

Hematología

Hematology

H-1

TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA REFRACTARIA A CORTICOIDES EN PACIENTE GESTANTE. REPORTE DE CASO

ARIAS-MIRA DAVID ESTEBAN

Universidad El Bosque, Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La trombocitopenia inmune primaria es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos IgG contra las plaquetas. Con una prevalencia de 3 casos por 10.000 personas y predominio del sexo femenino, afecta incluso el periodo gestacional, sin embargo, no hay claridad del aumento en su incidencia durante la gestación. Se ha sugerido que los niveles elevados de trombopoyetina sérica durante el embarazo tengan un origen placentario.

El presente caso describe a una paciente con trombocitopenia inmune primaria durante la gestación con refractariedad al manejo con esteroides.

Reporte de caso. Paciente de 26 años de edad, gestante de 15 semanas por fecha de última menstruación, con antecedente de trombocitopenia inmune primaria desde la infancia con adecuada respuesta terapéutica al esquema con dexametasona. Consulta a la institución por hallazgo de nuevo recuento de plaquetas en 22.000 asociado con episodios de epistaxis atraumática y gingivorragia, con requerimiento de cauterización e inicio de inmunoglobulina intravenosa, transfusión de plaquetas y prednisolona oral, con lo que se obtuvo mejoría del recuento plaquetario hasta 200.000 con resolución de los sangrados. Se realizaron estudios complementarios descartando sobreposición de otra entidad autoinmune o procesos infecciosos asociados a ésta agudización.

En el seguimiento se documentó nuevo descenso del recuento plaquetario en rangos de trombocitopenia a pesar del manejo de sostenimiento con prednisolona dado su estado de gestación, por lo que se consideró refractaria al esteroide y se escaló terapia a Rituximab en monoterapia con mejoría plaquetaria y parámetros aceptables de viabilidad fetal a la fecha.

Discusión. La gestación constituye un escenario difícil en el manejo de la trombocitopenia inmune primaria, ya que ningún fármaco ha sido aprobado en su tratamiento durante éste periodo. El esquema de esteroides con dexametasona puede atravesar la barrera placentaria y generar alteraciones fetales, por lo que se recomienda el uso de prednisolona. La inmunoglobulina constituye un tratamiento de emergencia para procedimientos emergentes o electivos como el parto en el contexto de recuentos bajos de plaquetas, sin embargo, en el escenario de refractariedad a esteroides, el rituximab representa el medicamento de elección a pesar del riesgo de hipogammaglobulinemia fetal.

H-2

TRASTORNO DE CÉLULAS PLASMÁTICAS CON COMPROMISO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y ESTATUS CONVULSIVO ASOCIADO

ARIAS-MIRA DAVID ESTEBAN

Universidad El Bosque, Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. Los trastornos de células plasmáticas son anomalías de los linfocitos B activos que llevan a la síntesis de inmunoglobulinas homogéneas, lo cual representa un componente de monoclonalidad en la síntesis de un único tipo de cadenas pesadas y/o livianas. Dentro de éstos trastornos se encuentra el mieloma múltiple, las gammopatías monoclonales de significado incierto y de significado clínico, el plasmocitoma único, síndrome de POEMS, la macroglobulinemia de Waldenstrom, la Amiloidosis y la Enfermedad de cadenas pesadas.

Se presenta el caso de una paciente con trastorno de células plasmáticas con compromiso en sistema nervioso central.

Reporte de caso. Paciente femenina de 65 años de edad con antecedentes de dislipidemia y diabetes, con diagnóstico reciente de mieloma múltiple secretor de inmunoglobulina G con hallazgo de plasmocitoma extramedular a nivel pélvico, quien consulta por cuadro clínico de 2 semanas de evolución consistente en deterioro de la clase funcional asociado a postración y deterioro del estado de alerta que requirió ventilación mecánica invasiva. Al examen físico se evidencia ausencia de respuesta verbal, ocular y de extremidades. Se realizó resonancia magnética cerebral que documenta extenso compromiso óseo poliostótico con leucoencefalopatía periventricular y subcortical.

Ante dichos hallazgos se realizó citometría de flujo en líquido cefalorraquídeo que reporta infiltración del 1.7% de plasmocitos atípicos, por lo que se inició esquema de quimioterapia intratecal con Metotrexato y Citarabina al igual que manejo sistémico con protocolo VCD (Bortezomib, Ciclofosfamida y Dexametasona), con lo cual se logró mejoría de su estado de alerta, con avance en desmonte de ventilación mecánica y traslado a piso de hospitalización.

