

Oncología

Oncology

ON-1

LINFOMA Y SÍNDROME DE SJÖGREN: ¿UNA RELACIÓN CAUSAL CON DEBUT INUSUAL O UNA PRESENTACIÓN DE COEXISTENCIA?

VARGAS A. DIANA, SÁNCHEZ-M P, AMAYA-P M, MORA S, ENCISO L.

*Hospital Universitario La Samaritana, Bogotá, Colombia.
Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.*

Introducción. El síndrome de Sjogren es una enfermedad autoinmune caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas. Usualmente cursa de forma crónica e indolente y aunque se ha descrito mayor riesgo para el desarrollo de linfomas de forma proporcional a la duración de la enfermedad, es poco frecuente los casos reportados de forma temprana, dejando en duda la auténtica relación de su origen y presentación conjunta. Los principales tipos histológicos asociados son linfoma folicular, linfoma B difuso de célula grande y MALT.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo del tipo reporte de caso

Resultado: (Reporte de Caso). Hombre de 70 años, con clínica de 3 meses de dolor ocular bilateral asociado a cefalea bifrontal, intensidad moderada. Desde hace 6 meses asoció diaforesis nocturna, adenomegalias de crecimiento progresivo y xerostomía leve. Antecedente de hipertensión arterial. Al examen físico con uveítis anterior bilateral, hipertrofia de glándulas submaxilares bilaterales, adenomegalias cervicales, axilares e inguinales bilaterales, sin déficit neurológico.

Paraclínicos reportaron hemograma, uroanálisis e ionograma normal, VHB, VHC, VIH, CMV, toxoplasma, PPD y RPR negativos, PCR: 16, VSG 104. Complemento normal, ENAS, HLA B27 negativos, ANAS positivo 1/320 con antiDNA negativo, gamapatía policlonal en electroforesis de proteínas. En CT toracoabdominal se demostró adenomegalias mediastinales, axilares y retroperitoneales, se realizó biopsia de ganglio axilar derecho con reporte de patología de linfoma no Hodgkin B de bajo grado y biopsia de glándula salivar clase IV de Mason Chisholm compatible con síndrome de Sjogren.

Conclusión. El riesgo de desarrollar linfoma en pacientes con Síndrome de Sjogren incrementa con el tiempo desde el diagnóstico y se mantiene elevado 15 años después del diagnóstico. Usualmente es de localización extranodal, los síntomas B son inusuales y se presenta ocasionalmente en pacientes sin factores predictores como: hipocomplementemia, linfopenia, anemia, hipergammaglobulinemia, púrpura y parotidomegalia.

O-2

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EXTENSO Y FLEGMASÍA CERÚLEA DOLENS: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

BERNAL LAURA, RUIZ P.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción. El diagnóstico de cáncer de próstata en estadio metastásico ha venido en descenso, y es infrecuente que la enfermedad tromboembólica venosa (ETE)V sea la manifestación inicial. La prevalencia de neoplasia oculta en un primer episodio de trombosis venosa profunda (TVP) está alrededor del 4%; existe controversia acerca de su búsqueda (pertinencia y mejor estrategia).

Presentación del caso. Paciente de 55 años con dos meses de edema en miembro inferior izquierdo, se diagnosticó en otra institución TVP y dieron egreso con warfarina. Reconsultó a los 5 días por persistencia de sintomatología, documentándose adicionalmente trombosis de miembro superior ipsilateral, tromboembolismo pulmonar multilobar con compromiso central y extensión del trombo en miembro inferior hasta la vena cava, a pesar de anticoagulación adecuada (INR terapéutico). Se cambió a enoxaparina, ajustando dosis a niveles de factor Xa. Desarrolló flegmasia cerúlea dolens (FCD) de la extremidad inferior, que progresó rápidamente originando necrosis del pie, sin posibilidad de otras intervenciones dado el tiempo de evolución por lo que requirió amputación supracondílea. Ante la severidad del cuadro se sospechó hipercoagulabilidad secundaria, se inició búsqueda de neoplasia oculta aplicando estrategia limitada a tamización según grupo etario y guiada por síntomas. La revisión por sistemas fue negativa, se realizó antígeno prostático que se encontró elevado en 289 ng/mL, biopsia prostática que confirmó adenocarcinoma y tomografía de abdomen que reportó adenopatías retroperitoneales. Recibió tratamiento con radioterapia, análogo de GnRH y antiandrógeno, con buena respuesta bioquímica, imagenológica y clínica; a 1 año de seguimiento se mantiene funcional.

Discusión. Aunque la prevalencia de cáncer oculto en un primer episodio de TVP es baja, debe aumentar la sospecha cuando hay múltiples sitios de trombosis y especialmente en presencia de FCD. En este caso el síndrome paraneoplásico permitió un diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer, con impacto significativo en supervivencia y calidad de vida.