

Leucemia de células dendríticas plasmocitoides - estudio y diagnóstico de un caso

Leucemia de células dendríticas plasmocitoides - estudio y diagnóstico de un caso

Faicán Rocano Pedro Fernando  ¹, Dután Pérez Ibelice Salomé ², González González Camila Raquel ³, Matute Aguiar Joselyn Nayeli ⁴, Rodríguez Verdugo Alejandra Valentina ⁵

¹ Docente Investigador; pedro.faican@ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador.

² Estudiante; ibelice.dutan.44@est.ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador.

³ Estudiante; camila.gonzalez.66@est.ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador.

⁴ Estudiante; joselyn.matute.44@est.ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador.

⁵ Estudiante; alejandra.rodriguez.60@est.ucacue.edu.ec. Azogues, Ecuador.



DOI: <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v3.n2.a90>

Cómo citar:

Faicán Rocano, P. . F., Dután Pérez, I. S. ., González González, C. R. ., Rodríguez Verdugo, A. V. ., & Matute Aguiar, J. N. . (2025). Leucemia de células dendríticas plasmocitoides - estudio y diagnóstico de un caso. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 3(2), 32-49. <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v3.n2.a90>



Información del artículo:

Recibido: 05-12-2024

Aceptado: 21-02-2025

Publicado: 01-07-2025

Nota del editor:

REDLIC se mantiene neutral con respecto a reclamos jurisdiccionales en mensajes publicados y afiliaciones institucionales.

Editorial:

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC) www.editorialredlic.com

Fuentes de financiamiento:

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés:

No presentan conflicto de intereses.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra

Resumen

La leucemia de células dendríticas plasmocitoides (pDCL) es una forma rara y agresiva de cáncer que afecta la piel y los ganglios linfáticos y puede extenderse a la médula ósea. Desde 2016 la OMS la reconoce como una entidad independiente, con una expectativa de vida media de 12 a 16 meses. Aunque a veces se relaciona con los virus Epstein-Barr y VIH, su causa exacta sigue siendo desconocida. Genéticamente se caracteriza por deleciones en los cromosomas 4, 9 y 13, y la sobreextensión de oncogenes.

El caso clínico describe a un hombre de 49 años con diabetes mellitus tipo 2 que presentó síntomas de leucopenia, neutropenia y plaquetopenia. Inicialmente se sospechó de agranulocitosis, pero las pruebas confirmaron leucemia de células dendríticas plasmocitoides y su progresión.

Palabras clave: leucemia, células, dendríticas, mieloide aguda, neoplasia maligna.

Abstract

Plasmacytoid dendritic cell leukemia (pDCL) is a rare and aggressive neoplasm that affects the skin, lymph nodes, and may spread to the bone marrow. Recognized by the WHO as a distinct entity since 2016, it has a median survival of 12 to 16 months. Although sometimes associated with Epstein-Barr virus and HIV, its exact etiology remains uncertain. Genetic characteristics include deletions in chromosomes 4, 9, and 13, and overexpression of oncogenes.

The case study describes a 49-year-old patient with a history of type 2 diabetes mellitus who presented with symptoms of leukopenia, neutropenia, and thrombocytopenia. Agranulocytosis was initially suspected, but subsequent tests confirmed plasmacytoid dendritic cell leukemia and its progression.

Keywords: Leukemia, cells, dendritic, acute myeloid, malignant neoplasm

1. Introducción

La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides (NBCDP) es una enfermedad maligna cuyo precursor es la célula dendrítica plasmocitoide (CDp). Se caracteriza por afectar la piel y los ganglios linfáticos, aunque puede evolucionar a una forma diseminada e infiltrar la médula ósea. Inicialmente clasificada como una leucemia mieloide aguda (LMA), la OMS la reconoció como una entidad independiente en 2016. Esta neoplasia se distingue por su comportamiento agresivo, rápida diseminación sistémica y una supervivencia media de 12 a 16 meses. Su incidencia es baja, representando menos del 1% de las neoplasias malignas, y siendo más común en hombres que mujeres, con una relación de 3:1, predominando en la sexta década de vida; sin embargo, existen estudios de casos en pacientes menores de 40 años (1,2).

