

**CASO PRÁCTICO 1**

Mujer de 75 años con antecedentes de Hipertensión (bien controlada con Enalapril) y artrosis por la que toma AINEs ocasionalmente que consulta por linfocitosis de 29.000/mm<sup>3</sup> en una analítica de rutina. Su ECOG es 0. Camina todos los días unos 3 Kilometros y es independiente para las actividades de la vida diaria.

A la exploración física la paciente presenta 2-3 adenopatías laterocervicales de un cm, una axilar derecha de 2 cm y esplenomegalia de 3 cm.

En el hemograma la cifra de leucocitos es de 35.000/mm<sup>3</sup> con 29.000 linfocitos/mm<sup>3</sup>. No existe anemia ni trombopenia. En el frotis se ven linfocitos de aspecto maduro, con cromatina condensada con ocasionales sombras de Grumpecht. En la Bioquímica destaca hiperuricemia de 7,2 mg/dl siendo la función renal y hepática normales. Beta-2 microglulina 6,3 mcg/L. LDH en rango normal. IgG 450 mg/dl; IgA 70 mg/dl e IgM 400 mg/dl.

En el hospital desde el que la refieren han realizado una biopsia de una adenopatía axilar derecha que presentaba la paciente hace un mes y que era de un tamaño de 3 cm. Ha sido informada como Linfoma linfocítico bien diferenciado.

1. ¿Qué inmunofenotipo espera encontrar en sangre periférica?
2. ¿Tiene en estos momentos la paciente criterios de tratamiento?, ¿Tendría criterio de tratamiento a los 6 meses si la linfocitosis ha incrementado a 48.000/mm<sup>3</sup>?, ¿Tendría criterios de tratamiento si a los 6 meses la esplenomegalia es de 12 cm bajo el reborde costal derecho?
3. Señale los test moleculares/citogenéticos que solicitaría justo antes de iniciar el tratamiento.
4. Si los estudios citogenéticos no muestran anomalías en relación con TP53 ni en el cromosoma 11 señale los tratamientos disponibles, así como sus ventajas e inconvenientes (quimioinmunoterapia y terapias dirigidas).

**CASO PRÁCTICO 2**

Varón de 53 años que consulta por astenia importante e ictericia brusca. No presenta antecedentes de interés. Fue transfundido hace 20 años a raíz de un politraumatismo.

La exploración física es anodina salvo ictericia. La TA es normal, la frecuencia cardiaca es de 80 lpm y la temperatura es de 37.3°C

En el hemograma destaca anemia de 7 g/dl con macrocitosis (VCM: 105 FL) y aumento del Ancho de Distribución Eritrocitaria (ADE: 19). Leucocitos 12.000/mm<sup>3</sup> con discreta neutrofilia. Plaquetas: 523.000/mm<sup>3</sup>. Los reticulocitos están elevados (300.000/mm<sup>3</sup>). La Bioquímica muestra una hiperbilirrubinemia de 10 g/dl con predominio de bilirrubina indirecta; LDH 600 UI/L; Haptoglobina indetectable. La prueba directa de la antiglobulina es positiva.

1. Realice una orientación diagnóstica del tipo de anemia hemolítica según el resultado de la prueba directa de la antiglobulina con reactivos monoespecíficos (IgG y C3d)
2. El Escrutinio de Anticuerpos Irregulares es positivo y en el panel se detecta una panaglutinina sin especificidad aparente. ¿Qué otros test inmunohematológicos realizaría para descartar la presencia de alo-anticuerpos bajo la panaglutinina?
3. ¿Cuál sería el tratamiento inicial que prescribiría al paciente?
4. ¿Transfundiría al paciente en estos momentos?, ¿Transfundiría al paciente a las 48 horas si la cifra de hemoglobina desciende a 4 g/dl y el paciente tiene una frecuencia cardiaca basal de 130 lpm y discreta taquipnea con Radiología de Tórax normal y saturación de oxígeno del 94% respirando aire ambiente?

### **CASO PRÁCTICO 3**

Paciente de 81 años con antecedentes de Hipertensión arterial controlada con beta-bloqueantes, diabetes tipo II en tratamiento con dieta y antidiabéticos orales y antecedentes de varias cirugías (Resección Transuretral de Próstata, Hernorafia bilateral) sin anomalías en las pruebas preoperatorias, sangrado aparente ni necesidad de transfusión.

En la consulta de preanestesia para cirugía por neoplasia de colon diagnosticada tras test de screening rutinario en la población para hemorragias ocultas en heces, el paciente está asintomático.

La exploración física es normal. ECOG: 1.

En el hemograma existe anemia de 11,5 g/dl con patrón ferropénico. La bioquímica es normal salvo disminución del hierro sérico, aumenta de la transferrina y disminución de la ferritina. En los test de coagulación preoperatorios: El tiempo de protrombina y el INR son normales, el Tiempo Parcial de Tromboplastina Activado es incoagulable y el fibrinógeno es 300 mg/dl. La prueba de mezclas no corrige.

En la dosificación de factores de la vía intrínseca se informó que uno de los factores de coagulación determinados era indetectable, siendo normal la determinación del resto de factores. El tiempo de trombina y reptilase fueron normales, así como los test de anticoagulante lúpico y Anticuerpos anticardiolipina y betablicoproteína.

1. ¿Qué patología presenta el paciente con mayor probabilidad?
2. ¿Qué tratamiento administraría al paciente en este momento para disminuir el título del inhibidor de la coagulación?
3. A las 72 horas el paciente comienza con hematomas extensos que van “in crescendo” pero que no le amenazan la vida. Discuta las diferentes opciones terapéuticas para favorecer la hemostasia y controlar la clínica hemorrágica.