

Dolor en Hipocondrio Izquierdo

Mujer blanca de 60 años. Dolor en Hipocondrio Izquierdo de intensidad variable desde hace una semana. Sin irradiación y que aumenta con los movimientos y la inspiración profunda.

R. Vázquez Albertino, P. Gómez Camarero, I. Borrego Dorado
Unidad de diagnóstico de Medicina Nuclear
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

ESPLENOMEGALIA.

Antecedentes.

Mujer blanca de 60 años.

Antecedentes familiares:

Padre muerto de infarto. Madre vive 86 años

Antecedentes Personales:

Intervenciones Quirúrgicas: apendicitis, otitis.

5 embarazos, hijos vivos, no abortos.

Hiperplasia endometrial.

Hipercolesterolemia en tratamiento dietético.

Insuficiencia Mitral leve, en Tto con Propafenona

COMIENZO DEL CUADRO

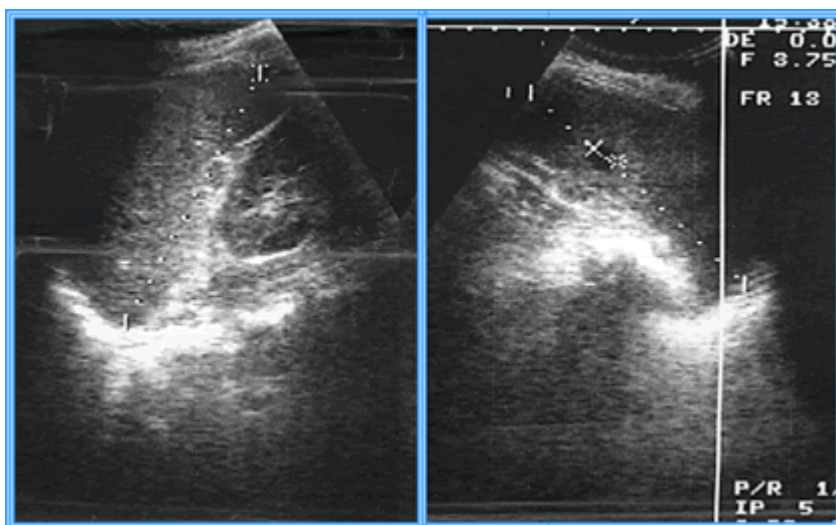
Dolor en Hipocondrio Izquierdo de intensidad variable desde hace una semana. Sin irradiación y que aumenta con los movimientos y la inspiración profunda.

Perfil bioquímico normal

Hemograma normal.

SE DECIDE REALIZAR ECOGRAFIA ABDOMINAL

Ecografía abdominal



24-10-02: ECOGRAFIA ABDOMINAL

BAZO: ESPLENOMEGALIA 11,7X12 cms, con Imagen hipoecogénica, nodular de 12 mm en su tercio medio

Resto NORMAL.

A la vista del cuadro clínico y el resultado de la ecografía.

¿QUE EXPLORACION INDICARIA?

- 1.- BIOPSIA ESPLENICA
- 2.- TAC TORAX Y ABDOMEN
- 3.- PET
- 4.- RESONANCIA MAGNETICA

VERDADERO: 2.- TAC TORAX Y ABDOMEN



¿COMO INTERPRETA ESTAS IMÁGENES?

- 1.- Hepatoesplenomegalia
- 2.- Nódulos múltiples hepáticos y esplénicos
- 3.- Tumor en mesogastrio
- 4.- Esplenomegalia y 3 lesiones y múltiples nódulos anecoicas en el bazo en el bazo

VERDADERO: 4.- Esplenomegalia y 3 lesiones y múltiples nódulos anecoicas en el bazo en el bazo

30-10-02:

TAC TORAX Y ABDOMEN:

Bazo: Esplenomegalia 15 cms. 3 Lesiones anecoicas en el polo superior, una de 2 cms. y dos de 1cm.

Fundus uterino: hiperplasia endometrial.

