

SARCOMA GRANULOCÍTICO AISLADO CON AFECTACIÓN MULTIFOCAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

E Jaro, MA Andreu, J Sánchez, D Monteagudo, J Cachá, M Carnero, MJ Gómez

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital de Móstoles. Madrid

Introducción: El sarcoma granulocítico (SG), también llamado cloroma, es un tumor extramedular constituido por precursores mieloides con un grado variable de maduración. Aparece en el 2-8% de los pacientes diagnosticados de LAM, habitualmente al mismo tiempo o después del diagnóstico de leucemia. Es más raro que se presente sin evidencia de enfermedad hematológica ni en sangre periférica ni en MO, y en estos casos es frecuente el diagnóstico erróneo con síndromes linfoproliferativos malignos. El diagnóstico correcto precisa de técnicas histoquímicas e inmunofenotípicas. Puede asociarse también a SMPc o SMD.

La afectación de 3 o más localizaciones es rara, siendo más frecuente en ganglios, piel (tronco y cara), cabeza y estructuras epidurales, intestino delgado, mediastino, subperiostio y genitales. El tto indicado es la quimioterapia intensiva similar a la usada en LAM, tan pronto como sea posible durante el periodo no leucémico, incluso en casos aislados aparentemente curados con cirugía o RT. Se estima que el tiempo medio desde el diagnóstico de SG a LAM es de 12 meses.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 63 años que había consultado en junio-2006 por proptosis bilateral y diplopia. En la exploración clínica presentaba: Parálisis de la musculatura ocular derecha. Adenopatía cervical izquierda y nódulo sc submamario. En las pruebas complementarias: Engrosamiento de vientres musculares de mm. oculares recto externo dcho. e interno izq. Infiltración pericárdica intensa. Derrame pleural bilateral con implantes pleurales. Conglomerado adenopático en ventana aortopulmonar y subcarinal. Nódulo de 3x2cm en FID con infiltración del m. iliaco dcho. Hemograma: rasgo talasémico (ya conocido) BMO: sin alteraciones.

Se diagnosticó LNH B difuso de células grandes en la biopsia de adenopatía y nódulo sc, y recibió un ciclo R-CHOP con desaparición de la proptosis. Tras conocer el resultado del inmunofenotipo, se varió el esquema terapéutico recibiendo tto con I/A 3/7 (x2), seguido de dos ciclos de dosis altas de ARA-C y RT holocraneal. Al año de tratamiento la paciente se encuentra en remisión, asintomática y sin evidencia de leucemia ni en MO ni en sangre periférica.