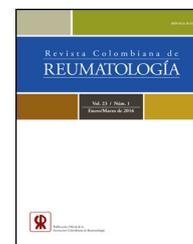




Asociación
Colombiana de
Reumatología

Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Anemia hemolítica secundaria a timoma sin miastenia gravis como síndrome paratímico: presentación de un caso

Camilo Hurtado Amézquita^{a,*}, Hugo Alberto Páez Ardila^{a,b}, Lorena Pabón Duarte^{a,b}
y Paola C. Tiusabá Rojas^{a,b}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Mayor Méderi, Bogotá, Colombia

^b Medicina Interna, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de diciembre de 2015

Aceptado el 15 de marzo de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Timoma

Anemia hemolítica

Autoinmunidad

Keywords:

Thymoma

Haemolytic anaemia

Autoimmunity

R E S U M E N

Describimos el caso de un paciente masculino de 41 años que cursa con cuadro clínico de dolor torácico, astenia y adinamia, con estudios imagenológicos que evidencian masa en mediastino anterior que corresponde a timoma, de acuerdo con el reporte de patología. Además cursa con anemia hemolítica e hipotiroidismo autoinmune, sin miastenia gravis asociada.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. a nombre de Asociación Colombiana de Reumatología.

Haemolytic anemia secondary to thymoma without myasthenia gravis as parathymic syndrome: A case report

A B S T R A C T

The case is presented of a 41 year-old male patient with chest pain, asthenia and adynamia. The imaging studies showed a mass in the anterior mediastinum, which according to the pathology report, was a thymoma. Also, the patient also had haemolytic anaemia and autoimmune hypothyroidism, and with no associated myasthenia gravis.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Reumatología.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: camilohurtado88@gmail.com (C. Hurtado Amézquita).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.03.001>

0121-8123/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. a nombre de Asociación Colombiana de Reumatología.

Introducción

El timoma es una neoplasia poco frecuente con una incidencia de 1 a 5 casos por cada millón de personas/año, se presenta en todas las edades, con un pico de incidencia entre los 55 y 65 años¹.

La aproximación diagnóstica inicial de timoma se realiza por medio de tomografía axial contrastada de tórax, sin embargo, la resección quirúrgica y el estudio patológico es la herramienta diagnóstica más importante y adicionalmente es el tratamiento de elección, sobre todo en los estadios III y IV. En el caso de tumor irreseccable se puede emplear quimioterapia coadyuvante con ciclofosfamida, doxorubicina y cisplatino¹.

Asociadas al cuadro neoplásico pueden coexistir otras entidades patológicas, las cuales se denominan síndrome paratímico, tales como miastenia gravis, aplasia medular, hipogammaglobulinemia, entre otras².

Como se evidencia en los reportes de caso y en los artículos de revisión de la literatura, la asociación entre el timoma, anemia hemolítica, hipotiroidismo autoinmune y lupus like es bastante infrecuente como síndrome paratímico, a diferencia de la asociación entre timoma y miastenia gravis que es la asociación entre este tumor y enfermedad autoinmune más común y mejor estudiada³⁻⁹.

La anemia hemolítica autoinmune se define como la destrucción de eritrocitos secundaria a la presencia de anticuerpos dirigidos contra antígenos de membrana eritrocitaria. Tiene una incidencia de 0,61 a 1,3 por cada 100.000 habitantes por año. La primera aproximación diagnóstica se realiza con hemograma con evidencia de descenso en las cifras de hemoglobina y hematocrito, que generalmente se caracteriza por ser una anemia de volúmenes corpusculares normales, elevación de deshidrogenasa láctica (asociada a mayor severidad de la hemólisis), descenso de haptoglobina, conteo de reticulocitos elevados, presencia test de Coombs directo positivo (que indica etiología autoinmune de la anemia), presencia de anticuerpos calientes o fríos (inmumoglobulina G e inmumoglobulina M, respectivamente). Finalmente, el estudio se basa en la búsqueda de la etiología, causa primaria (idiopática) o secundaria (neoplasias, enfermedades del colágeno o farmacológicas)^{10,11}.