Durante su estancia y a pesar de la respuesta clínica, se documentó episodio de estatus epiléptico convulsivo con signos de falla ventilatoria, por lo que en conjunto con los familiares se decidió no avanzar en medidas de reanimación e intubación orotraqueal.

Discusión. La enfermedad extramedular asociada a los trastornos de células plasmáticas solo llega al 5% de los casos, siendo la piel, ganglios linfáticos, órganos abdominales y vías respiratorias superiores los órganos más comprometidos, sin embargo, el compromiso extramedular en el sistema nervioso central representa menos del 1% y se ha asociado con un mal pronóstico.

H-3

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A FIEBRE TIFOTIDEA

BADILLO- MOJICA SILVIA ALEJANDRA, RUEDA-OVIEDO VÍCTOR ANDRÉS, REDONDO-GELVEZ ADRIANA MERCEDES

Clínica FOSCAL internacional. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome hemofagocítico (SHF) es una enfermedad poco común pero grave que se caracteriza por una inflamación sistémica excesiva causada por una activación descontrolada del sistema inmunológico en la cual las células inmunitarias, como macrófagos y células NK, atacan y destruyen glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

Presentación del caso. Se trata de un paciente masculino adulto mayor de 69 años, agricultor, proveniente de Onzaga, Santander, con antecedente de hipertensión arterial, ingresa por un cuadro clínico caracterizado por fiebre, dolor abdominal, emesis, diarrea, epistaxis, gingivorragia y melenas. Al ingreso con neutropenia, anemia y trombocitopenia severa, elevación de enzimas hepáticas con patrón colestásico, prolongación de los tiempos de coagulación, fibrinógeno consumido y hepatomegalia. Se realiza filmarray en materia fecal con presencia de salmonella, se hace diagnóstico de fiebre tifoidea y se inicia manejo antibiótico con ceftriaxona. Días después coprocultivo con salmonella resistente a ceftriaxona, se escalona tratamiento a meropenem, sin embargo debido a pancitopenia persistente, evolución clínica tórpida, se considera paciente con reactivación de la respuesta inflamatoria sistémica, se decide realizar aspirado y biopsia de medula ósea con abundantes histiocitos con frecuentes figuras hemofagocíticas, rasgos displásicos de la serie granulocítica y monocítica que podrían estar en relación a secundarismo más que a síndrome mielodisplásico, esto asociado a ferritina >10.000 ng/mL, triglicéridos 382 mg/dL, se hace diagnóstico de SHF y se inicia terapia con corticoesteroides.

Discusión. El SHF es una complicación infrecuente que se caracteriza por fiebre, adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia, pancitopenia, hiperbilirrubinemia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, se puede producir posterior a un evento desencadenante como una infección, enfermedades hematológicas, autoinmunes, e incluso ha sido descrita posterior a vacunación, medicamentos y cirugías, su cuadro clínico inespecífico puede dificultar el diagnóstico.

H-4

LINFOMA HODGKIN, PRIMARIO DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

RAMOS-CABALLERO GABRIELA SOFÍA, RAMOS-ROJAS CATALINA, QUIROS-CASTRO JUAN NICOLAS, DULCEY SARMIENTO LUIS ANDRES

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El linfoma tiroideo (LT) es una enfermedad rara que supone menos del 2% de las neoplasias tiroideas, presenta mayor prevalencia en mujeres y se desarrolla entre los 60 y 75 años, la mayoría de los casos son de tipo no Hodgkin (LNH) de estirpe B y de células grandes.

Caso clínico. Paciente masculino de 20 años, quien refiere cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por sensación de dolor en región anterior de cuello, sudoración nocturna profusa y pérdida de peso.

Posteriormente, aumento brusco de volumen en región latero cervical, principalmente derecha y luego crecimiento en región anterior del cuello de aproximadamente 10 x 10 cm, acompañado de disfagia.

