

Dr. D. _____
Hematólogo. Colegiado _____

AT CARMEN

PACIENTE
FECHA
TELEFONO
COMPAÑIA
ENVIADO POR

Enviado por detectar en analítica linfocitosis. Revisado el historial ya presentaba Linfocitos 4.500/mmc en Enero del 2009 sin otras alteraciones en el perfil analítico. Asintomático.

La linfocitos evoluciona lentamente observándose en Sept 09 4.700 en Oct 09 5.185 y actualmente 5,451/mmc. Solo refiere síndrome postvacunal que le duro al menos dos meses. Miocardiopatía hipertrofica ligera que puede ocasionar angina controlada actualmente y en seguimiento por el Dr. _____ Sigue tratamiento con Coropres Addiro Cardyl y Vernies.

Proteinograma normal
Solicito estudio completo y ecografia abdominal.

07/09/10

Encontrandose en _____ precisa ingreso en la _____ durante 5 dias procediéndose a soporte trasfusional

FECHA DE INGRESO: 16/08/10 FECHA DE ALTA: 20/08/10
DOMICILIO: _____

INFORME DE ALTA

ANTECEDENTES PERSONALES: Miocardiopatía hipertrofica ligera. Hernia de hiato. Hemorroides. Visto por Hematología en _____ para estudio de anemia.

TRATAMIENTO PREVIO: COROPRES 25, ADIRO 100, CARDYL 10, VERNIER SI DOLOR.

██████████ **ALERGIAS PENICILINA**

ENFERMEDAD ACTUAL: Comienza con dolor en tórax y falta de aire. Hace 15 días consulta en Urgencias de L. _____, pero continúa con astenia cada vez mayor y pesadez en ambas piernas.

EXPLORACION FISICA: P.A: 120/60 T: 36.6°C

ASPECTO GENERAL: Regular estado general. Eupneico.

PIELY MUCOSAS: Pálida, seca, mal perfundido.

TORAX: AC. Tonos rítmicos con soplo sistólico.

AP. Murmullo vesicular conservado.

ABDOMEN: Blando, depresible, indoloro, ruidos normales.

EXTREMIDADES: No edemas, no signos de trombosis venosa profunda.

NEUROLOGICO, O.R.L. Y CUELLO: Estable sin signos de localidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Hb5

ANALITICA 16/08110: Hematíes 1.560.000 ██████████; Hto 13.6; Plaquetas 271.000; Leucocitos 6.200; (17.4% S, 72.3% L); Quick 61.5; INR 1.36; TTPA 24.5; Glucosa 95; Urea 38; Creatinina 0.8; Na 136; K 4.4; GOT 26(inf 45); GPT 15(inf 45); Gamma GT 121(5-39); Amilasa 54(inf 100); LDH 801. Ferritina: 591.

ANALÍTICA 17/08110: Hematíes 2.030.000; Hb 6.3; Hto 17.5; Plaquetas 254.000; Leucocitos 4.280; (35.2% S, 59.6%L), PSA 3.66; CEA 0.59, CA 15-3 26.5; CA 19-9 3.49.
 ANALÍTICA 18108/10: Hematíes 2.450.000; Hb 7.6; Hto 21.5; Plaquetas 252.000; Leucocitos 6.590; (33.1 % S, 55.2%L),
 ANALÍTICA 19/08110: Hematíes 3.030.000; Hb 9.2; Hto 26.9; Plaquetas 237.000; Leucocitos 4.080; (51.7% S, 38.5%L).

SANGRE OCULTA EN HECES: Positivo.

ORINA: Pendiente.

ECG: RS a 50 lpm con PR de 0.16 y QRS de 0.08. Eje normal. No criterios de isquemia aguda. Extrasístoles ventriculares aisladas.

RX TORAX: ICT normal. No condensaciones pulmonares. Senos costofrenicos conservados. No neumoperitoneo. Refuerzo de trama hilar y bronquial. Aparente ensanchamiento mediastinito.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y BAJA: **Hernia hiatal. Gastritis atrofica. Barret "corto".**

Hemorroides internas. Resto de gastrocolonoscopia normales, no evidencias de sangrado.

Anatomía patológica: mucosa gástrica (biopsia endoscópica) Gastritis crónica superficial con escasa actividad y metaplasia enteroide focal.

EVOLUCION:

Ingresó el paciente en planta con el cuadro anteriormente descrito, iniciándose tratamiento con fluidoterapia, protección gástrica y corrección del hematocrito mediante concentrado de hematíes. Tras mejoría clínica, se procede a su alta hospitalaria para continuar estudio de anemia por Hematología en C.

JUICIO CLINICO: Anemia de estudio

TRATAMIENTO:

Seguir su tratamiento habitual, procurando no tomar ADIRO.

Fdo. Dr. Fdo. Dra

ECOGRAFA ABDOMINAL:

Vesícula biliar de tamaño normal alifásica. Vía biliar, de tamaño normal.

Hígado algo aumentado de calibre de ecoestructura conservada sin evidencia de formaciones ocupacionales. Riñón derecho de tamaño normal con formación quística intrasinusal de 30 mm de diámetro. Riñón izquierdo de tamaño normal y ecoestructura conservada. No dilatación de vías excretoras

Parénquima de grosor adecuado con buena diferenciación de seno parenquimatoso.

Bazo de calibre normal, 103 mm y ecoestructura conservada

En la actualidad mal estado general con astenia intensa, disnea de medianos esfuerzos, sin crisis de taquicardia. Gran cantidad de salivación mojado la almohada. Pérdida de peso no cuantificada. No prurito. Febrícula. No sudoración aunque a veces sí nocturna. Anorexia. Meteorismo importante. Edemas en MMII.

BIOPSIA ENDOSCOPICA gastritis crónica superficial con metaplasia enteroide focal.

Linfocitos totales 3.390/mm³. Destacar en Hematimetría Hb 8.50 Plaquetas 235.000 Lc 5.000 LUC 6.7% VSG 42 LDH 217 Proteinograma con hipogammaglobulinemia IgG 203 IgA 32 IgM 5 Beta2 3.25 Albumina 66.5%.

Solicitamos estudio de anemias, perfil bioquímico completo estudio de coagulación y TAC corporal.

21/09/10

INMUNOFENOTIPO DE SP

Neutrófilos:	17,27%
Monocitos:	9,32%
Eosinófilos:	3,13%
Basófilos:	0,84%
Linfocitos:	57,95%
Dentro de esta última:	
CD56+ CD3- CD5-:	19,97%
CD3++ CD5++ CD56- :	57,41%
CD4++:	24,32%
CD8++:	31,07%
CD19+ CD22+ CD20++ e Igs repartidas en kappa y lambda	<0,01 %

COMENTARIO

En la muestra recibida se observa la presencia de un **22% de linfocitos B CD5+ de carácter monoclonal**. Su inmunofenotipo no describe una LLC-R típica, aunque claramente se observa un **síndrome linfoproliferativo B**. Por último, indicar que el número de linfocitos TCD4+ es inferior a los valores normales de referencia, aunque el cociente T CD4/CD8 está invertido.
Dra.

En perfil analítico del 03 y 08/09 destacar: Hb 8.5 VSG 42 LDH 218 Proteinograma con HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SEVERA IgG 203 IgA 32 IgM 5 Beta 2 3.25 Sideremia 243 Ferritina 910

EL CUADRO LO RELACION COMO SINDROME POSTVACUNAL FRENTE A GRIPE A.

TAC

Silueta cardíaca normal con discreta cardiomegalia.
Visualizamos algún pequeño ganglio axilar bilateral menor a 1 cm de eje transverso.
Glándula tiroides homogénea de tamaño y morfología normal.
Presencia de algún mínimo ganglio infraclavicular derecho así como un paratraqueal derecho, paratraqueal izquierdo, en ventana aortopulmonar, hiliar bilateral y subcarinal, el mayor en tomo unos 12 mm de eje transverso.
Se visualiza alguna adenopatía paraaórtica derecha retrocrural así como a nivel del hiato esofágico paraesofágica izquierda de unos 13,7 mm, engrosada.
Cuerpos vertebrales bien alineados con discretos cambios degenerativos.
Ambos hemitórax están bien insuflados, evidenciándose diversas lesiones nodulares en ambos hemitórax, junto con discretas áreas de enfisema centrolobulillar, engrosamiento de los septos interlobulillares, con algún pequeño tracto lineal atelectásico basal anterior izquierdo, la lesión de mayor tamaño no 7,5 mm en lóbulo pulmonar inferior derecho adyacente a la cisura mayor, debiendo descartar que se trate de lesiones de naturaleza secundaria. del parénquima hepático se identifican diversos granulomas calcificados en el LI en el segmento 5.
Vesícula biliar distendida, sin litiasis calcificadas en su interior.
Bazo globuloso de unos 13 mm de eje transverso.
Pequeñas adenopatías múltiples la mayor de unos 13 mm a nivel del tronco celiaco así como adenopatías en hilio hepático de unos 22 mm la mayor.
Páncreas bien definido, con discreta infiltración grasa.

22% (716 CEL/ML) LINFOCITOS PEQUEÑOS Y EXPRESAN:
CD19+, CD5+ /- CD23- CD22+ CD20+ FMC7- CD10-
CD11c+ /- " CD38+ (78%), CD49d+, ZAP-70+ /-
(25% DE LAS CÉLULAS CD19+)
CADENAS LIGERAS de las IgG en superficie LAMBDA + (Intensa) Kappa-

Engrosamiento nodular en la glándula suprarrenal izquierda de unos 10 mm de eje transverso.

Ambos riñones normosituados, de tamaño, morfología y grosor de parénquima conservado, con alguna lesión quística cortical en polo superior renal izquierdo de unos 14 mm y otra a nivel del seno renal derecho de unos 3 cm.

Se identifican diversas adenopatías a nivel de la raíz del mesenterio de pequeño tamaño así como adenopatías retroperitoneales interaortocavas, retrocavas, paraaórticas izquierdas múltiples las mayores entorno a 15 mm de eje transverso. Se aprecian diversas adenopatías en cadenas ilíacas externas, las mayores entorno a 2,5 cm de eje transverso, y alguna milimétrica en hipogástricas. Discreta arterosclerosis aortoiliaca.

Vesículas seminales simétricas.

Próstata heterogénea hipertrófica de unos 6 x 5 cm de eje anteroposterior y transverso respectivamente.

Discretos cambios degenerativos difusos en columna con algún posible islote óseo en cuerpo vertebral de L4.

En conclusión:

Presencia de múltiples adenopatías mediastínicas, a nivel axilar, paraesofágicas, retrocraurales, retroperitoneales, a nivel del hilio hepático, en tronco celiaco, mesentéricas, en cadenas ilíacas externas e hipogástricas y en ambas regiones inguinales..., de diferentes tamaños; las mayores en cadenas ilíacas externas en torno a 2,5 cm.

Múltiples lesiones nodulares pulmonares milimétricas, la mayor de 7,5 mm en LID adyacente a la cisura mayor.

Discreta esplenomegalia.

Engrosamiento nodular en suprarrenal izquierda de unos 10 mm.


Próstata hipertrófica de 6 x 5 cm de eje transverso.

En el diagnóstico diferencial habría que valorar lesiones de naturaleza secundaria por neoplasia primaria desconocida o síndrome linfoproliferativo.

TRATAMIENTO

DEFLAZACORT 30 MEDIO COMPRIMIDO DIARIO
OMEPRAZOL UN COMPRIMIDO DIARIO

Si no respuesta asociaremos Clorambucid.


HEMATÓLOGA
Dr. Esteban