

HEMATOPOYESIS

PRESENTACIÓN EN CARTEL

HEM0001: Anemia aplásica adquirida como complicación de dengue febril: reporte de un caso

Pablo Abdel Sánchez Portillo, Guadalupe Pérez Dorantes, Patricia Zagoya Martínez, Uendy Pérez Lozano

Centro Médico Nacional Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho, IMSS Hospital de especialidades Puebla, México

Objetivos: Identificar la anemia aplásica, como complicación hematológica del dengue.

Antecedentes: La OMS en 2011 introdujo el término “síndrome de dengue extendido” para casos de dengue complicado sin la presentación habitual de hemorragia, choque, aumento del hematocrito y trombocitopenia, dentro de las manifestaciones hematológicas atípicas se han descrito pocos casos de anemia aplásica. La anemia aplásica es una enfermedad por supresión de las células troncales hematopoyéticas de causa congénita o adquirida, con una incidencia estimada en México de 1.7 casos por millón al año, la etiología más frecuente es idiopática y de las causas secundarias los agentes virales más reportados son Parvovirus B19, virus de Epstein-Barr, Citomegalovirus, Virus de hepatitis B/C y VIH.

Caso clínico: Masculino de 37 años residente de Puebla, testigo de Jehová, casado, alfarero, sin enfermedades crónicas. Inicia padecimiento con fiebre, cefalea y dolor musculoesquelético. Realizándose diagnóstico de dengue sin síntomas de alarma por IgM+. Durante un mes presenta fatiga y palidez, presentando sangrado abundante

después de una intervención dental, en urgencias se reporta biometría hemática inicial: Hemoglobina 4.3gr/dl, Plaquetas 5,000/mm³, Leucocitos 2,570/mm³, Neutrófilos 565/mm³, Reticulocitos 10,800/mm³, niega exposición a mielotóxicos o consumo de medicamentos, serología negativa para VHB, VHC, VIH, CMV y VEB. Se encontró afebril, sin adenopatías ni visceromegalias, el aspirado de médula ósea reporta abundantes células plasmáticas, linfocitos y hemofagocitos, inmunofenotipo negativo a malignidad, ferritina 2,274mg/L, triglicéridos, fibrinógeno y DHL normales, se indican corticoesteroides, ciclosporina, filgrastim, eltrombopag, además de transfusiones negándose de inicio, posteriormente complica con hemorragia cerebral logrando estabilidad clínica con transfusiones. El estudio histopatológico de médula ósea reportó celularidad del 5% confirmando el diagnóstico de anemia aplásica, iniciando tratamiento con timoglobulina 3.75mg/kg por 4 días, metilprednisolona y ciclosporina, egresando por mejoría, manteniéndose libre de transfusiones, actualmente tras 8 meses de seguimiento presentando respuesta favorable.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de las complicaciones hematológicas que el dengue puede provocar en individuos predispuestos, donde una respuesta inflamatoria descontrolada deriva en síndrome de falla medular con hallazgo de hemofagocitosis en médula ósea, cabe resaltar que sólo se encontraron 3 criterios para síndrome hemofago-

cítico, no cumpliendo el diagnóstico en base al protocolo HLH-2004, sin embargo al no contar con el análisis de actividad citotóxica de células NK ni niveles de CD25 soluble en nuestro centro, no se pudo descartar por completo esta entidad en ese momento, tras una revisión del caso en base a la clínica, histopatología y respuesta al tratamiento se llega a la conclusión diagnóstica de una anemia aplásica secundaria a dengue.

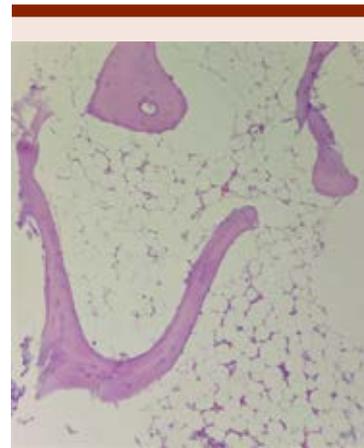


Figura 1.

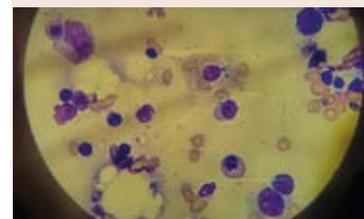


Figura 2.