Se realiza citología por punción arrojando un diagnóstico presuntivo de tiroiditis crónica, posteriormente se realiza lobectomía parcial derecha con reporte de biopsia: Linfoma hodgkin (LH), tipo esclerosis nodular (02-10-14). Los resultados de inmunohistoquímica mostraron inmunomarcadores positivos CD30 y CD15, lo que sugiere un LH primario de tiroides. Se optó por el protocolo ABVD de cuatro ciclos de tratamiento, sin complicaciones. Se solicita revaloración paraclínica que se encuentra dentro de límites normales, manteniéndose remisión hasta la fecha.

Discusión. El paciente según la literatura se diagnostica en el contexto de un bocio multinodular, sin embargo a diferencia de ésta, donde los casos más frecuentes son de LNH, éste se trata de un LH además ser en un paciente masculino, joven, no encontrándose casos similares reportados. El tratamiento fue un protocolo de poliquimioterapia por IV ciclos con doxorrubicina, vinblastina, dacarbazina y bleomicina (ABVD) y consolidación con radioterapia, con respuesta satisfactoria. Presentamos un caso de Linfoma Primario de Tiroides, asociado a un diagnóstico de bocio raro y poco frecuente tanto del grupo de los linfomas como dentro del grupo de los tumores tiroideos.

H-5

ENFOQUE DEL PACIENTE CON SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CUERVO JESSICA, HERNÁNDEZ MARÍA, TIPASOCA JHON

Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La eosinofilia, definida como > 500 células/ml. Espectro clínico, desde cuadros asintomáticos, hasta el síndrome hipereosinofílico. Se puede clasificar en primaria; neoplasias hematológicas; Por otra parte, las causas secundarias, corresponden a etiologías infecciosas, medicamentosas, alérgicas, autoinmunes, inmunológicas, misceláneas e idiopática. En nuestro medio, lo más frecuente, la infección parasitaria, por activación de los linfocitos TH2. Presentamos el caso de una mujer, que debuta con ACV y eosinófilos $>30,000$, por más de 4 semanas sin causa clara.

Diseño y Metodología. Estudio observacional, reporte de caso clínico de interés diagnóstico en el año 2023 en el servicio de medicina interna, hospital universitario clínica San Rafael.

Caso clínico. Paciente femenina, procedente de Vaupés, sin antecedentes. Consulta por cuadro de cefalea global, hipertensión arterial, emergencia hipertensiva órgano blanco cerebro. En Bogotá, focalización de miembro superior izquierdo, resonancia cerebral, lesiones isquémicas subagudas considerando ACV isquémico agudo. No hubo anomalía en los estudios de riesgo vascular.

Eosinofilia > 30.000 Cel/ml, persistente a pesar de dos ciclos de desparasitación, por lo que se consideró síndrome hipereosinofílico, se descartaron causas infecciosas, alérgicas, autoinmunes, endocrinológicas, medicamentosas, neoplásicas; llevada a biopsia de médula ósea, reportando aumento de eosinófilos, sin poblaciones de origen neoplásico.

En junta multidisciplinaria, eosinofilia reactiva idiopática con manifestaciones multiorgánicas y se dió manejo esteroide.

Discusión. De acuerdo a la definición de la OMS la eosinofilia requiere abordaje clínico completo.

Lo más común, infecciones parasitarias, y en la persistencia posterior al tratamiento, es importante llevar a cabo un abordaje sistemático. Se propone mnemotecnica de abordaje PACMAN: Parásitos, Alergias, Enfermedades Crónicas, Medicamentos, Misceláneas, Autoinmunes y Neoplásicas.

Conclusiones. La eosinofilia no debe pasar desapercibida, debe existir sospecha clínica, historia clínica detallada permitiendo el correcto uso de herramientas diagnósticas que orienten de manera juiciosa y precisa sus diferentes causas. El reto real del internista en estas condiciones poco documentadas.

H-6

EL GRAN CAMALEÓN: MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN EL CONTEXTO CLÍNICO

MOLANO-PULIDO ANA MARÍA, QUINTERO-VEGA GUILLERMO, LIZARAZO- JIMÉNEZ MARÍA JOSÉ, CENTENO-PADILLA MARÍA JOSÉ, HERNÁNDEZ-LINARES ISABEL VIRGINIA, RAMÍREZ-YAÑEZ HERNÁN ANTONIO, MARTÍNEZ-ÁVILA MARÍA CRISTINA, JIMÉNEZ-ACOSTA SANDRA JULIANA

Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. Las microangiopatías trombóticas (MAT) se caracterizan por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y microtrombos asociados a lesión tisular isquémica; incluyen la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y el síndrome hemolítico urémico (SHU), condiciones que tienen características clínicas y fisiopatológicas similares pero con manejo diferente. La inespecificidad de los signos y síntomas puede causar retrasos en el inicio de un tratamiento específico.

