
Ateneo Clínico

Jueves 31 de mayo de 2018

Tema: Profilaxis de sistema nervioso central en linfoma no Hodgkin

Caso # 1: Paciente varón de 34 años con diagnóstico de Linfoma linfoblástico T por biopsia mediastinal, realizada en el contexto de síndrome de vena cava superior, en septiembre de 2009. A su ingreso:

- Examen físico: semiología de derrame pleural izquierdo.
- Laboratorio (11/09/09): s/p
- Examen líquido cefalorraquídeo (LCR) por punción lumbar (PL) (16/09/09): 9 células/mm³, glucemia 62 mg/dl, proteínas 33 mg/dl, LDH 107 UI/L.
- Citometría de flujo de LCR (16/09/09): población del 26% correspondiente a linfocitos T.
- Citospin de LCR: presencia de células inmaduras.

Inicia tratamiento según protocolo CODOX-M/IVAC (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, metotrexato, etopósido, ifosfamida, citarabina) asociado a quimioterapia intratecal (TIT) (dexametasona, citarabina, metotrexato) bisemanal hasta negativización del LCR. Posteriormente se administra TIT previo a cada ciclo de tratamiento. Realiza 3 ciclos de tratamiento, logrando remisión completa. Continúa seguimiento en otro país.

Caso # 2: Paciente varón de 46 años, obeso mórbido y con diabetes tipo II. Por episodios a repetición de congestión y voz nasal desde julio 2015 acompañado de hipoacusia progresiva, sudoración nocturna y ortopnea, se realiza:

- RMN de base de cráneo (22/08/15): formación nodular en partes blandas retro-rinofaríngeas, de contornos lobulados, sólida, que realza post contraste; mide 3.3 x 2.7 x 2.7 cm, provocando obstrucción de la luz de la vía aérea correspondiente al cavum con compromiso de la trompa de Eustaquio izquierda por ocupación de las celdillas mastoideas y caja timpánica del peñasco homolateral.
- Biopsia de cavum (07/04/16): linfoma B difuso de células grandes (OMS).

Derivado a esta Institución en junio de 2016. A su ingreso:

- Examen físico: adenopatía submaxilar izquierda de 4x2 cm, hipertrofia amigdalina bilateral, disminución de luz de orofaringe en 80%.
- Laboratorio (29/06/16): s/p
- PET-TC (13/07/16): engrosamiento hipermetabólico difuso del cavum (SUV 62). Adenopatía cervical izquierda de 39 mm (SUV 6,6). Se observa aumento de fijación y tamaño de ambas amígdalas palatinas. Nódulo hipermetabólico en el lóbulo tiroideo izquierdo (SUV de 9).
- Citometría de flujo médula ósea (19/07/16): sin evidencia de compromiso por enfermedad de base

Evoluciona con rápido aumento de adenopatía cervical izquierda asociada a disminución de la luz orofaríngea y disnea, por lo que se decide su internación el 20/07/16 para iniciar esquema R-CHOP con quimioterapia triple intratecal. CMF LCR negativa Completa 6 ciclos de tratamiento logrando respuesta completa certificada con PET (05/12/16).

Motivo de la presentación: **Profilaxis de sistema nervioso central en linfoma no Hodgkin**

Médico Residente: Dr. Edwin Cijanes.

Médico Responsable: Dr. Miguel Gonzalez