HEM0002: Anemia hemolítica autoinmune asociada a SARS-CoV-2 con recaída postvacunación

Francisco Gerardo Torres Salgado, Rafael Alejandro Martínez Chacón
Hospital Aranda de la Parra, León Guanajuato

Objetivos: Reportar un caso de AHA asociada a infección por SARS-COV2 con tratamiento exitoso y recaída posterior a vacunación
Antecedentes: La anemia hemolítica autoinmune se asocia con frecuencia a procesos infecciosos, autoinmunes y linfoproliferativos, siendo su presentación asociada a infección por SARS-COV2 muy rara; el tratamiento habitual de la AHA incluye esteroides, rituximab, inmunosupresores y hemotransfusión

Caso clínico: Masculino de 62 años, DM 2 cuadro de siete días de evolución astenia, adinamia, ataque al estado general fiebre, tos seca y dificultad respiratoria progresiva, y tres días antes de su ingreso se agregó, ictericia conjuntival, coluria e ingresó con saturación de O2 del 80% realizó PCR para COVID-19 +, una TAC de tórax mostró infiltrados compatibles con COVID19, una BH con HB (4.7g/dL) con normoblastos, reticulocitosis del 8%, elevación BI y DHL la prueba de Coombs directa +, Se dio manejo con metilprednisolona 500mg c 12 h, por 5 días, con enoxaparina, ácido fólico, eritropoyetina y terapia de sostén el paciente mejoró fue egresado tras 13 días de estancia hospitalaria fue visto en la consulta externa, en buenas condiciones . El paciente se encontraba en vigilancia 6 meses posteriores a su cuadro y fue inmunizado contra SARS-CoV-2 (AstraZeneca) y 11 días posteriores inicia con datos de recaída de AHA con ictericia, elevación de bilirrubinas, presentó una disminución aguda hasta 7.3, elevación de DHL,

fue manejado con metilprednisolona 500mg/eritropoyetina 400 U c 24hrs y evoluciono a la mejoría y 7 días ya con una cifra de Hb 12.5.

Conclusiones: Se reporta un paciente que sufrió de anemia hemolítica autoinmune (AHA) asociada a infección aguda por SARS-CoV-2 y que fue manejado con dosis altas de esteroides y eritropoyetina logrando la remisión de la enfermedad y ya encontrándose en vigilancia post tratamiento y que después a 11 días de recibir la primera dosis de inmunización anti COVID AstraZeneca (MR) presenta nuevo cuadro de hemolisis autoinmune que fue manejada de manera exitosa con nuevo ciclo de dosis altas de esteroides y eritropoyetina. En la revisión de la literatura es el primer caso reportado de esta asociación de recaída de AHA asociada a COVID que recae posterior a ser inmunizado.



Figura 1.

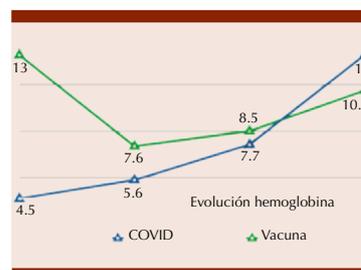


Figura 2.

HEM0006: Anemia aplásica un reto diagnóstico en contexto de síndrome de fallo medular: reporte de caso clínico

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

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Objetivos: Presentar el protocolo diagnóstico de un caso clínico de paciente con anemia aplásica.

Antecedentes: La anemia aplásica se define por la presencia de pancitopenia en sangre periférica acompañada de hipo celularidad en médula ósea, la cual es reemplazada por grasa, en ausencia de procesos clonales malignos. Incidencia de 2 por cada millón de habitantes en Europa y de 4 por cada millón en Asia por año. En México se estiman 4.8 casos nuevos por millón de habitantes por año en menores de 15 años y de 4.1 casos nuevos por millón de habitantes por año en mayores de 15 años.

Caso clínico: Mujer de 19 años acude a urgencias por metrorragia: 1 semana previa se indican anticonceptivos combinados por vía oral por médico particular: aumentando la cantidad de sangrado usando hasta 3 toallas nocturnas posterior usando pañales de bebe 4 en un día. Aceptada directo al área de choque con PAM de 45: se inicia tratamiento de soporte y transfusión de hemoderivados. Biometría hemática inicial: Hb 2 g/dl, VMC 107 FL, leucocitos 2 000 mm3, neutrófilos 330 mm3, linfocitos 1 100 mm3, plaquetas 15 000 mm3, reticulocitos 1.5%. Se aborda en hematología por síndrome de fallo medular; protocolo: Prueba inmunológica de embarazo negativa: exploración ginecológica sin hallazgos relevantes, USG abomino pélvico no relevante, coagulación,