Presentación de caso. Mujer de 35 años con gingivorragia, epistaxis y petequias, por antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) se consideró recidiva y se inició manejo con dexametasona. Persistía con sangrado, exámenes con trombocitopenia (plaquetas $22.000 \text{ } 10^3/\text{uL}$), frotis de sangre periférica (FSP) sin alteraciones, hiperbilirrubinemia indirecta, deshidrogenasa láctica (LDH) aumentada, Coombs directo positivo y un índice reticulocitario aumentado. Dada la refractariedad al tratamiento, se repite FSP que reporta esquistocitos ++ por lo que se mide actividad de ADAMTS13 obteniendo un déficit severo de actividad $<0.2\%$. Se confirma diagnóstico de PTT, se inicia caplacizumab con resolución de la trombocitopenia y síntomas asociados.

Mujer de 44 años con disentería manejada con ciprofloxacina y metronidazol. Panel gastrointestinal con *Escherichia Coli* enteroagregativa y *Escherichia Coli* productora de toxina Shiga-like, por hallazgos se suspende antibioticoterapia. Paraclínicos con anemia, trombocitopenia (plaquetas $68000 \text{ } 10^3/\text{uL}$) y creatinina en 5.95 mg/dL con anuria que obligó a terapia de reemplazo renal. Ante sospecha de SHU se realizan FSP esquistocitos +++, Coombs directo negativo, Plasmic score de 4 puntos, ADAMTS13 del 46% y prueba de antígeno de toxina Shiga-like en heces positiva; confirmando el diagnóstico. Se continuó manejo de soporte hasta mejoría de volúmenes urinarios, descenso de LDH, aumento de plaquetas/hemoglobina.

Conclusiones. Comprender la MAT mejora los desenlaces y evita retrasos en el tratamiento. Es crucial distinguir entre PTT y SHU para dar manejo dirigido. La evaluación e historia clínica, el FSP son fundamentales en el diagnóstico y tratamiento.

H-7

CRIOGLOBULINAS Y CRIOGLOBULINEMIA EN COLOMBIA: ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL DE SALUD 2018-2022

**GALLART ANAÍS, BARAHONA-CORREA JULIÁN, TRUJILLO JOHN,
GUALDRÓN-CHAPARRO KAREN, BERNAL-MACÍAS SANTIAGO,
FERNÁNDEZ-ÁVILA DANIEL**

*Semillero Javeriano de interés en Autoinmunidad y Reumatología (SEJAR),
Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá,
D.C. (Colombia)*

Introducción. Las crioglobulinas son inmunoglobulinas que se precipitan a $<37^{\circ}\text{C}$; pueden estar presentes en neoplasias hematológicas, infecciones, autoinmunidad, etc. La crioglobulinemia puede presentar compromiso vascular, dermatológico, gastrointestinal, articular, neurológico o renal. No se conoce la epidemiología de esta condición o su estudio en Colombia.

Diseño. Estudio observacional transversal descriptivo de datos secundarios

Métodos. Realizamos una búsqueda en la base de datos del Registro Nacional de Salud (SISPRO) entre 2018- 2022. Utilizamos la clasificación del CIE-10 para la búsqueda de crioglobulinemia (D891) y del registro de CUPS para número de estudios de crioglobulinas (906917). Calculamos la prevalencia quinquenal de crioglobulinemia por 100.000 habitantes utilizando los datos del censo nacional de 2018.

Resultados. Se encontraron 384 individuos con diagnóstico de crioglobulinemia (prevalencia 0.8/100.000 habitantes) con mayor frecuencia en mujeres (261 vs 123 casos); relación mujer:hombre de 2.1:1. El grupo etáreo más afectado fue 30-34 años. Hubo una frecuencia similar entre régimen contributivo y subsidiado. Los departamentos con más casos reportados fueron Antioquia, Atlántico, Santander y Córdoba. Se registraron 7534 solicitudes de crioglobulinas, particularmente en mujeres (5931 vs 1600). El grupo etáreo con más solicitudes fue de 60-64 años, seguido por 55-59 años. El 75% de las solicitudes fueron en el régimen contributivo. Las regiones con más solicitudes fueron Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Santander.

