



LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

**SERVICIO DE HEMATOLOGIA
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE**

Lourdes Brodsky

Loly Xiques

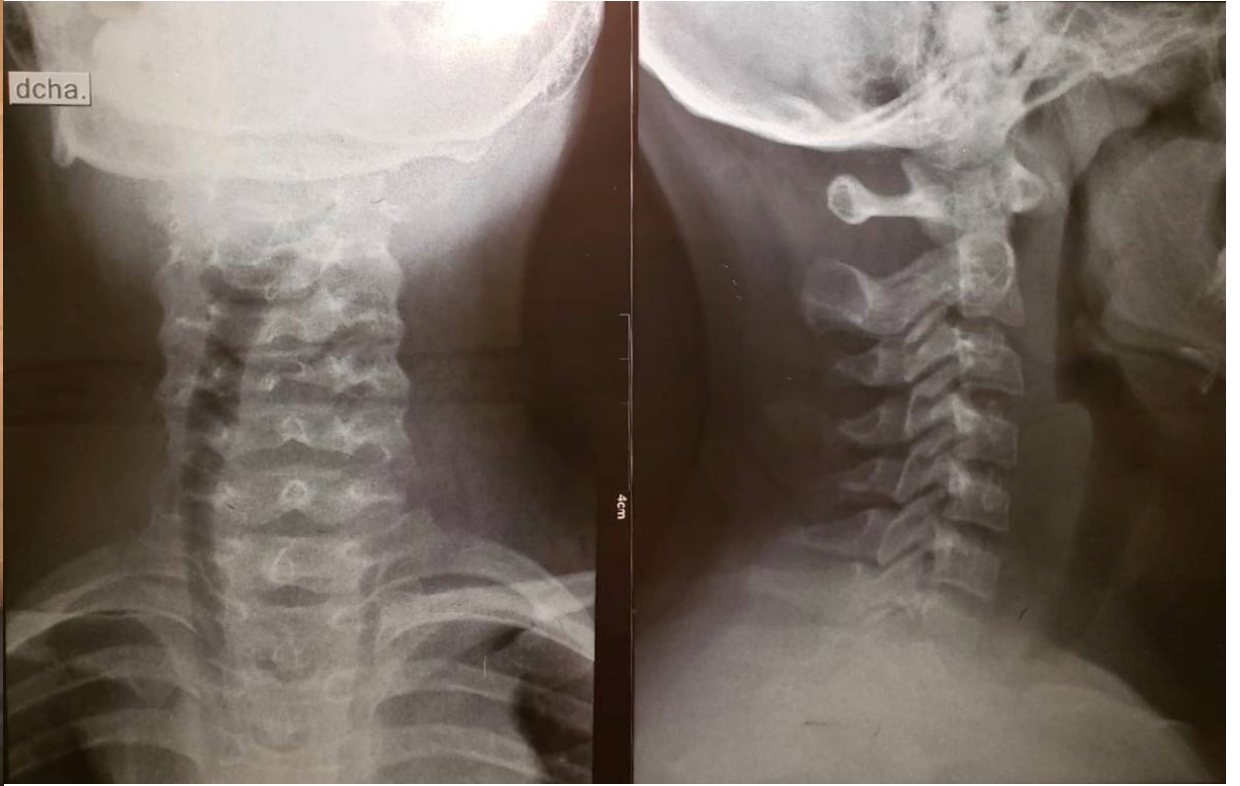
Liz Jara

2019

CASO CLINICO 1

- Paciente de 12 años previamente sano que inicia 40 días previos a la consulta con tumoración cervical supraesternal.
- Consulta inicialmente en centro cercano a domicilio donde lo refieren a guardia de este hospital. Se realiza ecografía cervical que evidencia imágenes heterogéneas de origen tiroideo por lo que se deriva a servicio de endocrinología.

