

Oncología

Oncology

ONC-1

SINDROME PARANEOPLASICO: SINDROME INAPROPIADO DE HORMONA ANTIDIURETICA, COMO PRESENTACION CLINICA DE CANCER DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS

SOLORZANO CARLOS, CUERVO JESSICA, FUENTES CARLOS.

National Clinics en alianza con Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El cáncer de pulmón de células pequeñas es la causa maligna más frecuente de síndrome inapropiado de hormona antidiurética (SIHAD), caracterizado por síntomas neuropsiquiátricos e hiponatremia. A continuación, presentamos un caso de SIADH como manifestación inicial de cáncer de pulmón de células pequeñas.

Caso clínico. Paciente de 65 años con antecedente de tabaquismo, exposición a biomasa (humo de combustión de leña), cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en cefalea global, desorientación, letargia, somnolencia, con periodos de agitación psicomotora y desde hace 8 días presenta deterioro de su clase funcional hasta III/IV, dolor torácico tipo punzada en hemitórax derecha intermitente, se descarta evento cerebrovascular, y proceso infeccioso, evidenciando sodio sérico 119 mmol/l, con glicemia 114 mg/dl, adecuadamente hidratado, por lo cual se considera hiponatremia hipoosmolar euvolemica, sintomática severa, se trata con solución hipertónica al 3%, con mejoría del sodio a 123 mmol/l y de síntomas neurológicos, con TSH y cortisol normal, se evidencia en tomografía axial computarizada de tórax, masa apical del lóbulo superior derecho de bordes definidos, se realiza biopsia confirmando tumor de células pequeñas de núcleo oval y citoplasma escaso, se considera síndrome paraneoplásico, tipo síndrome de secreción inapropiado de hormona antidiurética, por lo cual se indica restricción hídrica a 800cc al día, con mejoría de niveles sérico de sodio hasta 137 mmol/L en un término de 5 días, el paciente evoluciona satisfactoriamente con indicaciones de tratamiento por oncología y neumología.

Conclusiones. El SIHAD es una manifestación paraneoplásica del cáncer de pulmón de células pequeñas, es un marcador de mal pronóstico, el tratamiento definitivo es el oncológico.

ONC-2

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR EN SENO MAXILAR

ZULUAGA JUAN DAVID, PÉREZ MARÍA ALEJANDRA, MILLÁN HENRY AUGUSTO, LUNA FREDY ANDRÉS.

Departamento de medicina interna, Fundación cardio infantil, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El rabdomiosarcoma es un tumor maligno del músculo estriado. La mayoría ocurren en cabeza y cuello, siendo más comúnmente el subtipo embrionario. El subtipo alveolar es una forma poco común, con mayor presentación en niños y adolescentes. Este último compromete de manera infrecuente los senos paranasales, presentándose con síntomas inespecíficos de sinusitis y en algunos casos proptosis. Este subtipo histológico es el de peor pronóstico, sobre todo en los adultos.

Reporte de caso. Paciente masculino de 20 años de edad, con un mes de rinorrea purulenta, obstrucción nasal, dolor en hemicara izquierda, edema periorbitario y picos febriles. Antecedente de consumo diario de marihuana y ocasional de cocaína. En la tomografía de senos paranasales se observó una lesión infiltrante en fosa nasal, seno maxilar, espacio masticador y orbita izquierda. Se sospechó compromiso fúngico invasivo, iniciando Anfotericina B liposomal y Ampicilina/Sulbactam. Se toma biopsia endoscópica con reporte de patología compatible con rabdomiosarcoma alveolar. Se inició manejo con quimioterapia con protocolo VAC (Vincristina, Actinomicina y Ciclofosfamida), con posterior resección quirúrgica.

Discusión. El rabdomiosarcoma alveolar es un subtipo poco común de sarcoma especialmente en adultos, con algunos reportes de caso a nivel mundial en mayores de 20 años de edad. El compromiso en senos paranasales hace que no haya manifestaciones clínicas típicas tempranas, lo que lleva a que sea mal diagnosticado frecuentemente como una enfermedad inflamatoria, logrando su detección en estadios de infiltración avanzada. Este es el primer caso reportado en Colombia de esta localización.

Conclusión. Aunque el compromiso de este tumor es poco frecuente en adultos, especialmente de localización en senos paranasales, es de importancia como diagnóstico diferencial, ya que su detección y tratamiento temprano mejora los desenlaces y tasa de supervivencia.