Conclusiones. La información sobre prevalencia de crioglobulinemia es escasa a nivel mundial. Los departamentos con mayores frecuencias concentran hospitales de referencia, incluyendo centros de trasplante de médula ósea. Este es el primer estudio que describe las características demográficas de la crioglobulinemia y de la frecuencia de solicitud de crioglobulinas en Colombia. Estos datos ilustran el probable subregistro y la importancia de darle mayor visibilidad a esta patología, teniendo en cuenta que la presencia de crioglobulinas puede requerir el uso de terapias especializadas y costosas con un alto impacto desde la perspectiva del sistema.

H-8

ANEMIA HEMOLÍTICA MECÁNICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: DESAFÍO OCULTO DE FUGAS PARA VALVULARES

LÓPEZ-DUQUE JUAN DIEGO, BONILLA-BONILLA DIANA MARCELA,
ARISTIZÁBAL-VALENCIA RUBÉN DARÍO, GENES-VÁSQUEZ CARLOS
ANDRÉS, MURILLO-BENÍTEZ NELSON EDUARDO

Universidad Santiago de Cali, Clínica de Occidente S.A. Cali (Colombia)

La hemólisis intravascular es una complicación conocida de las válvulas cardíacas protésicas, sin embargo, la presencia de hemólisis severa es rara (<1%) y con el uso de válvulas protésicas de la nueva generación su incidencia ha disminuido, generalmente suelen presentarse debido a la existencia de fugas para valvulares.

Se presenta el caso de un hombre de 89 años con antecedente de valvulopatía reumática, con intervención inicial en 1985 y reintervención en 1997 por endocarditis bacteriana. Quien consultó por síntomas de un año de duración, exacerbados en los últimos dos meses, incluyendo astenia, adinamia, edema en miembros inferiores, ictericia y coluria. Al examen con presencia de ictericia escleral, clic mecánico S1 sin soplos y edema grado I en miembros inferiores, con laboratorios que mostraban leucocitos de $6.68 \times 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobina 7.9 g/dl, hematocrito 25.4%, VCM 102.0 fl, transaminasa oxalacética 111 U/l, bilirrubina total 5.54 mg/dl, bilirrubina indirecta 5.01 mg/dl, albumina 4.50 g/dl, LDH 1839 U/L y haptoglobina <8 mg/dL, Coombs directo negativo. Con ecocardiograma transtorácico que muestra prótesis mecánica sin para fugas, con movilidad adecuada de sus hemidiscos y flujo diastólico turbulento, sin insuficiencia, con posterior realización de ecocardiograma transesofágico, que identifico fuga para valvular de grado leve moderado, que luego de la realización de un amplio enfoque diagnóstico y descartando una extensa variedad de patologías, se considera la causa más probable del cuadro clínico del paciente.

Ilustrando de esta manera, la importancia de considerar la fuga para valvular como una causa de hemólisis tardía en pacientes con válvulas mecánicas mitrales, incluso con fugas para valvulares de grado leve y décadas después de su implantación.

H-9

USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON PURPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE NIVEL 4

BONILLA-BONILLA DIANA, CÁCERES-GUTIÉRREZ DANILO, IZQUIERDO-LOAIZA JORGE

Clínica de Occidente. Cali (Colombia)

Introducción. La púrpura trombocitopénica inmune (pti) es una manifestación hematológica que puede ser primaria o secundaria a patologías hematológicas o autoinmunes. en adultos es recurrente y de severidad variable. el tratamiento va desde inmunosupresores hasta medicamentos como eltrombopag o romiplostim y la mayoría de los pacientes requieren uso crónico de corticoides, con las consecuencias que pueden generar a largo plazo.

Diseño. En el estudio se presenta la experiencia con rituximab en pacientes con PTI en un centro de nivel 4 en Cali. Estudio descriptivo de tipo longitudinal .

Métodos. Se evaluaron historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PTI desde el año 2016 hasta el 2023, se seleccionaron las historias de los pacientes que recibieron rituximab y se evaluó la respuesta hematológica obtenida. se revisaron otros tratamientos recibidos y diagnósticos asociados.