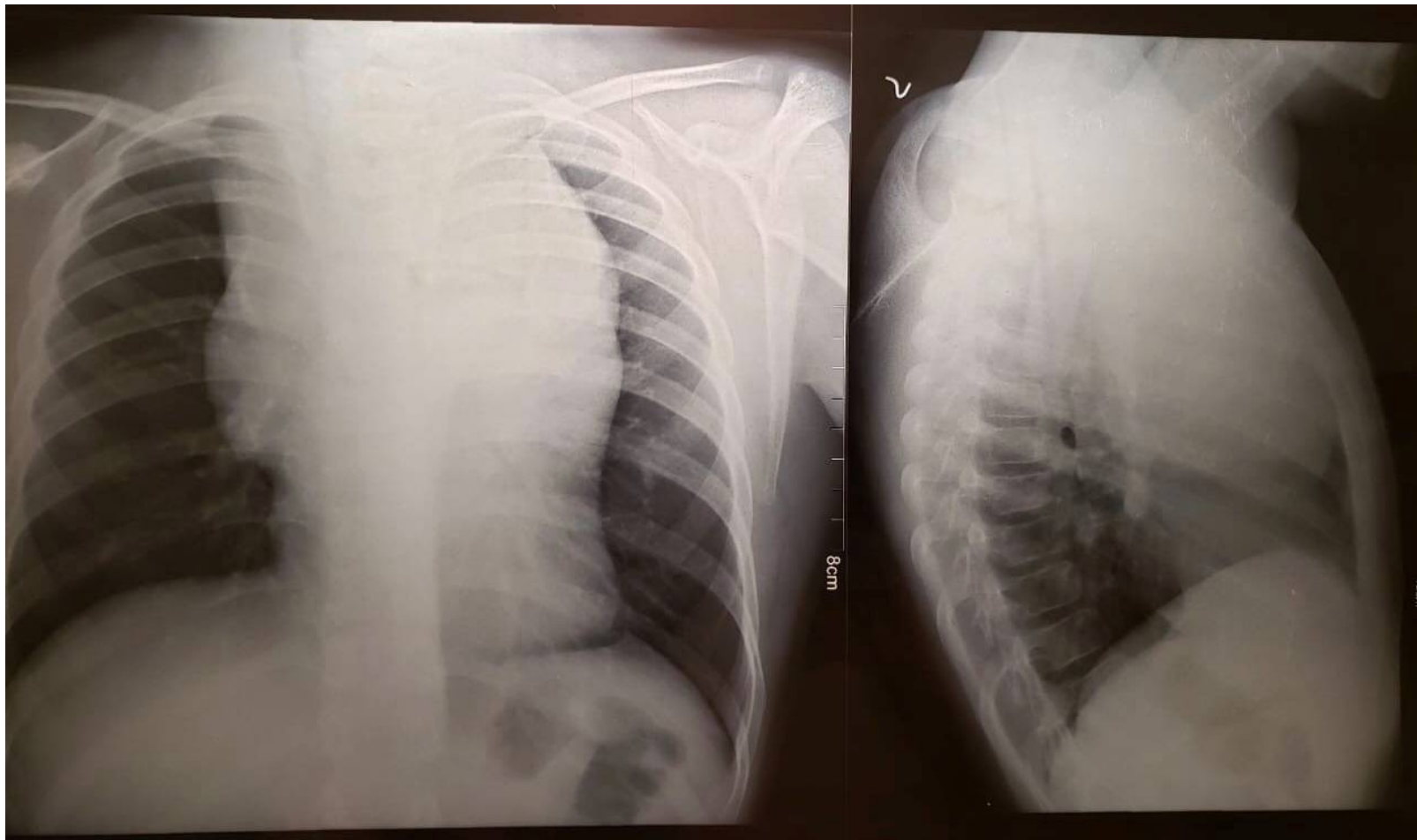
- Ecografía cervical: se observa en tercio inferior de lóbulo tiroideo izquierdo estructura heterogénea de contornos definidos con señal doppler color positiva que mide 57x42x47 mm. Se observan imágenes ganglionares laterocervicales, las mayores del lado derecho de 18 x 11mm, **pudiendo corresponderse a tiroiditis supurada.**
- Inicia posterior a la misma seguimiento por endocrinología por tumoración. En plan de exeresis quirúrgica, por lo que se solicitan estudios complementarios para dicho procedimiento.
- Se realiza Centellograma que informa nódulo tiroideo frío
- En dicho seguimiento la masa referida continua en crecimiento progresivo, generando síntomas asociados como ortopnea, cambios en tono de voz y agrandamiento progresivo y evidente de volumen cervical anterior y dificultad respiratoria intermitente por lo que consulta en guardia en distintas ocasiones donde indican tratamiento sintomático, asumiendo dicho cuadro por patología de base en seguimiento y plan quirúrgico.
- En dicha evolución niega presencia de síntomas B.