ONC-3

LINFOMA PLASMABLASTICO: UN CASO DE PRESENTACIÓN INUSUAL

OTERO DIANA, MORALES MILENA.

Instituto Nacional de Cancerología, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Introducción. El linfoma plasmablastico (LPB) es un subtipo de linfoma no Hodgkiniano agresivo y poco frecuente que afecta principalmente a pacientes jóvenes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en los que tiende a presentarse en la cavidad oral. Ocasionalmente afecta pacientes no infectados por el VIH y en localizaciones extranodales.

Describimos el caso de una mujer de edad avanzada, VIH negativo, con infección crónica por hepatitis C.

Materiales y Métodos. Estudio observacional descriptivo reporte de caso

Caso clínico. Mujer de 74 años, con diagnóstico de Linfoma B difuso de células grandes centrogerminal en 2008, recibió 6 ciclos de R-CHOP logrando remisión completa. Debutó con hepatitis C crónica manejada con Interferón alfa 2b pegilado y Ribavirina presentando intolerancia que ameritó suspensión, continuando en observación durante 9 años. Presenta recaída en 2017 con masa dependiente de mucosa del labio superior con extensión a la fosa nasal documentada por imágenes. Estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímica reportan linfoma plasmablastico, EBER positivo. Se inicia manejo con protocolo COEP 6 ciclos y radioterapia con respuesta completa evidenciada por PET-CT.

Conclusión. En el LPB las células neoplásicas expresan un inmunofenotipo de célula plasmática, en ausencia de marcadores típicos de célula B madura. Se asocia a infección por virus del Eipstein Barr, el cual se confirma por la presencia de EBER, como en este caso, además de alteraciones del gen MYC. El diagnóstico continúa siendo un reto por el solapamiento con otros linfomas y algunas formas de Mieloma Múltiple. El abordaje terapéutico es difícil debido a la baja frecuencia, pocos casos reportados en la literatura y la quimioterapia convencional proporciona un control inadecuado de la enfermedad, en la mayoría de los casos ofreciendo bajas tasas de supervivencia.

ONC-4

PERIAORTITIS CRÓNICA Y FIBROSIS RETROPERITONEAL ASOCIADOS A CARCINOMA NASAL

LAVERDE LIGIA, LUNA STEPHANY, SOLER CAMILO.

Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Universidad del Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La fibrosis retroperitoneal (FRP) es una condición rara, caracterizada por la presencia de inflamación y fibrosis del tejido retroperitoneal, también llamada inicialmente enfermedad de Ormond. Puede ser idiopática (70%) o secundaria a otras causas (exposición a drogas, malignidad, infecciones). La FRP es más probablemente una manifestación de una enfermedad autoinmune que origina aortitis y una respuesta periaortica fibroinflamatoria. En su forma idiopática puede asociarse a alteraciones de IgG4. Las manifestaciones clínicas son dolor dorsal, abdominal o en flanco, también hipertensión no controlada y disfunción renal aguda, así como claudicación intermitente y obstrucción de los uréteres.

Caso clínico Paciente masculino de 52 años con antecedente de síndrome antifosfolípido, quien ingresa a urgencias por dolor toracoabdominal severo. Se realiza tomografía de abdomen con hallazgo de engrosamiento de aorta abdominal e iliacas comunes con compromiso fibrótico, además se encuentra velocidad de sedimentación globular > 100. Durante hospitalización se encuentra con hipertensión arterial de difícil manejo y episodios intermitentes de lesión renal aguda. Se realizaron mediciones de inmunoglobulina G subclases sin alteraciones de niveles de IgG4. Por elevación de azoados se evitan contrastes yodados y gadolinio por lo que se realiza PET scan para evaluar inflamación de todas las porciones de la aorta e iliacas. PET SCAN sin captación en aorta pero con lesión hipercaptante en fosa nasal izquierda por lo que se realizó biopsia de lesión costrosa en cornete inferior izquierdo con resultado de carcinoma pobremente diferenciado infiltrante de arquitectura papilar. Se realizó biopsia renal con resultado de nefropatía de patrón membrano proliferativo.

Discusión: Los hallazgos imanenológicos o en biopsias correspondientes a fibrosis retroperitoneal y periaortitis representan un reto diagnóstico, dado que esta es una entidad infrecuente, y tiene múltiples etiologías. En este caso se hace énfasis en la ayuda que significó la realización del estudio de PET SCAN para descartar vasculitis y llegar al diagnóstico de carcinoma nasal, lo cual confirma fibrosis retroperitoneal secundaria a malignidad. En este caso la biopsia renal mostró nefropatía membranoproliferativa lo cual es compatible también con un síndrome paraneoplásico. Este paciente se trató con esteroides con disminución del dolor, y se remitió de manera urgente a oncología.