Resto : Normal

Dolor en hipocondrio izquierdo agudizado los últimos días con astenia, anorexia y pérdida de peso de 3,5 semanas de evolución

TAC: Esplenomegalia y 3 lesiones nodulares en bazo

Se considera imposible biopsiar las lesiones esplénicas

¿QUE EXPLORACION INDICARIA?

- 1.- Gammagrafía ósea
- 2.- Resonancia magnética

3.- Gammagrafía con Ga-67

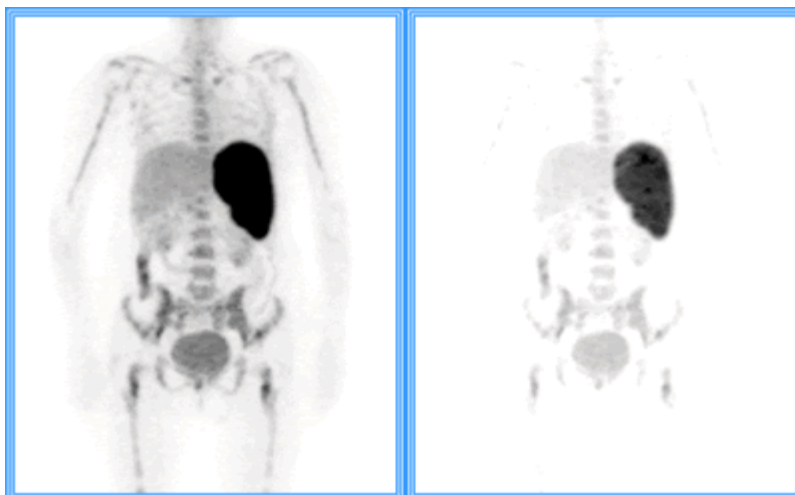
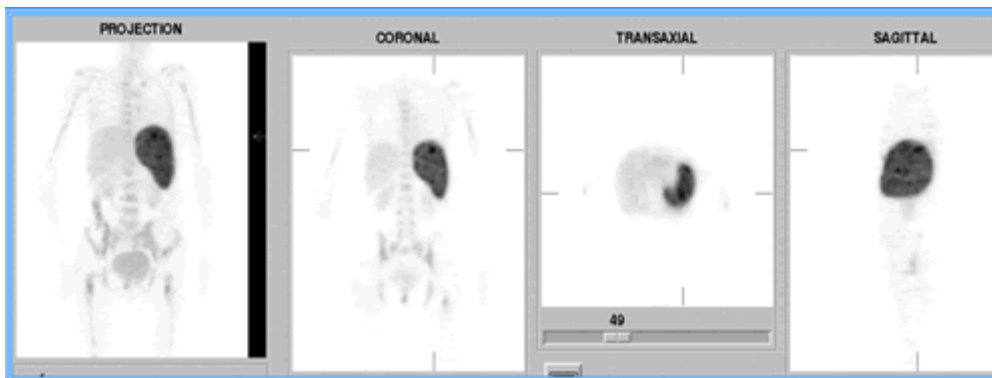
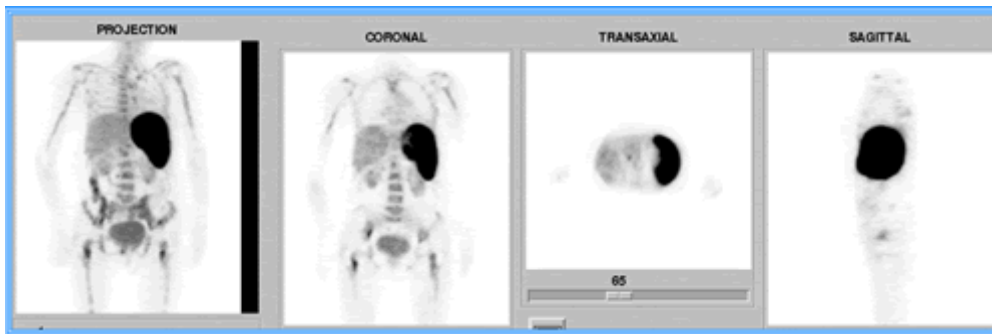
4.- PET