Resultados. Se obtuvieron en total 11 historias , se descartaron 3 historias por no tener información completa, de las 8 historias seleccionadas, 7 eran mujeres, con rango de edad entre 23 y 58 años. hallazgos de trombocitopenia severa < 10.000 en 5 casos y < 50.000 en 3 casos. 4 pacientes obtuvieron respuesta completa sin recaídas, 3 tuvieron recaídas luego de mas de 2 años de iniciado el rituximab,un paciente no tuvo respuesta. En los usuarios de corticoide se logro reducción de la dosis , a los 7 pacientes restantes se diagnosticaron patologías inmunes, la mayoría lupus eritematoso sistémico (6/7).

Conclusiones. El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti-cd 20 que se ha utilizado para el tratamiento de diferentes patologías autoinmunes con respuestas favorables. por tal motivo, se ha propuesto su uso en el tratamiento de la PTI. no existen estudios definitivos al respecto. se presenta la experiencia del su uso. en nuestro estudio la mayoría de los pacientes que utilizaron rituximab lograron respuesta hematológica completa por mínimo 2 años.

H-10

SINERGIA DE MÚLTIPLES COMPLICACIONES EN ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: REPORTE DE CASO

QUINTERO JONATHAN, BALLESTEROS CRISTIAN, VELÁSQUEZ MARÍA, CELIS RONNIE, MANTILLA DIANA, CABEZA LUIS, GÓMEZ JAIME

Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La anemia de células falciformes corresponde a la forma de presentación más frecuente de hemoglobinopatía, generada por la presencia de hemoglobina S (HbS), producida a consecuencia de una mutación monogénica. Se caracteriza por anemia hemolítica crónica, episodios impredecibles de dolor y lesiones orgánicas generalizadas, vinculando así a una alta morbilidad debido a complicaciones multiorgánicas, agudas y crónicas, así como episodios de hemólisis y vaso-oclusión secundarios a esta alteración estructural eritrocitaria.

Caso clínico. Paciente masculino de 23 años con antecedente de anemia de células falciformes, hospitalizado por primer episodio de priapismo asociado a ictericia, dolor en hipocondrio derecho y desaturación. Requirió manejo quirúrgico por parte de urología así como múltiples transfusiones sanguíneas y plaquetoféresis terapéutica por anemia progresiva, marcadores de hemólisis y trombocitosis en ascenso. Se descartó TEP por angiografía pulmonar, contando con evidencia ecográfica de coledocistitis, hipertensión pulmonar y radiografía de tórax con proceso inflamatorio peribronquial que contribuyeron a establecer el diagnóstico de Síndrome Torácico Agudo. Posteriormente, ante presencia de picos febriles con reporte de bacteriemia por organismos multidrogaresistentes se administra antibioticoterapia de amplio espectro con eventual mejoría y alta médica.

Discusión. La anemia de células falciformes constituye una entidad con complicaciones a nivel multisistémico que pueden presentarse simultáneamente, siendo aquellas de naturaleza aguda las que aportan en mayor medida a la morbi-mortalidad de los pacientes. Dentro de las opciones terapéuticas de primera línea se encuentra la hidroxiurea como donante de óxido nítrico y medida preventiva en crisis de dolor, priapismo y eventos neurológicos como el ictus. La transfusión de hemoderivados resulta en una medida coadyuvante, para restitución de eritrocitos no falciformes y oxigenación de los tejidos afectados, sin embargo, no cuenta con evidencia que soporte su uso como conducta preventiva.

H-11

ANEMIA HEMOLÍTICA PRIMARIA POR CRIOAGLUTININAS: CASO CLÍNICO

URRIAGO JUAN, RUEDA SILVIA, TÍJARO VIVIANA,
CÁCERES ANDRÉS

Clínica universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La anemia hemolítica por crioaglutininas (AHAI) es una entidad infrecuente caracterizada por la unión de anticuerpos clase Ig M y complemento C3d a los hematíes a bajas temperaturas provocando el proceso de aglutinación de los eritrocitos, la formación de complejos inmunes y la activación del complemento, desencadenando la hemólisis eritrocitaria extravascular que lleva a la obstrucción vascular.