ONC-5

AMILOIDOSIS CARDIACA EN UN PACIENTE CON MIELOMA MULTIPLE

QUINTERO DIANA C., ARIAS HANNA V., ASTAIZA MAYRA A., AYALA JUAN F., ANGULO ANDRÉS F.

Facultad de Medicina Interna, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia.

Introducción. La amiloidosis cardiaca es un desorden raro ocasionado por el depósito de amiloide fibrilar compuesto por proteínas mal plegadas generando expansión del espacio extracelular con hipertrofia miocárdica secundaria y cardiomiopatía restrictiva. La afectación del corazón es causada por inmunoglobulinas de cadena liviana (subtipo más frecuente) y por el almacenamiento de transtiretina.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Métodos. Se revisó retrospectivamente la historia clínica de un paciente hospitalizado en una sala general de medicina interna. El paciente firmó consentimiento informado. Se revisó la literatura y se realizó la comparación con el caso.

Resultados. Paciente masculino de 74 años con cuadro de 3 meses de evolución de disnea de pequeños esfuerzos y edema de miembros inferiores. Se documentó hipercalcemia, anemia e injuria renal con electrocardiograma de bajo voltaje, ecocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda severa, patrón granular con función sistólica preservada y resonancia cardiaca con realce subendocárdico, difuso y circunferencial del ventrículo izquierdo. Se realiza biopsia de médula ósea, encontrando infiltración del 20% de células plasmáticas, inmunofijación de proteínas en suero con gamapatía monoclonal de tipo IgG lambda y biopsia de tejido celular subcutáneo abdominal con tinción de rojo Congo positiva confirmando el diagnóstico de amiloidosis cardiaca asociada a mieloma múltiple, se inició tratamiento con bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona sin embargo el paciente fallece después del segundo ciclo.

Conclusiones. La amiloidosis cardiaca es una de las principales causas de cardiomiopatía restrictiva, su asociación con mieloma múltiple se presenta hasta un 10%. El espectro clínico incluye falla cardiaca y trastornos de la conducción; debe sospecharse en pacientes con bajo voltaje en el electrocardiograma e hipertrofia ventricular con función conservada y patrón granular en el ecocardiograma. El realce subendocárdico difuso en la resonancia es altamente sugestivo de esta patología; el diagnóstico se confirma identificando la infiltración de tejido amiloide en la biopsia.

ONC-6

SARCOMA GRANULOCÍTICO ORAL: LA DICOTOMÍA ENTRE LO INFECCIOSO Y TUMORAL

ARAGÓN DIANA, NARANJO JULIÁN, NOREÑA IVAN, PLATA JUAN.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La leucemia mieloide de instauración aguda (LMA) es la más común en adultos, representando el 80% de los casos. El riesgo aumenta con la edad, sin embargo, los pacientes jóvenes tienen mejor pronóstico. Las manifestaciones orales se dan en un 65 a 90% de los casos, siendo más frecuentes las linfadenopatías, el sangrado gingival, infecciones virales o fúngicas, mucositis y cloroma.

El cloroma es un tumor localizado, poco común, compuesto de células granulocíticas inmaduras; pudiendo ser la primera manifestación de LMA, precederla o ser sugestivo de recurrencia. Presenta un mal pronóstico, con una supervivencia promedio del 6% a 2 años.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso

Métodos. Informe de caso

Resultados. Paciente de 21 años sin antecedentes patológicos con cuadro clínico de 10 días de evolución consistente en alzas térmicas, diaforesis nocturna, odinofagia y aparición de lesión sobreelevada, verdosa y dolorosa en el borde lateral izquierdo de la lengua. Dentro de los estudios complementarios se realizó diagnóstico de leucemia mieloide aguda y se consideró probable infección fúngica invasora, ante lo cual se inició tratamiento con anfotericina B y se tomó biopsia de la lesión (se realizó una semana después). El reporte de la biopsia evidenció hallazgos compatibles con infiltración por neoplasia mieloproliferativa, sugestivo de cloroma. La lesión presentó resolución casi completa posterior a dos semanas.

Conclusión. El sarcoma granulocítico, también denominado cloroma, es un tumor de coloración verdosa, que se presenta como masa palpable que puede involucrar estructuras nerviosas y vasculares. La presentación en mucosas es rara y puede confundirse con otras entidades como la infección fúngica invasora. Es imperante la realización de biopsia para caracterizarla correctamente.

