

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **INFORME DE CASO**

### **SARCOMA GRANULOCÍTICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE.**

Por:

Dr. Víctor H. Cortés Rodríguez<sup>1</sup> y Dr. Manuel A. Arce González<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Hematología y de I Grado en MGI.
2. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. ISCM-VC.

***Descriptores DeCS:***

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO  
SARCOMA

***Subject headings:***

HYPEREOSINOPHILIC SYNDROME  
SARCOMA

Señor Editor:

El término sarcoma granulocítico (SG) fue introducido por Rappaport en 1966, aunque fue descrito por Burns(1811); denominado cloroma por King (1853), fue asociado a las leucemias agudas no linfoblásticas (LANL) en 1893 por Dock; es una forma tumoral rara, localizada de manera preferente a nivel de periostio, partes blandas, huesos, ganglios linfáticos o la piel. La órbita y los senos paranasales son los sitios comúnmente informados, aunque cualquier órgano o sistema puede estar afectado: tracto gastrointestinal, genitourinario, mamas, cérvix, glándulas salivales, mediastino, pleura, peritoneo y vías biliares<sup>1</sup>.

Cuatro condiciones pueden estar asociadas a la presencia de un SG: a) Una forma primaria extramedular, en ausencia de LANL, síndrome mielodisplásico (SMD) o síndrome mieloproliferativo crónico (SMPC); para ello, el diagnóstico de LANL no debe realizarse en un intervalo de tiempo inferior a 30 días. b) El SG se puede presentar concomitando con el diagnóstico de LANL o que ésta se diagnostique con un intervalo inferior a 30 días; c) además, como recidiva aislada en el curso de una LANL en remisión medular y, por último, d) en el curso clínico de una LANL no controlada o recidivante<sup>3,4</sup>.

En la actualidad, el diagnóstico de SG se realiza predominantemente en relación con las LANL; su incidencia en adultos es alrededor de un 5%, inferior a la de los niños, en los que se presenta en un 13 %, y se asocia mayoritariamente a las variantes M-2, M-4 y M-5, por lo que no significa un factor de mal pronóstico<sup>3,5</sup>.

El síndrome hipereosinofílico (SHE) es un desorden leucoproliferativo caracterizado por una sobreproducción de eosinófilos, en el cual existe una marcada preferencia para dañar órganos específicos; es más común en hombres que en mujeres (9:1), y ocurre entre los 20-50 años; de ahí que sea una enfermedad heterogénea con manifestaciones variadas<sup>6</sup>.

#### Presentación de paciente:

Presentamos a un paciente de sexo masculino, blanco, de 45 años, con antecedentes de salud, el cual comenzó con un cuadro doloroso abdominal acompañado de manifestaciones generales; se valora por el servicio de cirugía, donde se le comprobó una masa tumoral abdominal, dolorosa a la palpación, poco movable, localizada a nivel de mesogastrio; se le realiza un estudio endoscópico y se dictamina como posibilidad diagnóstica una gastritis eritematosa hipertrófica versus un estómago infiltrativo. En el estudio laparoscópico se describe un proceso expansivo retroperitoneal, del cual se realiza una toma de muestra por laparotomía exploradora, y se informa como un sarcoma granulocítico eosinófilo; se le realizó un estudio por Hematología, y se halló en sangre periférica una leucocitosis moderada de  $24,5 \times 10^9/L$ , con una eosinofilia severa de  $17150 \times \text{mm}^3$ . En el medulograma y biopsia de médula ósea se corroboró la existencia de un síndrome hipereosinofílico primario. Este diagnóstico está sustentado por las características morfológicas de los eosinófilos demostradas en el aspirado medular, las cuales están dadas por alteraciones estructurales (granulaciones mixtas, vacuolización intensa, alteraciones nucleares), además de cambios dishemopoyéticos, lo que no se demuestra en el SHE secundario.

Se comunica este caso por tratarse del primero en nuestra provincia, donde un sarcoma granulocítico concomita con un síndrome hipereosinofílico primario, lo que constituye la presentación de este paciente. Estas entidades tienen una baja incidencia en la práctica hematológica.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Welch P. Granulocytic sarcoma with an indolent course and destructive skeletal disease. Tumor characterization immunologic markers, electron microscopy, cytochemistry and cytogenetic studies. *Cáncer* 1986;57:1003.
2. Rey Valdivia N, Reyna Gómez G, de Cárdenas Centeno OM, Sánchez Noda E. Sarcoma granulocítico del tercio distal del fémur. Presentación de un caso inusual. *Rev Cubana Ortop Traumatol [revista electrónica]* 1999 [consultado 15/05/2004]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol13\\_1-2\\_1999/ort231-299.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/vol13_1-2_1999/ort231-299.htm)
3. Greer JP, Baer MR, Kinney MC. Acute myelogenous leukemia. In: Lee GR, Bithel TC, Focroster J, Athens JW, Lukens JN. *Wintrobe's clinical haematology*. 10 ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1998; p. 2033-55.
4. Aster J, Kumar V. Leucocitos, ganglios linfáticos, bazo y timo. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. *Robbins patología estructural y funcional*. 6 ed. España: Mc Graw-Hill, 2000; p. 675-726.
5. Arrowsmith E, Greer JP, Macon WR. Complications of hematopoietic neoplasms. In: Lee GR, Bithel TC, Focroster J, Athens JW, Lukens JN, Wintrobe's. *Clinical haematology*. 10 ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1998; p. 2279-2304.
6. Waller PF. Idiopathic hypereosinophilic syndrome. *Blood* 1994; 83(10):2759-70.