Es evaluado por servicio de cirugía infantil como parte de protocolo prequirúrgico en el cual evalúan radiografía de tórax realizada previamente en otra institución en la cual impresiona ensanchamiento mediastinal, por lo que se decide interconsultar con servicio de Hematología.



¿IMPRESIÓN DIAGNOSTICA?



- En la consulta se evalúa paciente vigil, reactivo, conectado. Presenta dificultad respiratoria asociada a esfuerzo. Bocio grado IV, cuello proconsular Lateralización cervical para el sueño y habla. Circulación colateral evidente. Refiere que duerme en sedestacion y decúbito lateral por efecto compresivo de masa.
- No presenta visceromegalias. Resto del examen dentro de parámetros normales.
- Se decide repetir imagenes para evaluar progresión de masa en período desde toma de imagen inicial (15 días aproximadamente).
- En las mismas se observa imagen de similar aspecto con lateralizacion de vía aérea critica hacia la derecha.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS INICIALES

- Hemograma: Hto 38% Hb 12.6 g/dl plaq 341.000/mm³ GR 4.500.000/mm³ GB 6000/mm³ (Neu 56% Eo 3% Lin 40% Mon 1%) VCM 84 fl HCM 28 pl CHCM 33 %. Coagulograma normal. VSG 28mm/H
- Perfil tiroideo: TSH 5.9 UI/L (aumentada) T4L 1.15 ATPO negativo ATg negativo PTH y Vit D normales.
- Químicas: Urea 22 mg/dL Cr 0.57 mg/dL BT 0.5/0.2 GOT 23 U/L GPT 16 U/L PT 8 g/dL Al 5 g/dL LDH 647 U/L.
- Ecografía Abdominal: Hígado de forma tamaño y eco estructura conservada, retoperitoneo libre, bazo homogéneo de tamaño conservado, riñón derecho con imagen nodular discretamente heterogénea a nivel de valva anterior del tercio inferior de 20 x 17 mm con señal doppler color positiva, sin dilatación de vía urinaria ni imagenes litiásicas. RI normal.
- Ecografía cervical: región cervical ocupada por imagen de aspecto solido heterogéneo predominantemente hipoeoica de probable origen mediastinal. Se observan algunas imagenes ganglionares en cadenas laterocervicales, algunas en rango adenomegalico.

- Por masa mediastinal con dificultad respiratoria e imposibilidad de realizar estudios de imágenes de mayor complejidad por insuficiencia respiratoria en decúbito dorsal se decide en forma multidisciplinaria su intervención quirúrgica de urgencia para Punción aspirado de médula ósea y biopsia de lesión por sospecha de enfermedad maligna de origen hematológico.
- Se realiza marcación por citometria de flujo de la misma resultando compatible con Linfoma no Hodgkin (linfoma linfoblastico T).

- Por urgencia clínica se inicia corticoterapia con dicho resultado, obteniéndose en forma posterior informe de anatomía patológica coincidente con diagnóstico.
- Evoluciona favorablemente con desaparición de lesión clínica subtotal dentro de las primeras 48 hs.



