

Antoni	Nombre:
Boscà Ramon	Apellido:
Nerses Nersesyan, Rosa Dosda, Marcelo Rengel, Eder Douze, Lautaro Felipe Meneses Vega.	Otros Autores:
antonibosca@gmail.com	E-mail:
H.Clínico Universitario de Valencia	Hospital:
Valencia	Ciudad:
Complicación no infecciosa en paciente con neoplasia hematológica: Leucostasis	Título:
Mujer de 23 años que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución con disnea, tos, expectoración verdosa, fiebre de 39°C, astenia y fatigabilidad. Durante su estancia en urgencias la paciente presenta deterioro neurológico y episodio de crisis tonicoclónica. En analítica sanguínea destaca hiperleucocitosis de $131,60 \times 10^9/L$, y plaquetopenia $47 \times 10^9/L$.	Presentación:
<p>Se realiza TC torácico (a), observando múltiples áreas de consolidación en ambos hemitórax, junto con afectación intersticial, evidenciando engrosamiento de intersticio peribroncovascular y prominencia de arterias pulmonares periféricas.</p> <p>Ante la clínica neurológica se realiza TC craneal sin contraste (b), observando focos de hemorragia parenquimatosa en ambos hemisferios. Sistema ventricular de tamaño normal, sin evidenciar desviación de línea media.</p> <p>Días más tarde la paciente permanece en coma vigil, se solicita RM cerebral (c), se muestran en secuencia T2 gradiente múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos bilaterales, con cierto componente de edema perilesional.</p> <p>Los hallazgos descritos son altamente sugestivos de leucostasis con presencia consolidaciones pulmonares debidas a daño alveolar y hemorragia por plaquetopenia.</p> <p>La leucostasis se caracteriza por la acumulación de células leucémicas en vasos sanguíneos de pequeño calibre, especialmente en el pulmón, corazón, cerebro y testículos. En la práctica el diagnóstico es empírico y se realiza por la presencia de signos y síntomas pulmonares como hipoxemia y disnea con taquipnea y manifestaciones neurológicas tales como cefalea, somnolencia, ataxia y cambios visuales.</p> <p>La incidencia de leucostasis es mayor en la leucemia mieloide aguda que en la leucemia linfoide.</p> <p>A la paciente se le realizó un aspirado de médula ósea que resultó diagnóstico de Leucemia aguda mieloide M5 o Monocítica.</p>	Discusión :
La leucostasis en ocasiones es difícil de diagnosticar debido a su sintomatología inespecífica. En pacientes con hiperleucocitosis (definida como un recuento de leucocitos $>100 \times 10^9/L$) es una complicación frecuente y peligrosa que debemos descartar.	Conclusión:
<p>Moon H, Jung I. Acute Pulmonary Complications in Patients with Hematologic Malignancies RadioGraphics Oct 2014, Vol. 34: 1755–1768.</p> <p>Singh H, Prasad BN, Jagdish, Batra A. Hyperleukocytosis associated pulmonary leukostasis in acute leukaemia. J Assoc Physicians India 2006; 54: 405-7.</p> <p>Porcu P, Cripe LD, Ng EW, Bhatia S, Danielson CM, Orazi A, et al. Hyperleukocytic leukemias and leukostasis: A review of pathophysiology, clinical presentation and</p>	Bibliografía:

management. Leuk Lymphoma 2000; 39: 1-18.	
<p>(a) Cortes axiales de TC torácico en ventana de pulmón. Engrosamiento de intersticio peribroncovascular (punta de flecha). Prominencia de arterias pulmonares periféricas (Flecha rellena). Áreas de consolidación en ambos hemitórax (Flecha vacía). (b) Cortes axiales de TC craneal sin contraste. Hemorragia parenquimatosa en ambos hemisferios. (c) Cortes axiales en secuencia T2 gradiente de RM cerebral. múltiples focos hemorrágicos intraparenquimatosos bilaterales. Hallazgos altamente sugestivos de leucostasis.</p>	Pie de foto: