

**6 de septiembre de 2018**

**Complicaciones tardías no neoplásicas asociadas al tratamiento en linfoma de Hodgkin.Revisión**

**Caso clínico 1**

Paciente mujer de 24 años con diagnóstico de linfoma de Hodgkin, esclerosis nodular, estadio IIIA (compromiso cérico-supraclavicular derecho, mediastinal, paraaórtico e ilíaco derecho) en febrero de 1995. Tratamientos:

- Protocolo CVPP (ciclofosfamida, vinblastina, procarbazona, prednisona) por 3 ciclos ( marzo a mayo 1995)
- Radioterapia mediastinal y cérico-supraclavicular derecha, y en Y invertida, previa ooforopexia. Dosis total 30 Gy (septiembre a octubre 1995)
- Protocolo (ciclofosfamida, vinblastina, procarbazona, prednisona) por 3 ciclos ( noviembre 1995 a enero 1996)

Finaliza tratamiento en enero de 1996, logrando remisión completa. Permanece en remisión continua completa hasta la actualidad.

Como complicaciones tardías del tratamiento presento hipotiroidismo en noviembre de 2007 con requerimiento de tratamiento sustitutivo y falla ovárica prematura a los 27 años (julio 1998).

**Caso clínico 2**

Paciente mujer de 67 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 no insulino-requiriente y dislipemia con diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico esclerosis nodular, estadio IIIB (compromiso cervical bilateral, mediastinal, hilio hepático, tronco celíaco, retroperitoneo y adenopatías ilíacas izquierdas) en julio de 2014.

Previo al inicio de ABVD presenta ecocardiograma normal con FEY 68%. Desde agosto de 2014 recibe 6 ciclos de dicho esquema alcanzando remisión completa en abril 2015.

En abril de 2016 cursa internación en UCO por insuficiencia cardíaca. Estudios realizados:

- Ecocardiograma (24/4/2016): VI no dilatado, aquinesia a nivel segmento anterior, inferoposterior medio apical y septal, e hipoquinesia del resto de los segmentos. Función sistólica severamente disminuida (FEY 23%). Patrón de llenado mitral tipo pseudonormal. AI levemente dilatada (área 29 cm<sup>2</sup>); AD normal, VD en el límite inferior (diámetro basal 41 mm), con función sistólica severamente disminuida. (TAPSE 10mm). Hipertensión pulmonar leve (PSAP 47 mmHg). VCI dilatada con colapso inspiratorio menor a 50%. Insuficiencia mitral y tricuspídea leve. Sin derrame pericardio.
- Cinecoronariografía: sin lesiones significativas
- ECG: mala progresión de R en precordiales y ondas T negativas en cara lateral.
- Curva de troponina negativa.

Se otorga alta sanatorial con diagnóstico de miocardiopatía de probable origen tóxico, interpretándose como una complicación tardía del tratamiento quimioterápico.

**Motivo de presentación: Complicaciones tardías no neoplásicas asociadas al tratamiento en linfoma de Hodgkin.  
Revisión**

**Médico residente: Dra. Selva Fernández Maldonado**

**Médica responsable: Dr. Miguel González**