CASO CLINICO 2

FI 19/6/2019

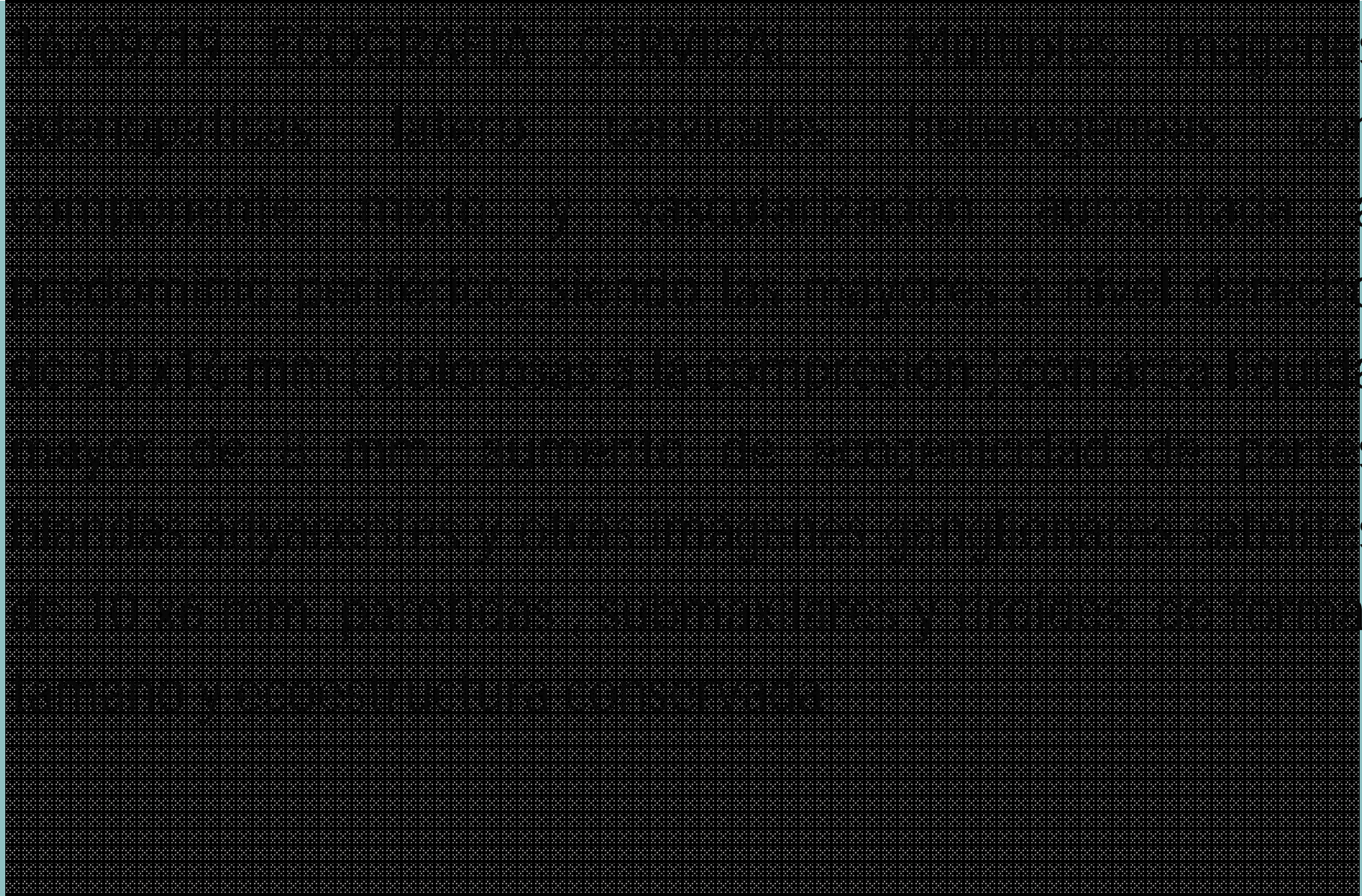
Niña de 11 años que consulta por fiebre intermitente y tumoración cervical derecha de un mes de evolución

Examen físico: regular estado general, febril. tumoración laterocervical derecha de 4x3 cms de diámetro, indurada ,dolorosa a la palpación, adherida a planos profundos. Otra supraclavicular izquierda de aprox 3x2 mm de aspecto petreo no dolorosa.

Adenopatías laterocervicales contralaterales, pequeñas , moviles e indoloras. adenopatías axilares e inguinales en rango no adenomegálico.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS INICIALES

-
-
-
-
-



S

n

a

O

a

S

S

,

EVOLUCION DURANTE LA INTERNACION

■

■

■

■

Small vertical text on the right edge of the slide, likely bleed-through from the reverse side.

¿CONDUCTA?

