

Oncología

Oncología

ONC-1

EDEMA EN ESCLAVINA EN UN PACIENTE CON SEMINOMA EXTRAGONADAL

CASTAÑEDA-CAMACHO HÉCTOR ANDRES, SILVA-LEÓN JD, NAVAS-LÓPEZ J.A, OLARTE-MARÍN AM, MELO-GUARÍN AR.

Posgrado Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.

Introducción: El edema en esclavina es un signo usual en el síndrome de vena cava superior (SVCS); urgencia oncológica que ocurre en el 7 % de todos los cánceres, altamente relacionada con neoplasias pulmonares, linfomas y metástasis; pocas veces asociado a tumores germinales del mediastino (2-6%) y mucho menos frecuente cuando son extra gonadales.

Diseño: Reporte de caso

Métodos: Se reporta el caso de un adulto joven con trombosis y colapso de la vena cava superior por una masa mediastinal germinal.

Caso clínico: Varón de 37 años, clínica de 6 meses, edema y rubicundez facial, disnea progresiva, ortopnea, deterioro de la clase funcional, diaforesis nocturna y pérdida de 4kg en 3 meses. Al examen físico impresionaba edema en esclavina dado el edema palpebral y en cuello. Presentaba, edema desde el hombro hasta el bíceps derecho, adenopatías bilaterales supraclaviculares y cervicales, distensión de vasos venosos en hemitórax derecho. El examen cardiopulmonar y testicular sin alteraciones. La tomografía mostró una lesión expansiva del mediastino superior con compresión y trombosis de la vena yugular interna derecha y la vena cava superior. La biopsia de la masa reportó un tumor de células germinales, tipo seminoma clásico (ecografía testicular normal). Gonadotropina coriónica humana (10.76 mu/ml) elevada y alfa fetoproteína normal (1.25 U/ml). Bajo diagnóstico de SVCS secundario a un seminoma primario mediastinal (SPM), se inició radioterapia seguida de quimioterapia según esquema BEP (Bleomicina, Etopósido, Cisplatino), con notoria mejoría y tolerancia al manejo.

Discusión: Este caso refleja la clínica típica de un SVCS, en el contexto de una patología infrecuente como el Seminoma primario mediastinal (SPM). Solo el 1-3 % de los tumores germinales ocurren en una ubicación extra gonadal, sin olvidar que solo el 10 % de los SPM se manifiestan como un SVCS. Pocos son los casos reportados con esta asociación y en los últimos 5 años las publicaciones han sido casi nulas. Nuestro paciente tenía el perfil de riesgo más usual, varón, entre la segunda y cuarta década de la vida y tenía la presentación anatómica más común, mediastino anterior.

El diagnóstico de SVCS es clínico, en ausencia de signos de gravedad, se puede esperar el estudio histopatológico para iniciar el tratamiento, no se recomienda el uso rutinario de esteroides. Nuestro paciente ha respondido favorablemente a la combinación de radioterapia y esquema BEP como se ha realizado en otros casos. Se espera una supervivencia del 75-85 % a 5 años, como lo reporta la literatura. Respecto a los beneficios de la anticoagulación a corto o largo plazo no hay una recomendación fuerte sobre dicho tópico en este escenario.

Conclusión: El SVCS por un SPM es una asociación de escasa frecuencia clínica, con buena respuesta al tratamiento combinado con radioterapia y quimioterapia, pocas veces requiere cirugía, y tiene una elevada supervivencia a 5 años. No obstante, ante la presencia de un SVCS en un paciente joven, se debe realizar el examen genital en búsqueda de masas y cáncer testicular.

ONC-2

PAPULOSIS LINFOMATOIDE COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

ARANDA ALEJANDRA, AMADOR F, ACOSTA M, RAMOS JA.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato, México.

Introducción. La papulosis linfomatoide (PL) es considerada un linfoma cutáneo de células T maligno de bajo grado CD30+, se manifiesta por brotes recidivantes y autorresolutivos de lesiones con aspecto de pápulas o nódulos, con centro necrótico. 10-20% degenera hacia linfoma sistémico, requiriendo vigilancia continua.

Diseño. Femenino de 38 años, originaria de municipio de Guanajuato, México, empleada, soltera, escolaridad preparatoria, católica. Niega crónico-degenerativos. Alérgica a penicilina.

Inicia su padecimiento con cuadro de astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, mialgias y artralgias generalizadas, 2 días después con lesiones dérmicas. Exacerbación de la sintomatología que condiciona postración.

Métodos. Se realiza biopsia de una lesión en su hospital local, reportando participación de linfocitos, neutrófilos, histiocitos y células plasmáticas, numerosos linfocitos atípicos con núcleos pleomórficos.

Resultados. Se concluye vasculitis necrotizante y papulosis linfomatoide. Motivo por el cual se envía a hospital de tercer nivel. A su ingreso destaca hepatomegalia de 2cm por debajo del reborde costal. Valorada por Dermatología refiriendo dermatosis diseminada a cabeza, tronco y extremidades, bilateral y asimétrica. Constituida por lesiones tipo nódulo, algunas ulceradas, otras son ampollas en involución, con costra en la superficie. Laboratorios con discreta leucocitosis con neutrofilia, hipoalbuminemia leve, DHL y reactantes de fase aguda elevados.