La etiología de la NBCDP no está bien definida. Aunque se ha asociado al virus de Epstein Barr (VEB) y al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los estudios no han establecido una correlación clara. A nivel molecular, esta neoplasia presenta deleciones en los cromosomas 4 (4q34), 9 (9p13-p11 y 9q12-q34) y 13 (13q12-q31), que contienen varios genes supresores de tumores con baja expresión de Rb1 y LATS2, además de niveles altos de oncogenes (HES, RUNX2, FTL3) sin asociación con amplificación (2).

El cuadro clínico típico de la NBCDP incluye lesiones en la piel, linfadenopatías y organomegalias, concordante con lo descrito en el presente reporte. Las lesiones cutáneas son variables en tamaño, forma y color, y pueden presentarse como tumores, nódulos y placas, afectando generalmente la cara, el tronco y las extremidades (2,3).

Dado que la NBCDP comparte varias características clínicas y diagnósticas comunes con las leucemias agudas y los linfomas de células T agresivos, el diagnóstico diferencial es un desafío y requiere un estudio exhaustivo, en particular la detección del inmunofenotipo definitorio es esencial (3).

El diagnóstico requiere un análisis inmunofenotípico extendido debido a la superposición con otras neoplasias, además de correlación clínica e

histopatológica. No existe un tratamiento estandarizado; sin embargo, se han observado mejores desenlaces en pacientes tratados con un esquema similar al de leucemia linfocítica aguda y consolidación con trasplante alogénico (4).

2. Caso clínico

Un hombre de 49 años, chofer, casado, originario de Azogues y residente en Cuenca, con educación secundaria, presentó antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 tratada con metformina y dos episodios de COVID-19. También tenía antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 en sus padres y hermanos. Consultó inicialmente por dolor lumbar asociado a “colitis” e intolerancia a lácteos y cítricos. Estos síntomas persistieron, lo que lo llevó a buscar atención médica debido al dolor lumbar persistente e intolerancia alimentaria, lo que motivó la realización de exámenes complementarios.

Durante la consulta, sus signos vitales eran: temperatura de 36 grados centígrados, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, tensión arterial de 120/76 mmHg, saturación de oxígeno del 88% y glucemia capilar de 444 mg/dl. El examen físico mostró una apariencia general mala y edema en la extremidad inferior derecha con presencia de petequias.

Los análisis iniciales de sangre revelaron leucopenia, neutropenia y plaquetopenia, mientras que las imágenes parecían normales. Inicialmente se sospechó agranulocitosis, pero la neutropenia persistió y se volvió severa, lo que llevó a realizar un aspirado y biopsia de médula ósea (medulograma e inmunofenotipo). Los resultados preliminares mostraron un 48% de blastos mieloides, sugiriendo una posible leucemia aguda. Tras repetir las pruebas, se confirmó el diagnóstico de leucemia mieloblástica aguda y se indicó iniciar quimioterapia, administrando pegfilgrastim (6 mg subcutáneo).

La evolución del paciente no fue favorable, presentando petequias en las extremidades inferiores y fiebre intermitente, lo que sugería una infección. Los análisis de sangre mostraron leucocitosis de 81.050 y hemoglobi-

na de 8.1 mg/dl. Una tomografía abdominal reveló una colección abdominal con obstrucción intestinal alta, por lo que se realizó una colectomía total con ileostomía. La evolución continuó siendo desfavorable, desarrollando un cuadro de choque séptico e hipovolémico con insuficiencia renal aguda, y el paciente falleció cuatro meses después del diagnóstico.

3. Análisis

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son enfermedades clonales de la médula ósea caracterizadas por una hematopoyesis ineficaz, que se presenta como displasia morfológica de los elementos hematopoyéticos y citopenias periféricas, con un alto riesgo de progresar a leucemia aguda en el futuro (5).