pruebas de funcionamiento hepático, perfil inmunológico, niveles de vitaminas sin hallazgos. Panel viral para hepatitis TORCH y VIH no reactivo, hemocultivos, mielocultivos negativos, TAC de 5 regiones sin hallazgos relevantes. Aspirado de médula ósea infiltración del 90% con células plasmáticas algunas de ellas bi y trinucleadas. Cadenas kappa y lambda e inmunofijación en orina negativos orientado a proceso no clonal. Biopsia de médula ósea hipocelular < 15%, linfoplasmocitosis polítípica reactiva del 60%. Sin familiares para estudio de histocompatibilidad se mantiene en tratamiento con danazol/ciclosporina/eltrombopag con disminución de requerimiento transfusional y sobrevivencia de 5 meses. Defunción por trombocitopenia severa y sangrado en sistema nervioso central.

Conclusiones: El diagnóstico de esta entidad es de exclusión ya que previamente se requiere haber descartado otras condiciones asociadas a citopenias en sangre periférica. El aspirado y biopsia de médula ósea se realizan de rutina para obtener muestras para inmunohistoquímica, inmunofenotipo y citogenética que permiten realizar diagnóstico diferencial con otras patologías. Durante los 2 primeros años, fallecen un 80% de los pacientes.

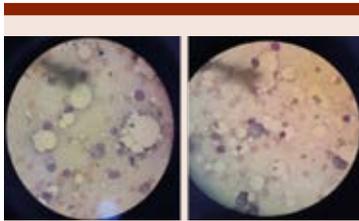


Figura 1.

HEM0007: Dismielopoyesis: un reto diagnóstico en enfermedades infectocontagiosas, reporte de caso clínico

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

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Objetivos: Presentar un caso clínico de paciente con pancitopenia y cambios de dismielopoyesis secundario a proceso infeccioso.

Antecedentes: El diagnóstico diferencial de pancitopenia es extenso y complejo. Dentro de las posibles etiologías hemos de considerar la propia infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, la toxicidad hematológica secundaria al tratamiento antirretroviral y la polifarmacia, la desnutrición que caracteriza a estos pacientes, los procesos neoplásicos, fundamentalmente hematológicos, y las infecciones oportunistas; dentro de estas últimas, como máximo exponente en nuestra comunidad, la tuberculosis.

Caso clínico: Masculino de 19 años con 3 meses de evolución refiere astenia, adinamia, malestar general, fiebre intermitente de predominio nocturno, acompañado de diaforesis y pérdida de peso de 10 kg en 1 mes. Acude a urgencias por epistaxis anterior. A la exploración física: con facies caquéctico, sin hepatomegalia ni esplenomegalia, sin adenopatías, con purpura húmeda por epistaxis y seca caracterizada por petequias en extremidades inferiores. Biometría hemática inicial: Hb 10.10 g/dl, Hematocrito 30.5%, volumen

corpúscular medio 90.4 FL, Leucocitos totales 4 000 mm³, neutrófilos 3 300 mm³, linfocitos 300 mm³, monocitos 400, plaquetas 43 000. Por síntomas constitucionales se toma aspirado de médula ósea con disminución de megacariocitos y alteración en la maduración mieeloide con exceso de promielocitos hipergranulares por lo que se toma biología molecular y cariotipo, inmunofenotipo no concluyente para LAM M3, resultado negativo de PML RARA, citogenético normal con persistencia de las citopenias pese a inicio de ácido tras retinoico por lo que se continua protocolo de estudio: panel viral para hepatitis no reactivo: Prueba de ELISA para VIH dos reactivas y western blot positivo, lavado bronquioalveolar con genexpert negativo. Durante su evolución se agrega tos productiva con esputo hemoptoico TAC contrastada de tórax con imágenes de árbol en gemación bilateral: se inicia prueba terapéutica con dot bal con lo cual hay mejoría de las citopenias. Posterior se inicia tratamiento antirretroviral con última biometría normal.

Conclusiones: Presentamos el caso de un paciente VIH categoría C3 quien de manera inicial es abordado con un aspirado de médula ósea cuyo patrón morfológico presenta características de un paciente con leucemia mieeloide aguda promielocítica sin embargo posteriormente se confirma síndrome de inmunodeficiencia humana y sospecha por estudio de imagen de tomografía de tuberculosis pulmonar: en los casos de pancitopenia en pacientes con VIH/SIDA, el aspirado de médula ósea y la biopsia de hueso son procedimientos útiles que permiten un diagnóstico temprano.