... EN UN MOMENTO EN EL QUE LA INICIATIVA DE LA UNIÓN EUROPEA EN ESTE CAMPO
... SE HA DESARROLLADO DE FORMA INTENSIVA.
... EN ESTE SENTIDO, EL USO DE LA UNIÓN EUROPEA EN ESTE CAMPO
... REALIZA UN PASE DE UN NIVEL DE SUPERFICIALIDAD A UN NIVEL DE
... PROFUNDIDAD QUE PERMITE UNA ANÁLISIS MÁS COMPLETO DEL BARRIDO DE
... LOS DATOS Y LA IDENTIFICACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE
... ALTERNATIVAS.

¿DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS?

Resultado: impresiona inflamatorio, anatomía patológica inflamación granulomatosa histiocitaria con necrosis no caseosa. micobacterias negativo. Gérmenes comunes BGN en 2da muestra.

Ig G e IgM POSITIVO PARA BARTONELLA HENSELAE

Recibió 7 días totales de antibióticos IV con ceftriaxona y clindamicina , sin rescate de gérmenes en hemocultivos.

Recibió tratamiento con trimetropim sulfametoxazol por 7 días .

CASO CLINICO 3

Paciente femenina con 17 años de edad sin antecedentes de relevancia seguida por el servicio de Nutrición por trastorno alimentario. Dicho servicio nos interconsulta por anemia.

Examen físico: adelgazada, mucosas húmedas pálidas.
Peso: 43 kg; Talla 165 cm IMC 15

TA 100/60 mmHg; Fc 110 lpm; Fr 20 rpm

Examen físico s/p

LABORATORIOS INICIALES

- Glucemia 66 mg/dl, creatinina 0.55 mg/dl, urea 19 mg/dl, BT 0.5 mg/dl, BD 0.2 mg/dl, FAL 162 U/L, PT 7.56 g/dl, **Albúmina 3 g/dl**, Calcio 8.8mg/dl, Magnesio 2.2 mg/dl, fosforo 4.3 mg/dl
- Sangre oculta en materia fecal Negativa
- Serologías Negativas
- Función tiroidea Normal

HEMOGRAMAS

	HCT %	HB	VCM/HCM/CHCM	GB mm ³	FORMULA	PLAQ mm ³	RET %	Perfil de Hierro
10/10	28	8,6	61/18/30	14800	0/86/0/0/6/8	393000		
15/11	28	8,8	61/18/20	11300	0/88/0/0/2/10	480000	1,4	FERROPENICO

INICIA SULFATO FERROSO 200
MG/DIA VO

22/11	29	8,7	60/18/21	10400	0/90/0/0/10/0	423000	1	
20/12	28	8,2	60/18/21	8900	0/80/0/0/12/8	450000	1,5	

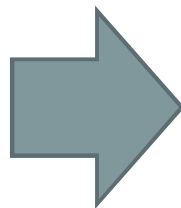
INICIA HIERRO EV

Control
hematológico

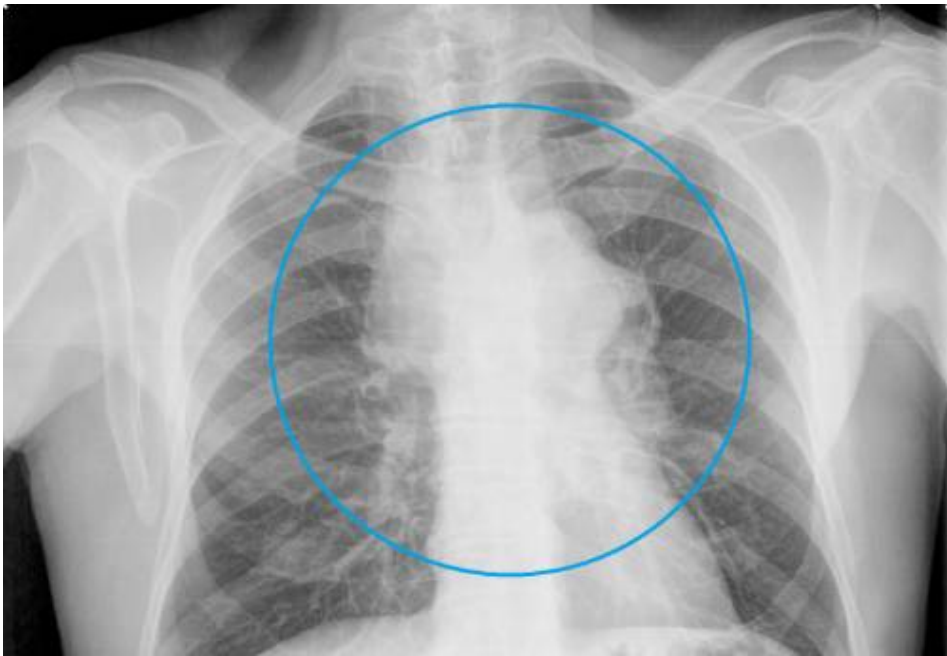
FIEBRE DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN, SUDORACIÓN NOCTURNA Y DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES, CON PERDIDA DE PESO.