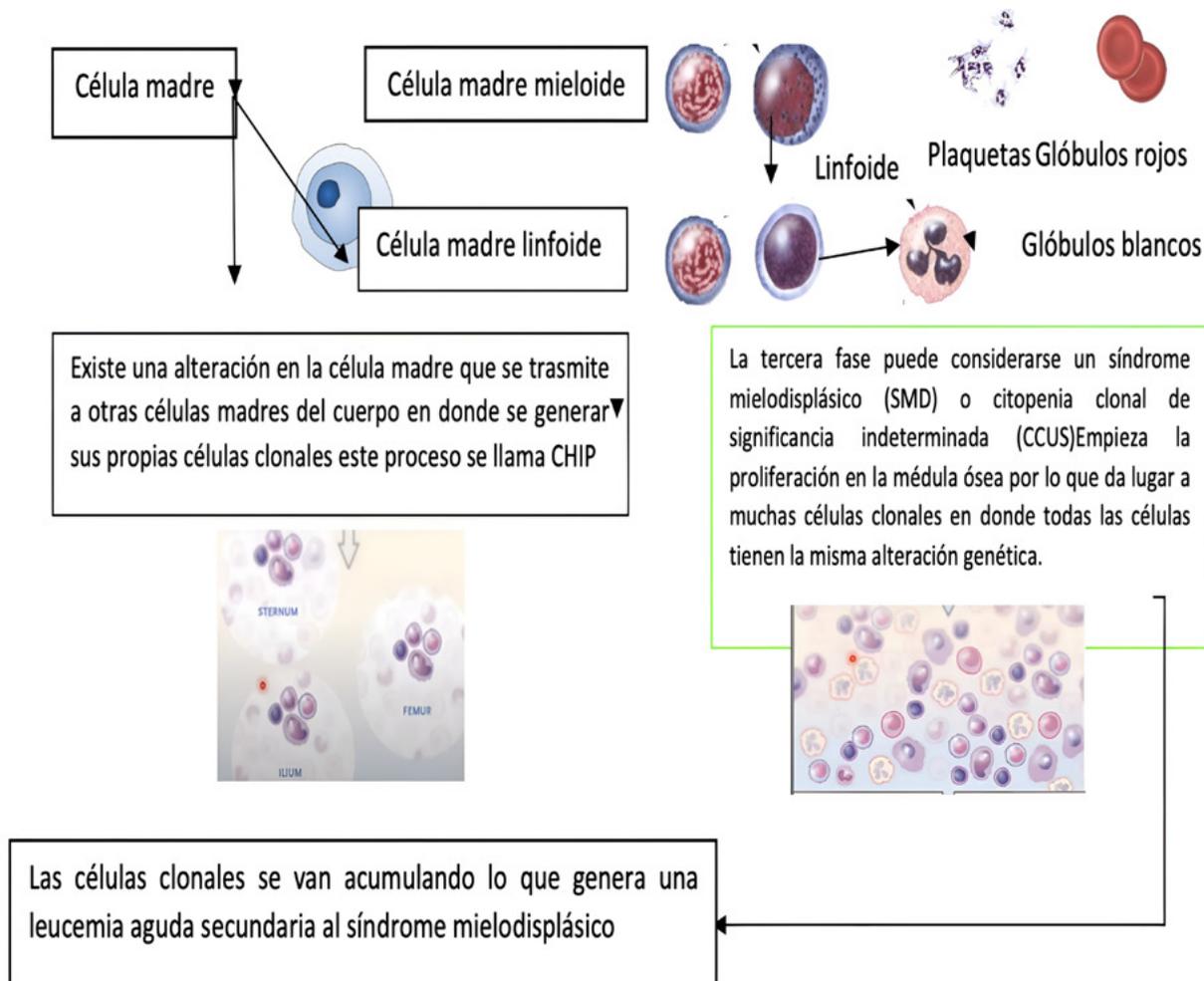
Esta patología es más común en pacientes que han recibido quimioterapia, radioterapia o ambos tratamientos. En algunos casos, los pacientes son asintomáticos y el diagnóstico se realiza mediante un hemograma o un estudio de médula ósea, donde pueden encontrarse anemia, trombocitopenia, pancitopenia y neutropenia (5).

La mayoría de los pacientes presentan signos y síntomas relacionados con las citopenias, como palidez, epistaxis, hematoquecia, hematuria, hematomas y petequias (6).

Un grupo de trastornos de células madre hematopoyéticas clonales, los síndromes mielodisplásicos, se caracterizan por la presencia de múltiples mutaciones de células madre hematopoyéticas, con mayor frecuencia en genes involucrados en el empalme del RNA (7,8).

El siguiente gráfico describe la progresión de trastornos en las células madre hematopoyéticas, enfocándose en los síndromes mielodisplásicos y su evolución a leucemias. A continuación, se detalla su contenido:

Gráfico 1



Fisiopatología de la leucemia. Elaborado por: Dután I, González C, Matute N, Rodríguez A.