VERDADERO: 4.- PET

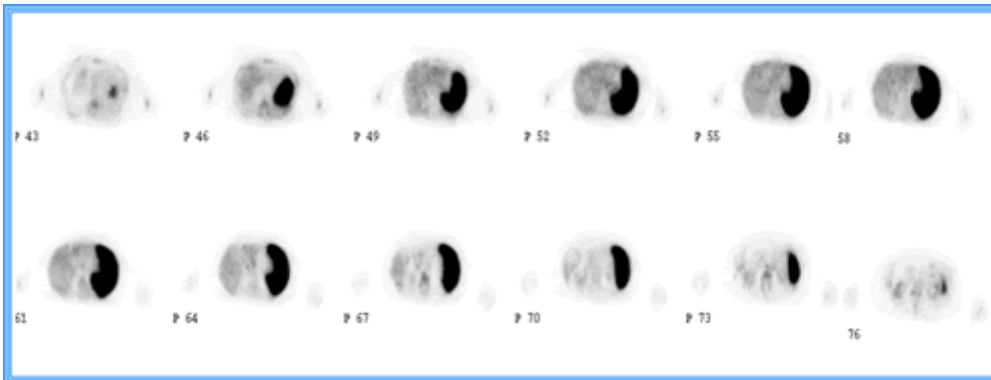
F-18-DG (12.5 mCi). Myolastán, Furosemida e hidratación.

Glucemia 84 mg/dl. PET corporal de ángulo mandibular a tercio superior de muslo

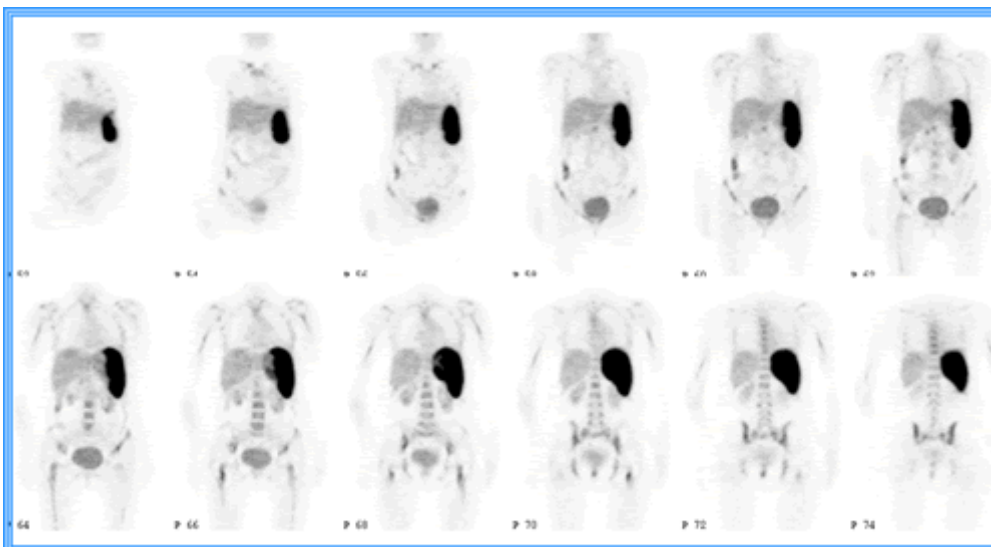
Emisión en 2D, transmisión, reconstrucción iterativa (2 It./8 Subsets).



PROYECCIONES TRANSAXIALES ABDOMEN SUPERIOR



PROYECCIONES CORONALES



¿RESULTADO DE LA PET?

- 1.- Masa mediastínica y Esplenomegalia probablemente tumorales
- 2.- Esplenomegalia probablemente tumoral. Hipercaptación de FDG en médula ósea probablemente tumoral
- 3.- Gran tumor gástrico con probables metástasis óseas y esplenomegalia tumoral
- 4.- Tumoración en colon ascendente y Esplenomegalia.