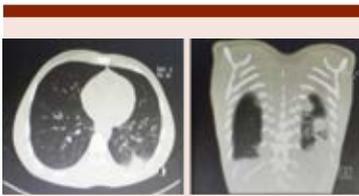


Figura 1.

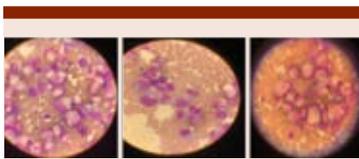


Figura 2.

HEM0009: Reporte de dos casos pediátricos de citopenia inmune posterior a trasplante hepático en el Hospital Infantil de México Federico Gómez

Brenda Lissette Ventura López, Gabriela del Carmen Aguilar Tapia, Lucía Mariana Muñoz Juárez Díaz, Lizette Velázquez Marmolejo, Aída Mashenka Moreno González

Departamento de Hematología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México

Objetivos: Reporte de dos casos pediátricos de citopenia inmune posterior a trasplante hepático en Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Antecedentes: Las citopenias inmunitarias son una complicación potencialmente mortal en pacientes pediátricos posterior a trasplante de órganos sólidos, las respuestas al tratamiento de estas citopenias no están bien descritos. El objetivo de este estudio es presentar el cuadro clínico y tratamiento de dos pacientes pediátricos posterior a trasplante hepático que desarrollaron citopenias, un caso de trombocitopenia inmune secundaria, y segundo caso

de anemia hemolítica inmune y trombocitopenia inmune secundaria.

Caso clínico: Primer caso: Femenina de 9 años de edad con antecedente de hepatitis de células gigantes diagnosticado al año de vida en el 2012, se realizó trasplante hepático de donador cadavérico en 2016; 5 años posterior a trasplante hepático (29.04.21) presenta equimosis generalizadas con trombocitopenia de 26,000/uL, aspirado de médula ósea compatible con trombocitopenia inmune secundaria sin manifestaciones hemorrágicas e inicia tratamiento de primera línea sin respuesta con trombocitopenia de 45,000/uL, se instaura tratamiento de segunda línea con rituximab a 375 mg/m²/do, actualmente en tercera dosis, último conteo plaquetario 47,000/uL, sin manifestaciones de sangrado mucocutáneo. Segundo caso: Femenina de 12 años de edad con antecedente de atresia de vías biliares, se realizó trasplante hepático en 2016, 4 años posterior a trasplante hepático (junio 2020) presenta trombocitopenia con aspirado de médula ósea compatible con trombocitopenia inmune, se inició tratamiento de primera línea con respuesta completa, dos meses después en agosto 2020 presenta clínica acorde a anemia hemolítica autoinmune mediada por anticuerpos calientes, se instauró tratamiento con inmunoglobulina humana a 1gr/kgdo sin respuesta, presentado descenso de hemoglobina de 1.6 gr por lo que se inician bolos de metilprednisolona a 30mg/kgdo por 3 días y se tomaron niveles de tacrolimus que se encontraron en niveles supra terapéuticos por lo que se disminuyó la dosis con lo que presenta estabilización de cuadro clínico y mejoría de hemólisis.

Conclusiones: El espectro de las manifestaciones hematológicas

posterior a trasplante hepático incluyen citopenias únicas o múltiples de etiologías relacionadas a infecciones, procesos inflamatorios, inmunológicas y/o relacionada a fármacos, estas citopenias se han presentado principalmente en el primer año postrasplante, principalmente anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia inmune.

HEM0010: Respuesta al tratamiento de inmunosupresión en pacientes con anemia aplásica en la Unidad de Alta Especialidad N°25

Arantxa Jessica Mecott Estudillo, Guillermo Sotomayor Duque, Diego Cruz Contreras, Severiano Baltazar, Martha Lilia Guajardo Leal, Helga Patricia Sorkee Dávila, José Alfredo Carrizalez Villarreal, José Luis Cedillo De la Cerda, Myrna Patricia Pequeño Luévano, Isabel Borjón Cabada, Christian Quirino Márquez, Ricardo Ríos Rodelo, Dora Aldama Gutiérrez, Juan Daniel Garza Escobar, Yarezi García Cerda, Victor Valerio Bugarín, Karen Machuca Adame, Luis Omar Gudiño Cobos, Rosa Elva De León Cantú, Roberto Hernández Valdez, Willy Nava Gutiérrez, Gerardo Ávila Contreras
IMSS UMAE 25

Introducción: La anemia aplásica se caracteriza fisiopatológicamente por ser una patología autoinmune mediada por células T. Tiene una incidencia de 1-2 casos por millón/año, con dos picos, el primero de los 10 a los 25 años y el segundo en mayores de 60 años. Las guías internacionales sugieren como primera línea el trasplante de médula ósea en los pacientes menores de 40 años, así como la terapia inmunosupresora estándar para aquellos mayores de 40 años.

