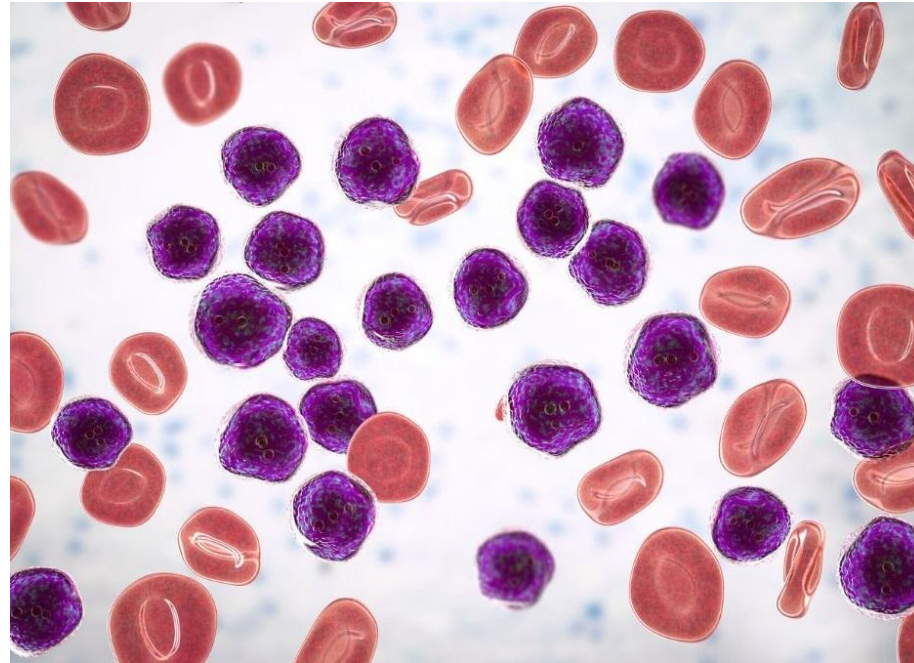


Debut de Leucemia Linfoblástica Aguda



Belén Ortega Arévalo (Rotatorio Pediatría)
Tutor: María del Cañizo (Oncología Pediátrica)
Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y datos exploratorios relevantes

♀ 19 meses

pancitopenia + fiebre 4 días

Odinofagia, vómitos, diarrea, exantema micropapular



EF:

palidez cutánea

hipertrofia amigdalar y exudados bilaterales.

Adenopatias laterocervicales bilaterales

Pruebas diagnósticas

ALCOY:

- **Pancitopenia:** Hb 8,9g/dl; leucos 1300/mcl (N40); plaq 73000/mcl
- **RFA elevados**
- GOT/GPT 46/130
- **Hiperuricemia** (12 mg/dl)

- Frotis Sangre periférica: normal
- RX tórax: normal

- Rasburicasa
- Tto antibiótico amplio espectro

HGUDB:

- **Eco cervical:** ganglios reactivos
- **Eco abdominal:** aumento riñones. Bazo limite alto normalidad.

Diagnóstico diferencial

SINDROME HEMOFAGOCÍTICO vs LLA

Tabla III. Criterios diagnósticos del síndrome hemofagocítico (HLH-2004)

Criterios genéticos

Presencia de alteración genética conocida

Criterios clínico-analíticos

- Fiebre
- Esplenomegalia
- Citopenias (al menos, 2 líneas):
 - Hemoglobina < 9 g/dL (< 12 g/dL primeras 4 semanas de vida)
 - Trombopenia < 100.000/mm³
 - Neutropenia < 1.000/mm³
- Hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia:
 - Triglicéridos > 300 mg/dL
 - Fibrinógeno < 150 mg/dL
- Hiperferritinemia > 500 ng/mL (valores > 10.000 ng/mL son muy sugerentes de HLH)
- Valores CD25 soluble ≥ 2.400 U/mL
- Disminución/ausencia actividad citotóxica NK
- Evidencia de hemofagocitosis en tejido

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

- Hiperinflamación
- Primarias vs **secundarias**
- **Infecciones:** virus: VEB, CMV, VHS, VIH, VHH8, SARS-CoV-2. Bacterias, micobacterias y micoplasmas. Parásitos: leishmania y plasmodium. Hongos: cándida y criptococo
- **Neoplasias:** hematológicas (leucemias, linfomas). Sólidas (melanoma)