El hipotiroidismo autoinmune o tiroiditis de Hashimoto es una inflamación crónica de la glándula tiroides asociada a un componente autoinmune, siendo la enfermedad autoinmune más frecuente. Los anticuerpos antiperoxidasa son el mejor marcador serológico para el diagnóstico, encontrándose positivo en el 95% de los pacientes, mientras que los anticuerpos antitiroglobulina presentan menor sensibilidad (60-80%) y especificidad que los mencionados anteriormente¹².

El lupus like o imitadores del lupus se refieren a un grupo de entidades con características clínicas y paraclínicas, incluyendo el perfil de autoanticuerpos, semejantes a los descritos en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)¹³.

A continuación se presenta el reporte de caso de un paciente con timoma, anemia hemolítica, hipotiroidismo autoinmune y lupus like como síndrome paratímico, con resolución de la anemia hemolítica y negatividad de anticuerpos

antinucleares (ANA) posterior a la resección quirúrgica de la neoplasia a nivel mediastinal.

Presentación de caso

Paciente masculino de 41 años, quien consultó por cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en dolor epigástrico tipo picada, asociado a astenia y adinamia, sin fiebre, ni otra sintomatología. Tiene antecedente de hipotiroidismo de difícil manejo en suplencia hormonal y antecedente familiar de LES y artritis reumatoide. Al examen físico el paciente se encontraba taquicárdico, con palidez mucocutánea. El resto del examen físico no presentó hallazgos relevantes.

Durante la hospitalización el hemograma inicial muestra bicitopenia (leucocitos 2.660 cel/mm³, hemoglobina 7,1 g/dl, VCM 97,7 fl), perfil hepático con hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta (bilirrubina total: 2,5 mg/dl, bilirrubina indirecta 1,54 mg/dl), test de Coombs positivo, con conteo corregido de reticulocitos elevado (19,43%) y lactato deshidrogenasa elevada 352 UI/l; por lo que se considera cuadro de anemia hemolítica autoinmune, requiriendo dosis de esteroide sistémico. Adicionalmente, la radiografía de tórax (fig. 1) evidencia ensanchamiento mediastinal, por lo cual se solicita TAC de tórax (fig. 2) con hallazgo de masa en el ángulo cardiopulmonar derecho, sólida, de contornos lisos que sugiere infiltración de pericardio y diámetros mayores de 70 x 64 mm, compatible con timoma, sin poder descartar linfoma. Dado el hallazgo de bicitopenia y masa que podrían corresponder a linfoma, se realiza aspirado de médula ósea que es informado como hiperplasia eritroide con cambio megaloblástico y estudio negativo para infiltración neoplásica.

Se decide, posteriormente, realizar biopsia trucut de la masa mediastinal que documenta células ovoides entremezcladas con linfocitos pequeños, con estudios de inmunohistoquímica positivas para CKAE1AE3, con población linfocítica de

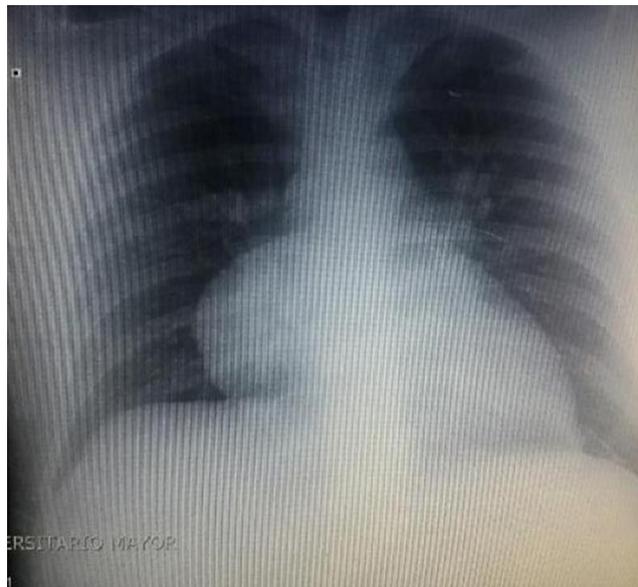


Figura 1 – Radiografía de tórax.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385343>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385343>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)