Objetivos: Evaluar la respuesta a los tratamientos de inmunosupresión en pacientes con anemia aplásica. Definir el porcentaje y

causa de mortalidad. Determinar el porcentaje de pacientes sometidos a trasplante de médula ósea y la respuesta.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Pacientes con anemia aplásica, mayores de 16 años, de 2013 a diciembre 2020.

Resultados: Se incluyeron un total de 37 pacientes, mediana de edad de 46.5 años (17-84), sexo masculino 23 pacientes (62%), femenino 14 (38%). El grado de presentación fue: severa en 14 pacientes (38%), muy severa en 14 (38%) y leve en 9 (24%). El esquema de IST más utilizado fue CsA en monoterapia: 19 pacientes (51%), ATG/CsA en 15 pacientes (40%). Se obtuvo una RC en 4 pacientes (22%), RP en 8 pacientes (22%) con una RG del 32%. 10 pacientes fueron sometidos a

alotrasplante y un paciente a trasplante haploidéntico, con respuesta completa en 6 pacientes (54.5%), 3 (27.2%) respuesta parcial, y 1 paciente (9%) sin respuesta. La mediana de seguimiento fue de 10.1 meses (2-166). Hubo un total de 6 fallecimientos (16%), siendo las infecciones la causa más común.

Conclusiones: Se puede observar la mediana de edad de 46.5 años, además del predominio del sexo masculino como lo reporta la literatura. Nuestra primera línea de tratamiento más utilizada fue ciclosporina, seguida de globulina antitímocito, estos esquemas con 31% de respuesta y 26% respectivamente. Se puede observar el aumento de la respuesta con el tratamiento estándar de oro, de hasta un 81%, por lo que deberá seguir siendo nuestro objetivo principal el

realizar de primera línea trasplante alogénico en los pacientes con anemia aplásica.

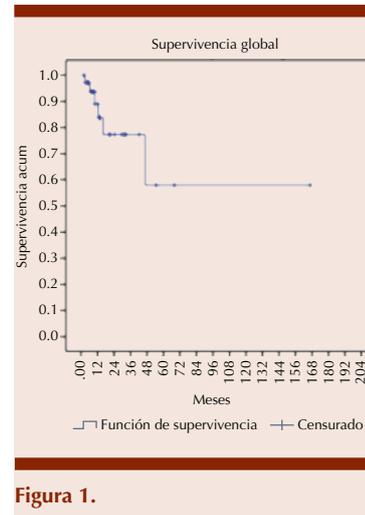


Figura 1.

HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

PRESENTACIÓN ORAL

HTR0009: Romiplostim, dosis bajas de rituximab, y dexametasona en dosis alta en trombocitopenia inmunitaria de reciente diagnóstico: estudio piloto de terapia total

Perla Rocío Colunga Pedraza, Mónica Bustillos Muñoz, Fernando De la Garza Salazar, Andrés Gómez De León, Edgar Ulises Coronado Alejandro, Eliezer Tomas Gómez Gómez, Ana Varela Constantino, Gerardo A. De la Rosa Flores, Olga Graciela Cantú Rodríguez, César Homero Gutiérrez Aguirre, Luz del Carmen Tarín Arzaga, David Gómez Almaguer

Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Servicio de Hematología, Monterrey, NL, México

Introducción: La piedra angular en el tratamiento de la trombocitopenia inmune primaria (TIP) son los corticosteroides, sin embargo, la mayoría de los pacientes recae durante el seguimiento. La falta de respuesta sostenida, ha obligado a la búsqueda de estrategias terapéuticas. El romiplostim, un agonista del receptor trombopoyetina está aprobado por la FDA para pacientes

con TIP crónica. Sin embargo, se desconoce la seguridad, tolerabilidad y eficacia de romiplostim combinado con rituximab en dosis bajas y dexametasona en dosis altas en la TIP de diagnóstico reciente.

Objetivos: El objetivo primario fue demostrar la seguridad y tolerabilidad del tratamiento. Los objetivos secundarios fueron la respuesta inicial y la incidencia de recaídas.

Materiales y Métodos: Ensayo clínico abierto de un solo brazo (Clinical trial.gov NCT04588194). Se incluyeron adultos > 16 años con TIP de diagnóstico reciente,