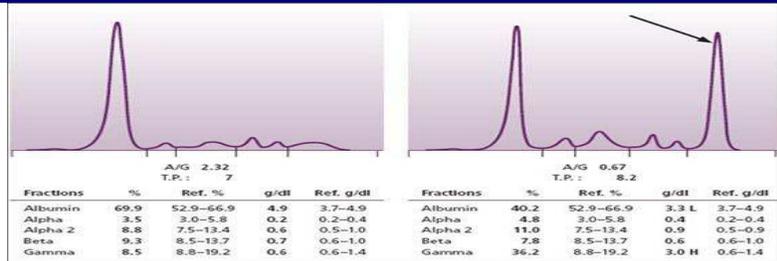


Masculino de 65 años de edad con padecimiento de evolución lenta y progresiva desde hace 3 meses caracterizado por cefalea, somnolencia, anorexia, fatiga, epistaxis y disminución de la agudeza visual. A la EF se encuentra adenopatía axilar bilateral no dolorosa. En la BH de admisión destaca HB 12 g/dL; 4,000 leucocitos, linfocitos 50%, 270,000 plaquetas. En la QS se encuentra PT = 8.2 g/dL con inversión en la Relación A/G = 0.6



ETIOLOGIA	% PARTICIPANTES
NEOPLASICA	81%
AUTOINMUNE	14%
GENETICA	5%
INFECIOSA	5%

PROBABLE DIAGNOSTICO	% PARTICIPANTES
MIELOMA MULTIPLE	62%
MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTRON	38%
LINFOMA	24%
LEUCEMIA	10%
GAMAPATIA MONOCLONAL BENIGNA	10%

LABORATORIO	% PARTICIPANTES
BIOMETRIA HEMATICA	71%
ASPIRADO DE MEDULA OSEA	71%
QUIMICA SANGUINEA Y PFH	67%
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	62%
INMUNOGLOBULINAS	38%
CITOMETRIA DE FLUJO	33%
B2 MICROGLOBULINA	33%
PROTEINA DE BENGE JONES	29%
BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	24%
PROTEINURIA 24 HRS	24%
EGO	14%
PRUEBAS DE COAGULACION	10%
VISCOSIDAD DEL PLASMA	10%
PCR	10%

GABINETES	% PARTICIPANTES
TAC	67%
RX HUESOS LARGOS	48%
TELE TX	43%
RMN	19%
US	19%
GAMAGRAMA	10%
PET	5%

DIAGNOSTICO	Linfoma Linfo Plasmacítico (LLP) – Macro Globulinemia de Waldenström (MGW)
DEFINICION	Ese trata de un Linfoma de no Hodgkin de crecimiento lento que se origina en un precursor del linfocito B. Se trata de una variedad poco frecuente (<2%) dentro del grupo de Linfomas no Hodgkin.
FISIOPATOLOGIA	La etapa final del desarrollo del linfocito es la célula plasmática madura, productora de inmunoglobulina. Los linfocitos B pueden volverse cancerosos en cualquier etapa de su desarrollo. Cuando se produce la transformación maligna en el punto del desarrollo antes de que el linfocito B se convierta en una célula plasmática madura que produce inmunoglobulina, la enfermedad resultante es LLP - MGW
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	Aunque las células plasmáticas representen solamente una minoría de las células tumorales, muchos de los linfocitos tienen un aspecto similar a las células plasmáticas. La macroglobulinemia de Waldenström se distingue del linfoma linfoplasmacítico por el hecho de que la afectación del ganglio linfático es menos prominente. Ambos trastornos muestran células linfoplasmáticas malignas en la médula y el bazo. Estas células linfoplasmáticas malignas segregan una inmunoglobulina (Ig) anormal, IgM monoclonal.
BX DE GANGLIO LINFATICO ASPIRADO DE MEDULA OSEA	En el caso del linfoma linfoplasmacítico, el diagnóstico se hace generalmente por biopsia del ganglio linfático y en la macroglobulinemia de Waldenström, por examen de médula ósea. En cada caso, los linfocitos pequeños, muchos de ellos con un patrón de tinción similar pero no idéntico al de las células plasmáticas, son el tipo de célula tumoral predominante. Si la IgM monoclonal es lo suficientemente elevada en la sangre, puede provocar una mayor viscosidad de la sangre, flujo sanguíneo inadecuado, y síntomas y signos de flujo retardado (por ej., dolor de cabeza, visión borrosa, confusión mental). Esta situación se denomina síndrome de hiperviscosidad. A medida que evoluciona, el linfoma puede afectar el pulmón, el tracto gastrointestinal y otros órganos.
TRATAMIENTO	En el linfoma linfoplasmacítico, la producción de IgM monoclonal por parte de las células del linfoma, puede provocar aumento de la viscosidad de la sangre y síndrome de hiperviscosidad. El síndrome de hiperviscosidad puede ser tratado por plasmaféresis para revertir los síntomas y signos agudos, pero el control a largo plazo requiere una reducción de la masa de células del linfoma que producen proteína. Observar y esperar es uno de los enfoques posibles para manejar la enfermedad, seguido de poliquimioterapia (quimioterapia con múltiples fármacos) y un anticuerpo monoclonal. Si la enfermedad parece estar evolucionando, podrá administrarse terapia en el momento del diagnóstico.
BIBLIOGRAFIA	<a href="http://www.LLS.org">LEUCEMIA LINFOMA, MIELOMA. The Leukemia &amp; Lymphoma Society. www.LLS.org</a>