centro germinal. En el PET-CT la lesión pancreática demostró metabolismo con SUV máximo de

30.8 (**Figura 1A**) compatible con un estadio clínico IIA. Se solicitó DHL en 331 y B2M en 1.4 y se clasificó como IPI 1. Se realizó aspirado de médula ósea y punción lumbar sin datos de infiltración e inició R-CHOP. Ha recibido 5 ciclos, sin complicaciones hasta la fecha y con un PET-CT intermedio con respuesta parcial por disminución en tamaño y del metabolismo con SUV máximo de 5.2 (previo 30.8) (**Figura 1B**). La secuenciación de 293 genes reportó delección heterocigota del gen PRPF31, asociada a un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable.

**Conclusiones:** Para nuestro conocimiento, este es el primer reporte de un linfoma primario de páncreas en una paciente con retinosis pigmentaria. La secuenciación demostró la delección del gen PRPF31. Recientemente, se ha centrado la atención en variantes no codificantes capaces de inducir una desregulación de la expresión transcritómica de receptores involucrados en la señalización de neoplasias linfoproliferativas, especialmente regiones

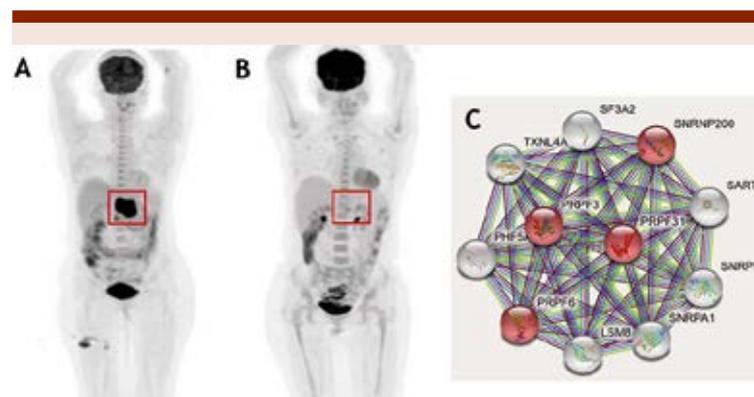
cercanas a los oncogenes LSM8, PRPF40 y PRPF19, cuyas mutaciones se asocian a algunos subgrupos de pacientes con linfoma. La disección de pacientes con neoplasias hematológicas, su asociación con enfermedades monogénicas y convergencias en vías de señalización permitirá proveer un pronóstico más acertado, diagnósticos tempranos y búsqueda de nuevos blancos terapéuticos

**LIN0061: Neurofibroma mediastinal sincrónico a un linfoma difuso de células grandes B. Importancia de la confirmación histológica en la refractariedad a quimioterapia**

*Álvaro Hernández Caballero, Abril Adriana Arellano Llamas, Sócrates Alberto García Gutiérrez, Araceli Muñoz Bautista*

Servicio de Hematología, UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

**Objetivos:** A través de un caso clínico relevante, resaltar la importancia del juicio clínico apoyado en la confirmación histopatológica de la



**Figura 1. A.** PET-CT Inicial con lesión en el cuerpo del páncreas 60 x 63 mm e incremento focal de metabolismo con SUV máximo de 30.8. **B.** PET-CT intermedio con respuesta parcial con lesión sólida en el cuerpo del páncreas 38 x 17 mm, con disminución focal de metabolismo con SUV máximo de 5.2 (Deauville 4). **C.** Análisis de redes en STRING de PRPF31 con otras proteínas del espliceosoma (en rojo) y otras proteínas relevantes en la oncogénesis (en gris).

sospecha de refractariedad a quimioterapia en linfoma no Hodgkin.

**Antecedentes:** En el mediastino los tumores más comunes son neurogénicos (21% en mediastino posterior) y los neurofibromas son los tumores neurogénicos medias-tinales más comunes. Son raros, casi siempre benignos y provienen de la capa de células de Shwan de los nervios periféricos. El 60% de los casos asintomáticos. A menudo son solitarios, encapsulados y bien delimitados. Histológicamente tiñen positivo a S-100, negativo a citoqueratinas CD34, Cd117, calcitonina, actina y demina. Pueden presentar transformación maligna con una pobre supervivencia (<20%). El tratamiento es la resección quirúrgica, en caso de ser malignos radiación, y no responden a quimioterapia.

**Caso clínico:** Femenino de 66 años. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Inició padecimiento con cefalea y posterior crecimiento tumoral parietal derecho. Estudios de imagen corroboraron la presencia de un tumor en región craneal con infiltración a huesos de cráneo y meninges. El estudio histopatológico del tumor craneal reportó un linfoma difuso de células grandes B centrogerminal. Recibió 6 ciclos de R-CEOP alternado con dosis altas de metotrexate. Desde el

primer ciclo de quimioterapia tuvo respuesta terapéutica y en el control radiológico después del tratamiento se observó resolución de la tumoración craneal y la infiltración meníngea. Desde el diagnóstico se evidenció un tumor en mediastino posterior paraesofágico que no tuvo modificaciones en las imágenes de control después de la quimioterapia. Por la discordancia en el comportamiento de ambos tumores se realizó ultrasonido endoscópico y toma de biopsia transesofágica que reportó presencia de tejido neural. Se realizó toracotomía con extracción del tumor mediastinal y el reporte histopatológico fue de un neurofibroma de 7 cm de diámetro con cambios degenerativos multifocales, completamente reseado.

**Conclusiones:** La paciente presentaba un neurofibroma mediastinal previo al diagnóstico de linfoma no Hodgkin que había cursado asintomático y solo se detectó en los estudios de imagen de estadificación del linfoma. Posterior a la quimioterapia y remisión completa del tumor craneal hubo persistencia del tumor mediastinal, que pudiera confundirse con refractariedad a quimioterapia. La biopsia dirigida y posterior resección del tumor confirmó la naturaleza benigna de la lesión mediastinal. Los linfomas pueden coexistir con lesiones be-



Figura 1.

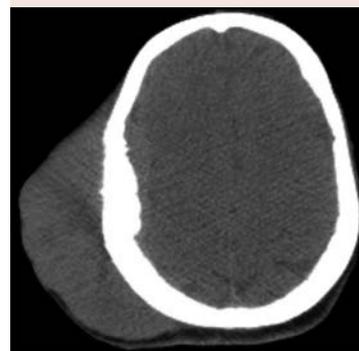


Figura 2.

nignas previas que confundan la evaluación de la respuesta.

## MEDICINA TRANSFUSIONAL

### PRESENTACIÓN EN CARTEL

**MTR0001: Disminución de los niveles de IgG anti SARS-CoV-2 en donadores de plasma convaleciente de repetición**

Francisco Gerardo Torres Salgado,<sup>1</sup> Margarita Cabrera Uribe,<sup>1</sup> Víctor de Jesús Vera Núñez,<sup>1</sup> Beatriz González Yebra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Estatal de Medicina Transfusional de Guanajuato SSA, Guanajuato

<sup>2</sup> Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato Campus León