Presentación de caso. Presentamos el caso de un paciente masculino de 70 años, sin antecedentes patológicos, quien consultó por un cuadro de un mes de evolución de picos febriles, adinamia, ictericia y necrosis de la segunda falange distal derecha, asociado a lesión renal KDIGO 2 y con reporte de fenómeno de aglutinación celular con corrección a temperatura de 37°C. Inicialmente, se solicitó perfil de hemólisis el cual fue positivo con Coombs fraccionado con activación inmunológica de C3b – C3d e IgG negativa. Se descartaron causas secundarias como trombosis arterial o venosa, procesos infecciosos, asociación con medicamentos, vasculitis ANCA, esclerodermia y otras etiologías inmunológicas y procesos linfoproliferativos o neoplásicos, por lo cual se estableció que presentaba anemia hemolítica por crioaglutinación primaria con fenómeno vascular y renal. Se indicó manejo con altas dosis de corticoides logrando mejoría de la función renal y posterior egreso con dosis de mantenimiento con evolución satisfactoria.

Discusión. La principal etiología de la AHAI es secundaria a trastornos linfoproliferativos. Su diagnóstico se basa en la hemólisis, Coombs directo positivo para C3d, consumo del complemento, fenómeno de aglutinación a temperatura menor a 37° y títulos de aglutininas frías mayores a 1:64. El tratamiento es difícil, sólo el 20% de los casos presenta respuesta favorable a los corticoesteroides, donde la esplenectomía ha demostrado no ser efectiva haciendo del rituximab la terapia más aceptada, con una respuesta clínica sobre el 80% pero con limitaciones por la frecuencia de efectos secundarios. Esto hace de la AHAI un reto clínico actual.

H-12

AMIGDALITIS A REPETICIÓN COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE CÉLULAS T/NK EXTRAGANGLIONAR DE TIPO NASAL ASOCIADO A VIRUS DE EPSTEIN BARR. REPORTE DE CASO

MOSQUERA CAROLINA, GÓMEZ CESAR, QUINTERO KAREN,
MENDOZA JUAN

Clínica Foscal. Floridablanca (Colombia)

Introducción. El linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal es un linfoma de tipo no Hodgkin, que afecta de manera preferente estructuras extraganglionares, fundamentalmente el tracto aerodigestivo superior (fosas nasales, nasofaringe, orofaringe, cavidad oral, paladar, senos paranasales), de curso clínico agresivo, con una pobre respuesta al tratamiento. Su etiología es desconocida, pero la presencia del virus Epstein-Barr es una constante, lo que sugiere un papel etiopatogénico importante en el desarrollo de esta enfermedad.

Presentación de caso. Paciente femenina de 49 años con presentación de faringoamigdalitis crónica a repetición durante un año, recibiendo múltiples líneas de manejo antibiótico guiado según cultivos, con persistencia de síndrome febril y cambios inflamatorios a nivel de amígdala y fosas nasales, nasolaringoscopia que documentó lesión tumoral derecha con destrucción del tabique, inflamación y destrucción uvular; Se realizaron en total 6 biopsias de tejido nasal y orofaringe documentándose inicialmente tejido inflamatorio activo severo necrotizante con crecimiento de colonias bacterianas, sin atipia, ni malignidad. Último resultado de biopsia que identificó linfoma de células T/NK extraganglionar de tipo nasal asociado a VEB, Finalmente la paciente fallece previo a inicio de quimioterapia secundario a shock hipovolémico por hemorragia severa orofaríngea.

Discusión. El linfoma T/NK es un subtipo agresivo y poco común del linfoma no Hodgkin predominante en lugares extraganglionares, la mayoría ocurre en el tracto aerodigestivo superior, su diagnóstico se realiza por estudio anatomopatológico sin embargo representa un reto, documentándose que en muchos casos la clínica es inespecífica y las biopsias suelen dar falsos negativos secundario a la necrosis tumoral del tejido. El diagnóstico oportuno es importante teniendo en cuenta que se trata de un linfoma con mortalidad hasta en el 82% de los casos.

H-13

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA POR TROMBOPROFILAXIS FALLIDA

GRILLO-PÉREZ SANTIAGO, RUIZ-TALERO PAULA ANDREA,
MUÑOZ-VELANDIA OSCAR MAURICIO

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

Introducción: La evidencia disponible para identificar factores asociados de forma independiente a tromboprolifaxis fallida (TF) en pacientes médicos es insuficiente. El presente estudio pretende evaluar en pacientes hospitalizados, qué factores clínicos se asocian al desarrollo de TF.

