



Sarcoma promielocítico múltiple: reporte de un caso

»Guillermo Enrique Quintero Vega¹
»Andrés Armando Borda Molina¹
»Andrea Stefania Pantoja Chica¹
»Claudia del Pilar López Agudelo¹
»Juana Catalina Figueroa Aguirre¹

¹Fundación Santa Fe de Bogotá

Caso: paciente masculino de 32 años quien consultó a centro de salud por cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en dolor ocular derecho y posterior amaurosis intermitente y proptosis. En la resonancia magnética inicial se encuentra una lesión ocupando la región paraselar derecha por lo cual remiten. Al ingreso a nuestra institución se evidencia compromiso del II, III, IV y VI par, con hipoestesia en territorio de V1 derecha. Se decide nueva resonancia magnética de cerebro, en donde se observa lesión sólida fusiforme que compromete el seno cavernoso a través de la hendidura esfenoidal, hasta el tercio posterior de la órbita derecha. Dado la sospecha inicial de un linfoma, realizan citometría de flujo en líquido cefalorraquídeo (LCR) y se solicita PET-CT. Se observa una masa en órbita derecha que condiciona proptosis del ojo derecho con una SUV de 3.4, múltiples ganglios ligeramente hipermetabólicos supra e infradiaphragmáticos con una SUV máxima de 3.7 y lesión hipermetabólica localizada en la musculatura del compartimento medial del muslo izquierdo y en la grasa subcutánea

glútea derecha con un SUV máximo de 6.6. Paraclínicos de ingreso con leucopenia leve con diferencial conservado, anemia leve normocítica, normocrómica, homogénea y serie plaquetaria normal, tiempos de coagulación normales, dímero D diez veces por encima del límite de la normalidad, fibrinógeno normal, electrolitos con hipercalcemia leve e hipomagnesemia leve, deshidrogenasa láctica aumentada más de doce veces el límite superior. La citometría de flujo de LCR reporta neoplasia mielóide (sarcoma mielóide) con una variante promielocítica, translocación (15;17) positiva, translocación (8;21), mutación de IDH 1 y 2 negativas. Se confirma diagnóstico de leucemia promielocítica aguda de alto riesgo y se decide iniciar protocolo de inducción con el protocolo chino de penetrancia a sistema nervioso central (bolo inicial de manitol al 20 % con posterior infusión de mezcla de trióxido de arsénico junto con manitol y solución salina) junto con ácido retinoico, además de quimioterapia intratecal con metotrexato y citarabina. Se realiza revaloración posinducción con PET CT encontrando una

Autor para correspondencia: Guillermo Enrique Quintero Vega

Correo electrónico: juanitafiag@gmail.com

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

muy buena respuesta parcial y médula ósea en remisión morfológica. Se decide dar un segundo ciclo de este protocolo, pero el paciente persiste con promielocitos en LCR. Se decide cambio a protocolo con citarabina a altas dosis más ácido retinóico del cual lleva dos ciclos. Actualmente se encuentra médula ósea en respuesta morfológica con fish 15;17 negativo.

Conclusiones: es infrecuente diagnosticar un paciente con una leucemia promielocítica aguda

que debutó con múltiples sarcomas mieloides concomitantes e infiltración al sistema nervioso central. Hasta ahora con una respuesta buena usando el protocolo chino de inducción y altas dosis de citarabina.

Palabras Clave:

Sarcoma promielocítico; leucemia promielocítica aguda; sarcoma promielocítico en sistema nervioso central.