VERDADERO: 2.- Esplenomegalia probablemente tumoral. Hipercaptación de FDG en médula ósea probablemente tumoral

RESULTADO DE LA PET: 2

Gran esplenomegalia de 18x17x12 cms y SUV de 11, sugestiva de malignidad. Gran elevación de la fijación de la FDG por toda la médula ósea, con intensidad irregular. (SUV de 2 a 3,5). Hay que descartar infiltración tumoral. Depósito de actividad en colon ascendente probablemente sin carácter patológico

PET. DIAGNÓSTICO PROBABLE:

- 1.- Leucemia mieloblástica
- 2.- Linfoma de Hodgkin con afectación esplénica y de médula ósea
- 3.- Linfoma esplénico No Hodgkin con afectación de médula ósea
- 4.- Síndrome de RIVAZAL: Hiperplasia mieloproliferativa de bazo y médula ósea

VERDADERO: 3.- Linfoma esplénico No Hodgkin con afectación de médula ósea

SE REALIZA ASPIRADO Y BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA A NIVEL DE LA CRESTA ILÍACA IZQUIERDA PRACTICANDO CITOMETRÍA HISTOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR.

Anatomía patológica:

Infiltración submasiva de Médula Osea por Linfoma B de células grandes.

Estudio Histoquímico:

CD-30: Negativo.

CD-20 (PAN-B): Positividad difusa e intensa en células neoplásicas.

CD-3 (PAN-T): Positividad dispersa periférica en la neoplasia.

CD-5: Inmunorreacción similar a la anterior.

Ki-67: Índice proliferativo alto (superior al 70%).

Inmunotipo de linfoma B

LINFOMA NO HODGKIN B DE CÉLULAS GRANDES ESTADIO IV CON INFILTRACIÓN DIFUSA DE MÉDULA OSEA.

SE INSTAURA TRATAMIENTO:

Fase de inducción:

3 ciclos de Quimioterapia: CHOP + Rituzimab.

Ciclofosfamida + adriamicina + vincristina + prednisona

Evaluación de la respuesta

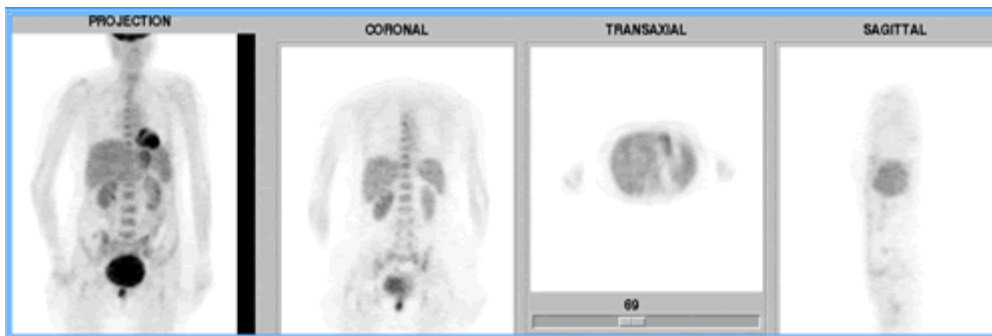
EVALUACION DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

¿Que exploraciones indicaría?

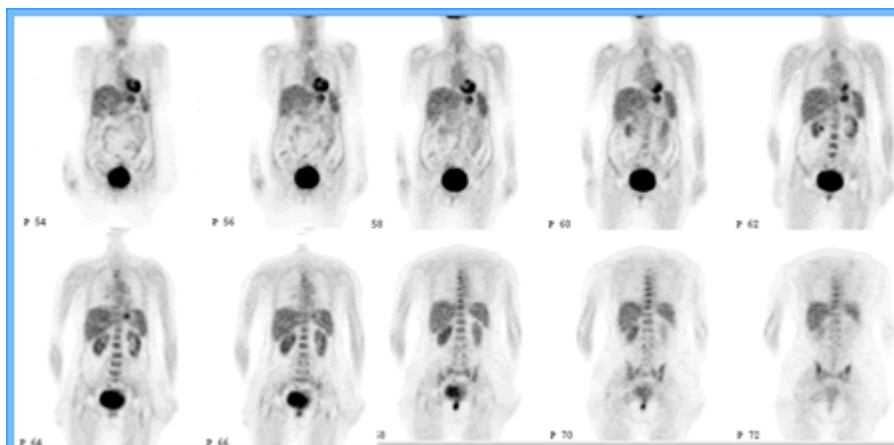
- 1.- PET y biopsia de Médula Osea
- 2.- Biopsia de Médula Osea
- 3.- TAC Tórax y Abdomen
- 4.- Tac Tórax y Abdomen y biopsia de Médula Osea

