



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 447/14 - LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

N. Gallo Salazar<sup>1</sup>, D. Santana Castillo<sup>2</sup>, S. Cayón Hoyo<sup>3</sup>, E. Quiroz Flores<sup>4</sup>, F. Balduvino Gallo<sup>4</sup>, C. Gómez Vildosola<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Adjunto Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Adjunto de Servicio de Urgencias. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>5</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 46 años con cuadro de 48 horas de fiebre hasta 38, odinofagia y en las últimas 24 horas asocia dolor epigástrico que irradia a espalda tipo cinturón, no náusea, no alteración de la coloración, no otro síntoma asociado. Solicitamos analítica de urgencias dado los hallazgos y la alteración de la exploración derivamos al servicio de Urgencias para valoración. Antecedentes personales: propietario de una empresa de jardinería expuesto a herbicidas, bebedor 1-2 copas de vino/día, episodios de gota, prediabético. Tratamiento crónico: alopurinol 330 mg/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 38 °C, TA 139/84, FC 100, Sat 99%, EVA 3. CYC: Febril, pálido, no adenopatías cervicales, axilares, occipitales ni retroauriculares, no lesiones en cavidad oral, ni exudado faríngeo. ACP: rítmico, no soplo, murmullo vesicular audible. Abdomen: blando, depresible, peristalsis audibles, hepatomegalia de 2 tristes. MMII: sin alteraciones. Hemograma leucocitos  $1,9 \times 10^3$ , monocitos 17,0, neutrófilos  $0,8 \times 10^3$ , linfocitos  $0,7 \times 10^3$ , hematíes  $3,40 \times 10^3$ , hemoglobina 10,8 g/dl, hematocrito 29,6%, CHCM 36,5 g/dl, plaquetas  $116 \times 10^3$  en el frotis linfocitos activados. Aspirado de médula ósea: necrosis medular, 10,6% de células blásticas con inmunofenotipo aberrante compatible con LMA monoblásticas, cariotipo T (9,11). Serologías y frotis faríngeo negativo. Ecografía abdominal: esteatosis hepática, resto sin alteración. TAC tórax: adenopatías calcificadas hiliar y subcarinales, atelectasias laminares en base izquierda y granuloma calcificado en LI.

**Juicio clínico:** Leucemia mieloblastica aguda con T(9,11).

**Comentario final:** La leucemia es un tipo de neoformación de la sangre donde se presenta una proliferación de células llamadas blastos o leucoblasto de estirpe mieloide en la médula ósea y sangre periférica, estas desplazan al tejido hematopoyético normal, produciendo insuficiencia medular e infiltrando otros órganos extramedulares. Los síntomas y signos (cefalea, debilidad, mareo, hemorragias, vómitos, somnolencia) pueden ser variables dependiendo del nivel de infiltración en los órganos extramedulares y el nivel de insuficiencia que presente, pueden en el 30-40% presentar una infección concomitante, el estudio inicial se realiza con hemograma (donde se puede observar bicitopenia, anemia o presencia de blasto) y luego para diagnóstico definitivo y clasificación se debe realizar una punción de médula ósea. Las opciones de tratamiento se basan en la identificación del cariotipo que también nos ayudará a ver la respuesta a la quimioterapia. Desde primaria debemos de estar pendiente aquellos Hemogramas donde vemos alteraciones leves y hacer seguimiento y repetir, en caso de dudas siempre ponerse en contacto con el Servicio de Hematología para derivar y para continuar estudio. En nuestro caso el paciente se encuentra en fase de

Inducción, presentando toxicidad pulmonar por una de las medicaciones, realizado estudio de compatibilidad familiar.

## Bibliografía

Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*. 2016;127(20):2391-405.

De Lima MC, et al. Acute Myeloid Leukemia: analysis of epidemiological profile and survival rate. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3):283-9.