ONC-7

SÍNDROME DE BUDD CHIARI COMO MANIFESTACIÓN DE NEOPLASIA MIELOIDE

SALGADO ZAMORA FABIÁN ANDRÉS, CARDOZO NIÑO ANDRÉS ORLANDO, VEGA DÍAZ VALENTINA, ECHEVERRI TATIANA.

Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El síndrome de Budd-Chiari (SBC), es una entidad poco frecuente, caracterizada por la obstrucción en el flujo venoso; que puede ocurrir desde las pequeñas venas hepáticas hasta la entrada de la vena cava inferior en la aurícula derecha. Se puede clasificar como primario, cuando existe un proceso trombotico implicado y secundario cuando no lo hay.

Diseño. Estudio descriptivo – Reporte de caso.

Métodos. Informe de caso

Resultados. Paciente masculino de 48 años de edad con cuadro subagudo de dolor abdominal, difuso, opresivo, no irradiado, de intensidad moderada, que debuta con distensión abdominal al sexto día de la instauración de los síntomas, asociado síntomas constitucionales y pérdida de peso no cuantificada de varios meses de evolución. Al examen físico se evidencia ascitis, onda ascítica positiva y matidez cambiante. Se solicitan estudios imagenológicos documentando hepatoesplenomegalia y varices esofágicas en la endoscopia. Se realizo paracentesis, con estudio de líquido peritoneal con predominio de linfocitos y proteínas elevadas sugiriendo etiología hipertensiva portal, adicionalmente encontramos trombocitosis, LDH elevada de forma persistente y FSP con presencia de mielocitos que oriento a sospechar compromiso hematológico asociado, teniendo en cuenta el contexto del paciente se solicita estudio Doppler portal con hallazgos en venas suprahepáticas altamente sugestivos y biopsia hepática con marcada dilatación a nivel sinusoidal, presencia de megacariocitos, linfocitos y mielocitos atípicos, lo que confirmo síndrome de Budd Chiari posiblemente asociado a enfermedad mieloproliferativa, se realiza biopsia de medula ósea con aumento en la población de megacariocitos y micromegacariocitos, confirmando neoplasia mieloproliferativa crónica.

Conclusión. El SBC asociado a neoplasia mieloproliferativa es una entidad poco frecuente y de mal pronóstico, por lo que su conocimiento y detección oportuna es de vital importancia.

ONC-8

LINFOMA CARDIACO PRIMARIO

CADENA ALBERTO, RUIZ FABIAN, RESTREPO JUAN CARLOS.

Clinica de La Costa, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Introducción. El linfoma cardíaco primario (LCP) es un tumor cardíaco poco frecuente, siendo su incidencia el 1.3% de todos los tumores cardíacos. La presentación clínica más habitual es insuficiencia cardíaca congestiva. Se localiza de manera predominante en cavidades derechas, pertenece al grupo del linfoma no Hodgkin extranodal y el hallazgo histológico más común es el tumor de células B grandes difusas.

Diseño. Reporte de caso de paciente con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva secundario a linfoma cardíaco primario confirmado por biopsia.

Reporte de caso. Mujer de 64 años con historia de hipertensión arterial y diabetes mellitus quien consulta al servicio de urgencias por 1 semana de palpitaciones, dolor epigástrico y disnea que progresa hasta el reposo. Al examen físico presentó palidez, crepitos pulmonares bilaterales, ruidos cardíacos arrítmicos sin soplos, S3 presente, ascitis y edema con fóvea en miembros inferiores. Ecocardiograma transesofágico documenta masa de 60x30 mm adherida a la pared lateral de la aurícula derecha; resonancia magnética de corazón muestra masa móvil en aurícula derecha con invasión al ventrículo derecho en diástole y derrame pericárdico severo. Se procede a resección tumoral intracardiaca y reconstrucción con parche pericárdico. La biopsia e inmunohistoquímica reportan linfoma no Hodgkin de células B maduras de alto grado con expresión de CD45 con un perfil CD20 positivo, CD3 negativo; el índice KI67 de 90%. La condición de la paciente deteriora y fallece.

Conclusiones. Este tumor cardíaco poco frecuente tiene presentación clínica variable; desde síntomas B sistémicos hasta manifestaciones cardíacas que están en relación con la zona de corazón afectada. Tiene adecuada respuesta a quimioterapia en estadios iniciales, su curso es progresivo con alta mortalidad y un difícil diagnóstico.