Material y métodos: Estudio casos y controles anidado a una cohorte histórica, comparando pacientes que desarrollaron tromboprolifaxis fallida (casos) con los que no (controles). Se realizó un análisis de regresión univariante y multivariante para definir los factores asociados a TF.

Resultados: Se seleccionaron 204 casos y 408 controles (52,4% hombres, mediana de edad 63 años). El 78,4% eran pacientes médicos. El esquema de tromboprolifaxis más frecuente fue Enoxaparina. En el grupo de tromboprolifaxis fallida, la mayoría de los eventos embólicos correspondieron a embolia pulmonar (53,4%). Entre los casos, el índice de masa corporal (IMC) fue mayor (26,3 frente a 25 kg/m², p < 0,001), así como la proporción de pacientes con leucocitosis > 13.000 (27% frente a 18,9%, p:0,22), y los pacientes que requirieron manejo en cuidados intensivos (48% frente a 24,8%, p < 0,001). Los factores asociados de forma independiente con el TF fueron el IMC (OR: 1,04; IC 95%: 1,00-1,09; p:0,39), el cáncer activo (OR: 1,63; IC 95%: 1,03-2,57; p:0,04), la leucocitosis (OR: 1,64; IC 95%: 1,05-2,57; p:0,03) y la necesidad de Unidad de cuidado intensivo (UCI) (OR: 3,67; IC 95%: 2,31-5,83; p < 0,001).

Conclusión: Nuestro estudio sugiere que el fracaso de la tromboprolifaxis se asocia a un IMC elevado, cáncer activo, leucocitosis y necesidad de UCI. Futuros estudios deberían evaluar si es beneficioso ajustar el esquema de tromboprolifaxis en pacientes con uno o más de estos factores.

H-14

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR SARCOMA MIELOIDE COMO MANIFESTACIÓN EXTRAMEDULAR DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

DE LA HOZ CESAR ABAD, HERNÁNDEZ-CELIS ANNIE NATALIA, BAEZ-DUARTE JUAN PABLO

Hospital Internacional de Colombia. Piedecuesta (Colombia)

Introducción. Las neoplasias mieloides, son típicamente tumores líquidos, que pueden manifestarse como masas extramedulares denominados sarcoma mieloide, formado por células inmaduras de estirpe mieloide. Pueden desarrollarse en cualquier localización, siendo más frecuentes los huesos (25%), ganglios linfáticos (15-25%), piel (21%) y tejidos blandos (10%). La localización intestinal solo 6,5% de los casos, representando un importante reto diagnóstico y terapéutico.

Caso. Masculino de 35 años de edad, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro clínico de 2 meses de evolución de dolor abdominal generalizado, asociado a 3 días de ausencia de deposiciones, y vómito fecaloide, realizan tomografía abdominal que evidencian obstrucción intestinal (distensión de asas intestinales delgadas con niveles hidroaéreos y engrosamiento intraluminal en el tercio medio del yeyuno) llevado a laparotomía exploratoria + resección y anastomosis terminoterminal de yeyuno, con toma de patología. Reporte de lesión neoplásica conformada por células de tamaño mediano, de núcleos ovalados e irregulares, con cromatina vesicular y nucleolos evidentes; dispuestas en sábanas infiltrantes extendiéndose en toda la pared del yeyuno

La inmunohistoquímica demostró positividad fuerte y difusa de las células tumorales para CD43, MPO, CD117, CD68, HLA-DR, CD31, CD34, ERG, BCL2 con índice de proliferación celular Ki67 del 60% hallazgos morfológicos e inmunoperfil compatibles con un Sarcoma Mieloide. estudios de médula ósea negativos para infiltración neoplásica, cariotipo sin alteraciones, tomografía por emisión de positrones, con lesiones hipermetabólicas en yeyuno.

Conclusión. El sarcoma mieloide es un tumor maligno poco frecuente, que según su localización debuta con una clínica variada. Los tumores localizados en el intestino delgado pueden producir cuadros de dolor abdominal recurrente como en el caso de nuestro paciente, así misma epigastralgia, hemorragia de vías digestivas entre otros, simulando neoplasias gastrointestinales, por lo cual la biopsia y la disponibilidad de inmunohistoquímica en nuestros centros hospitalarios, permiten caracterizar estas patologías y poder iniciar tratamiento dirigido.