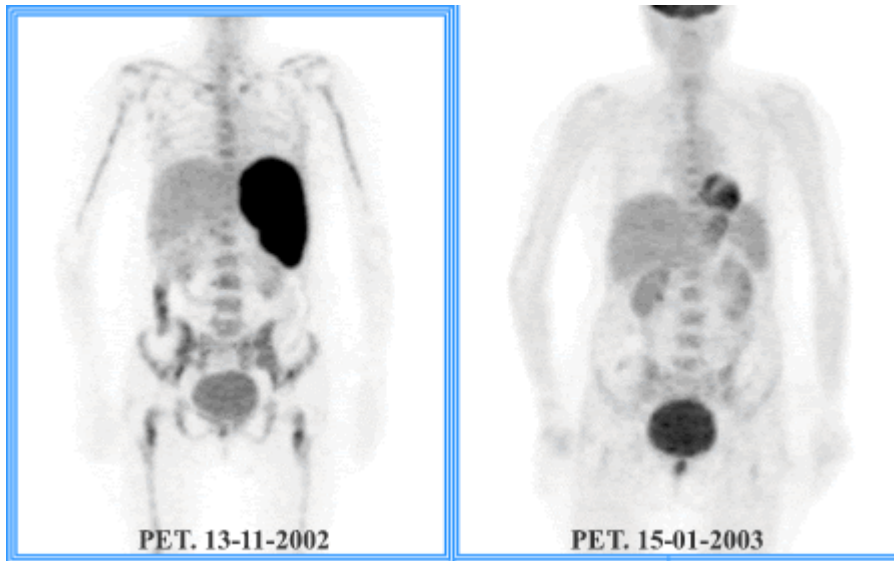
VERDADERO: 1.- PET y biopsia de Médula Osea

Myolastán, Furosemda e hidratación. Glucemia 84 mg/dl. PET cuerpo de ángulo mandibular a tercio superior de muslo (85 cms). Emisión en 2D, transmisión, reconstrucción iterativa (2 It./8 Subsets).



PROYECCIONES CORONALES





EVALUACION DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

¿Como considera la respuesta al tratamiento a la vista de la PET?

- 1.- No hay respuesta positiva
- 2.- Probable remisión completa. Debe valorarse el resultado de la biopsia de médula ósea
- 3.- Remisión completa. No es necesaria la biopsia de médula ósea
- 4.- El PET no es un método adecuado para la evaluación de la respuesta al tratamiento en el LNH

VERDADERO: 2.- Probable remisión completa. Debe valorarse el resultado de la biopsia de médula ósea

ESPLENOMEGALIA LNH.

EVALUACION DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

21-01-03:

Situación clínica normal

Bioquímica normal

Punción aspirado y biopsia de médula ósea normal

PET normal.

PACIENTE EN REMISIÓN COMPLETA APARENTE:

Orientación actitud diagnóstica:

Punción aspirado de M.O.(dirigida por la PET), permite el diagnóstico definitivo.

Linfoma B de células grandes.

Estadificación inicial:

Extraganglionar, Estadio IV: Bazo y Médula Osea.

Respuesta al tratamiento y pronóstico:

Remisión completa en la fase de inducción del tratamiento, sugiere buen pronóstico.

Valoración de la actitud terapéutica a seguir:

Conservación del bazo. Plantear TAMO.

Seguimiento y reestadificación:

Al finalizar la respuesta a la QT en la fase de consolidación

LOS QUE LO HAYAN ACERTADO TODO PUEDEN PASAR A COBRAR POR LA SECRETARÍA

LOS QUE SEPAN LO QUE ES EL SINDROME DE RIVAZAL PUEDEN ACOMPAÑAR A LOS QUE NO HAYAN ACERTADO NADA Y SOLICITAR EL CAMBIO DE PROFESION

MUCHAS GRACIAS A TODOS