Tomografía tóraco-abdominal sin alteraciones. Presenta involución espontánea de las lesiones y mejoría clínica, por lo que se decide manejo expectante con citas de seguimiento al servicio de Hematología.

Conclusiones. Los pacientes con PL tienen mayor riesgo de linfomas asociados. Se necesita asesoramiento del paciente y períodos de seguimiento largos para detectar y tratar linfomas secundarios, aunque el tratamiento induce remisiones pero no modifica el curso natural de la enfermedad.

ONC-3

TELE-MENTORÍA PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y MANEJO ADECUADO DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ECHO® EN COLOMBIA

PATIÑO GIRALDO SANTIAGO, PAVAS-CANO DP, BETANCUR-DUQUE C, GAVIRIA-JIMÉNEZ JJ, COMBARIZA-VALLEJO JF.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Introducción. La población colombiana y particularmente la de los municipios de Antioquia, tiene dificultades para el diagnóstico oportuno de las enfermedades neoplásicas lo que recae en un peor diagnóstico. Esto está dado por varios factores dentro de los cuáles se incluye la baja capacidad resolutive de los niveles básicos de atención y las dificultades para la educación continua de ese personal especialmente por las distancias geográficas. La telesalud -telemedicina y teleeducación- se presenta como una opción frente a estos problemas.

Diseño. Estudio multicentrico pre-pos intervención.

Métodos. Se replicará en el Hospital Pablo Tobón Uribe el modelo ECHO® -Extension for Community Health Outcomes (Extensión de Desenlaces en Salud a la Comunidad)- desarrollado por la Universidad de Nuevo Mexico. El modelo ECHO es un sistema radial (hub-spokes) compuesto por centros de expertos –hubs- y centros periféricos –spokes- los cuales se conectan a las clínicas teleECHO™. En estas clínicas, los participantes de los centros periféricos ganan experiencia y conocimiento a través de: 1) el uso de videoconferencia, 2) compartir las buenas prácticas clínicas, 3) el aprendizaje basado en casos y 4) la evaluación de desenlaces.

Resultados. Con la implementación del modelo se espera la construcción de una red de conocimiento en enfermedades neoplásicas entre un centro experto y 5 a 10 centros de primer nivel de atención con una satisfacción del 80% de su parte, con una mejoría del 10% de su percepción de capacidad resolutive y el diagnóstico menor a 30 días en la mitad de los casos detectados.

Conclusiones. Se propone la implementación de una estrategia de telesalud que basada en las redes de conocimiento y el aprendizaje en casos permita una mejor atención en salud a las poblaciones más desfavorecidas.

ONC-4

FALLA HEPATICA FULMINANTE COMO PRIMERA MANIFESTACION DE SARCOMA HISTIOCITICO

LIMÓN RODRÍGUEZ EDUARDO ARTURO, ARANDA-MORALES, AGUILERA-ORTEGA DN, CÁZARES-SÁNCHEZ D, PÉREZ-RODRÍGUEZ E, OJEDA-TOVAR J, PAZ-GÓMEZ F, MARTÍNEZ- NAVARRO LJ.

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato. México.

Femenino de 47 años de edad sin antecedentes relevantes. Inicia su padecimiento actual 15 días previos a su ingreso con evacuaciones diarreicas con moco y sangre, acudiendo con facultativo quien prescribió antibiótico no especificado y antiespasmódico sin mejoría. Evoluciona con dolor abdominal en hipocondrio derecho y coloración amarillenta de piel y mucosas. Pérdida ponderal no intencionada de 5 kg en 2 semanas. Niega fiebre o diaforesis nocturnas. A su ingreso se documentaron signos vitales estables. A la exploración física se encontró con piel y escleras ictéricas ++, abdomen blando y depresible, globoso, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial en hipocondrio derecho, hepatomegalia a 5-7cm del arco costal, bazo palpable a 1cm del reborde costal. Extremidades con edema ++. Tacto rectal tumoración de 2cm de diámetro, firme, anterior aproximadamente a 5cm cm del margen anal. Se tomaron laboratorios a su ingreso donde se documentaron pruebas de funcionamiento hepático con patrón infiltrativo por elevación de transaminasas, bilirrubinas y DHL. Se realizó tomografía simple y contrastada de tórax y abdomen donde se documentó la presencia de múltiples adenopatías mesentéricas, hepatoesplenomegalia e hígado hipodenso generalizado. Evoluciona a las 24h de su internamiento con hipoglucemia sintomática, encefalopatía hepática grado III, hipotensión de 70/40 y taquicardia de 120lpm. Se inició manejo con carga de cristaloides sin mejoría. Evoluciona a choque refractario requiriendo de ventilación mecánica invasiva y apoyo con aminas vasopresoras a dosis máximas. Se documentó lactato de 16mg/dL probablemente en relación a hiperlactatemia mixta tipo A y B. Pruebas de funcionamiento hepático con mayor elevación de transaminasas, prolongación de tiempos de coagulación y DHL. Paciente cae en paro cardiorrespiratorio sin repuesta a maniobras avanzadas de reanimación. Se documenta defunción y se realiza necropsia. El reporte de necropsia concluye sarcoma histiocítico infiltrando hígado, bazo y ganglios linfáticos.