Galán Gómez V, Pérez Martínez A. Síndrome hemofagocítico. *Pediatr Integral*. 2021;25(6):326.e1-326.e9. Disponible en: [Pediatria Integral](#)

- Dx y tto precoz: **CORTICOIDES**

Solicitamos:

- AMO
- PL

Pruebas diagnósticas

- AS: pancitopenia, hipofosfatemia, hipopotasemia
- Estudio cardiológico: normal
- Serologías: VEB, CMV, VHS, VIH, parvovirus B19: negativo
- Mantoux: negativo
- PCR leishmania: negativo
- HHCC y coprocultivo: negativo
- AFN: rino/enterovirus +

FROTIS SP: blastos. LAL B
AMO: 95% blastos
PL: sin infiltración (SNC1)



Leucemia
Linfoblástica
aguda tipo B

Debut LLA

1. Manejo en urgencias:
anamnesis, EF, PPCC

2. ESTUDIO DEL DEBUT

- Analítica + bioquímica
- **Frotis sangre periférica**
- **Aspirado de médula ósea**
- Inmunofenotipo
- **Punción lumbar**
- Rx tórax ± ecografía abdominal

- ANEMIA →
- **palidez, astenia**

NEUTROPENIA →
fiebre/infección

TROMBOPENIA →
**petequias,
sangrado**

INFILTRACIÓN
EXTRAMEDULAR:

- **Adenopatias**
- **Hepatoesplenomegalia**
- dolor óseo
- afectación SNC/testicular

Síndrome de lisis tumoral (SLT) = Urgencia oncológica

Alteraciones metabólicas

- Hiperuricemia (>8mg/dl)
- Hiperpotasemia (>6 mEq/l)
- Hiperfosforemia (>6,5mg/dl)
- Hipocalcemia (<7mg/dl)

Complicaciones

- Fracaso renal agudo
- Arritmias
- Convulsiones

- Profilaxis SIEMPRE:

- Hiperhidratación
- Alopurinol
- Monitorización

- TTO:

- Alteraciones iónicas
- Hiperuricemia

Rasburicasa si
ac. úrico > 8mg/dl

Tratamiento LLA-B

Objetivos:

- inducir remisión completa
- prevenir recaídas
- minimizar toxicidad

FASES QT:

1. Inducción
2. Consolidación
3. Reinducción
4. Mantenimiento

+ Profilaxis SNC: terapia IT

ALL-together

Evolución

28/04:
pancitopenia +
hiperuricemia +
fiebre a estudio

Malignidad vs
s. hemofagocítico

29/04: UCip:
Epiglotitis
VMI, SNG

- **30/04: INICIO TTO**
- BAL: Pneumocystis jirovecii

7/05: extubación
10/05: planta
ONI

14/05: día +15
tto

Conclusiones:

- LLA: neoplasia maligna + frec infancia
- Debut inespecífico: procesos inflamatorios/infecciosos
- Pancitopenia + hiperuricemia debe alertarnos sobre malignidad
- El diagnóstico precoz permite iniciar tratamiento y mejorar pronóstico
- Profilaxis de SLT previo a QT

Bibliografía

1. Galán Gómez V, Pérez Martínez A. Leucemia aguda en pediatría. *Pediatr Integral*. 2021;25(6):295.e1-295.e11. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-09/leucemia-aguda-en-pediatria/>
2. Galán Gómez V, Pérez Martínez A. Síndrome hemofagocítico. *Pediatr Integral*. 2021;25(6):326.e1-326.e9. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-09/sindrome-hemofagocitico/>
3. Madero López L, Muñoz Villa A. Urgencias oncológicas en pediatría. *Pediatr Integral*. 2019;23(2):89.e1-89.e8. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-03/urgencias-oncologicas-en-pediatria/>
4. Rico Rodes Á, Juan Gisbert A, Ureña Horno L, Cano Rodríguez A, Montoya Tamayo C, del Cañizo Moreira M, et al. Manual de guardia de oncología pediátrica del Hospital General Universitario de Alicante. Actualización mayo 2021. Madrid: Sanidad y Ediciones SL; 2021. Disponible en: [Manual de guardia de Oncología Pediátrica \(Servicio de Pediatría\)](#)

