



XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: Clínica Médica-Hematología_____

Autor responsable: ___TAMARA ULLMAN, ARIELA SOTO, ADELA AGUIRRE, GABRIEL WAISMAN___

Dirección: GASCON 450 HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES_____

e-mail:

Áreas de Interés

- 1- CARDIOLOGIA
- 2- DERMATOLOGIA
- 3- DOLOR Y ANALGESIA
- 4- EDUCACION MEDICA /
RESIDENCIAS MEDICAS
- 5- ENDOCRINOLOGIA /
METABOLISMO / NUTRICION
- 6- EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7- FARMACOLOGIA /
TERAPEUTICA /
TOXICOLOGIA
- 8- GASTROENTEROLOGIA
- 9- GERONTOLOGIA
- 10- HEMATOLOGIA
- 11- HEPATOLOGIA
- 12- HIPERTENSION ARTERIAL
- 13- INFECTOLOGIA
- 14- INFORMATICA MEDICA
- 15- NEFROLOGIA
- 16- NEUMONOLOGIA
- 17- NEUROLOGIA
- 18- ONCOLOGIA
- 19- REUMATOLOGIA
- 20- SISTEMAS DE
ATENCIÓN MEDICA

SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO Y SUS COMPLICACIONES.

Autores: T. Ullmann; A. Soto, A. Aguirre, G. Waisman.

Objetivos: reconocer la trombocitosis como causa de síndrome de hiperviscosidad y conocer las alternativas actuales para su tratamiento.

Caso Clínico: Paciente de 58 años de edad, sexo femenino, antecedente Síndrome Mieloproliferativo crónico con mielofibrosis (BCR/ABL negativos. JACK 2 positivo) diagnosticado en el 2008. Realizó tratamiento con interferón con regular tolerancia por lo que se rota a hidroxiurea. Evoluciona con dolor en hipocondrio izquierdo secundario a la esplenomegalia por lo que se irradia dicha zona sin respuesta. En marzo del 2011 se realiza esplenectomía. Intercurre en el postoperatorio con paresia facio-braquio-cubital izquierda en el contexto de aumento del recuento plaquetario habitual (alrededor de 1 millón y medio de plaquetas por mm³). Se realiza tomografía computada y resonancia magnética de cerebro sin evidencia de lesiones. Se interpreta como síndrome de hiperviscosidad secundario a trombocitosis. Inicia plaquetoféresis con lo que revierte la sintomatología. Se otorga alta con aspirina, enoxaparina, hidroxiurea y anagrelide.

Presenta tres episodios similares en los meses siguientes con requerimiento de plaquetoféresis. Se realiza nueva resonancia de cerebro que informa isquemia en rama perforante de arteria cerebral media derecha. Durante la última internación se decide iniciar tratamiento con cladribine. Durante el tercer ciclo presenta cuadro de fiebre y pirogenemia con descompensación hemodinámica (hipotensión, taquicardia, mala perfusión periférica) sin angor. Se constatan cambios electrográficos sugestivos de isquemia (en contexto de trombocitosis de 577000). Se decide realizar tratamiento médico. En la misma internación intercurre con sepsis a punto de partida de catéter a *Stafilococo aureus* meticilino sensible (SAMS), y endocarditis bacteriana (de válvula mitral) por lo que realiza tratamiento con ceftriaxona. Presenta tricitemia crítica prolongada luego del tratamiento con cladribine. Finalmente se externa y se reinternó al mes por cuadro de parestesias en mano derecha y ambos miembros inferiores. Se realiza resonancia que evidencia lesiones isquémicas agudas focales bilaterales en contexto de trombocitosis de 1200000 por mm³ por lo que requiere plaquetoféresis nuevamente. Se externa, continúa tratamiento con claridibine, en control por hematología y clínica médica.

Discusión: La mielofibrosis es una neoplasia de muy baja prevalencia y difícil manejo dentro de los síndromes mieloproliferativos. Las principales causas de muerte son las infecciones (20-60 %), los eventos trombo-hemorrágicos (15-25 %), la enfermedad cardiovascular (10-40 %), la enfermedad cerebrovascular (10-20 %), las complicaciones post-esplenectomía (9 %), y la transformación en una LMA (10-25 %). Nuestra paciente desarrolló la mayoría de estas complicaciones, por lo que creemos importante profundizar en el conocimiento diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones.

Sede de SAMIG : Paraguay 2535 PB "A" - Ciudad de Buenos Aires.
Horario: lunes a jueves de 13 hs a 17 hs y viernes de 8 hs a 12 hs.
TE (5411) 4964-4005 - Mail: samig@pccp.com.ar