PESO: 39.8 KG

	HB g/l	HCT %	VCM/HCM/C HCM	GB mm ³	FORMULA	PLAQ mm ³	RET %	VSG ml/h
20/01	8.2	27	63/19/31	11300	0/83/1/0/11/4	493000	2	119



RX TORAX



DIANOSTICO



- TC tórax: mediastino anterior múltiples imágenes de conglomerado adenopático 100x9,7 mm (DLxDT). Pulmones s/p.



Biopsia mediastinal

**Linfoma de Hodgkin
predominantemente
linfocítico.**

Realiza quimioterapia según Protocolo EHP-2012
Actualmente en remisión completa.

ADENOPATÍAS

HISTORIA CLINICA

- Edad
- Forma de comienzo
- Tiempo de evolución
- Antecedentes de infección
- Síntomas generales (fiebre, astenia, pérdida de peso, sudoración)
- Administración de vacunas.
- Contacto con animales.
- Hábito sexual.

DIAGNÓSTICO EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Hemograma
- Eritrosedimentación.
- Función hepática y renal, LDH, ácido úrico
- Serologías virales
- Dosaje de inmunoglobulinas.
- Colagenograma
- RX de Tórax
- PPD
- Ecografía abdominal
- TAC

MULTIPLES CAUSAS

➤ INFECCIONES

Virus: Mononucleosis infecciosa. CMV. Rubeola. Varicela. HIV. Otros (herpesvirus, adenovirus, hepatitis, etc)

Bacterias: Tuberculosis. Sífilis. Fiebre tifoidea. Brucelosis. Difteria. Infecciones piógenas. Salmonelosis.

Parásitos: Filariasis. Toxoplasmosis. Leishmaniasis

Hongos: Histoplasmosis. Coccidioidomicosis. Otros.

➤ **NEOPLASIAS:** Leucemias. Linfomas . Histiocitosis. Neuroblastoma. Metástasis.

➤ **DROGAS:** Hidantoinatos, carbamazepina, cefalosporinas, fenilbutazona, primidona, pirimetamina, sales de oro, sulfas, allopurinol, atenolol, etc.

➤ **ENFERMEDADES AUTOINMUNES:** ARJ. LES. Dermatomiositis. Enfermedad de Kawasaki

➤ **HIPERSENSIBILIDAD:** Enfermedad del suero. Reacción anafiláctica.

➤ **TESAURISMOSIS:** Gaucher. Niemann-Pick. Fabry. Tangier.

➤ **OTRAS:** Hipertiroidismo. Sarcoidosis. Histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva. Enfermedad granulomatosa crónica.

CONCLUSIONES

- Motivo de consulta pediátrica frecuente.
- Las causas más frecuentes: infecciones virales y bacterianas.
- Las adenopatías generalizadas son menos frecuentes que las localizadas y aparecen en el contexto de enfermedades sistémicas.
- La anamnesis y exploración física detalladas permiten un diagnóstico correcto en la mayoría de las ocasiones.
- Signos de alerta: tamaño mayor de 3 cm, duración superior a 4 semanas, *localización supraclavicular*, *síntomas constitucionales*, alteraciones en el hemograma, elevación de LDH o ácido úrico y alteraciones en la radiografía de tórax.
- PARA QUE LAS APARIENCIAS NO ENGAÑEN!!!

**GRACIAS POR LA
ATENCIÓN**