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) según sus características morfológicas y genéticas. Incluye subtipos como con displasia de una o varias líneas celulares, con sideroblastos en anillo, deleción aislada del cromosoma 5 y anemia refractaria con exceso de blastos (tipos I y II). También se describen variantes inclasificables y aquellos con características mieloproliferativas, como la leucemia mielomonocítica crónica. Esta clasificación permite establecer el diagnóstico y determinar el pronóstico en pacientes con SMD, como se muestra a continuación:

Tabla 1: Clasificación del síndrome mielodisplásico

TIPO DE SMD
SMD con displasia de una sola línea
SMD con displasia de una multilínea
SMD con sideroblastos en anillo
<ul style="list-style-type: none"> • Con displasia de una sola línea • Con displasia multilínea
SMD con deleción aislada del cromosoma 5
Anemia refractaria con exceso de blasto
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo I • Tipo II
SMD inclasificables
Síndrome mielodisplásico/ mieloproliferativo
Leucemia mielomonocítica crónica
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo O • Tipo I • Tipo II

Elaborado por: Dután I, González C, Matute N, Rodríguez A

4. Discusión

Entre los principales diagnósticos diferenciales están, la leucemia mieloide aguda (LMA) aguda con diferenciación monocítica, la leucemia mielomonocítica crónica, el linfoma de células T/NK extraganglionar de tipo nasal, el linfoma de células T paniculítico (9).

Para diferenciar entre una **leucemia mieloide aguda (LMA)** y la leucemia de células dendríticas plasmocitoides (pDCL) se necesita evaluar las características clínicas, inmunofenotípicas, morfológicas, y genéticas. En cuanto a la clínica, tanto la LMA como la pDCL presentan síntomas parecidos,

entre los que podemos tener; fiebre, fatiga, caquexia y citopenias, que pueden deberse a la infiltración de la médula ósea por células malignas. La pDCL generalmente se encuentra asociada con lesiones cutáneas, hepatomegalia, y linfadenopatía (10).

En cuanto a la morfología, las células en la leucemia mieloide aguda tienen los cuerpos de Auer, mientras que, las células de pDCL carecen de ellas. En la LMA, las células leucémicas nos muestran marcadores mieloides como CD13, CD33, CD117, y MPO (mieloperoxidasa). En cambio, la pDCL muestra un perfil inmunofenotípico con expresión de CD4, CD56, CD123, y ciertos marcadores específicos BDCA-2 y TCL1 (10,11).

El **linfoma de células T/NK extraganglionar de tipo nasal** se presenta sobre todo en la región nasal y las áreas de su alrededor, pero también puede llegar a afectar otras partes del cuerpo. Se relaciona con la infección por el virus de Epstein-Barr (EBV). En su histología, tiene un patrón angiocéntrico y angioinvasivo con una amplia zona de necrosis. La leucemia de células dendríticas plasmocitoides se puede presentar con síntomas sistémicos y afectación cutánea, y no suele limitarse a una región específica como la nasal. La clínica que presente el paciente también es útil, ya que el linfoma de células T/NK se caracteriza por presentar síntomas nasales y masas obstructivas, mientras que la leucemia de células dendríticas no muestra este patrón (12).

Para diferenciar entre un linfoma de células T paniculítico (LPCTL) y una (pDCL) hay que hacer una compleja evaluación en cuanto a su presentación clínica y algunas características morfológicas (13).

El LPCTL se presenta con lesiones cutáneas subcutáneas que se parecen a una panniculitis, misma que afecta sobre todo a las extremidades. Histológicamente, tiene un infiltrado de linfocitos atípicos en el tejido subcutáneo, con necrosis de adipocitos y formación de citoesqueletos. Los linfocitos en LPCTL muestran marcadores de células T como CD3, CD4 o CD8, y una pérdida de marcadores encontrados en células T normales. Además, pueden expresar citotoxicidad, que se evidencia por la expresión de granzima B, perforina y TIA-1 (14).

La neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides BPDCN es una entidad rara, caracterizada por la proliferación maligna de una célula dendrítica plasmocitoide blástica. Se desconoce la real incidencia de esta patología por lo infrecuente que es, y por lo difícil de su diagnóstico (2).

En la mayoría de los pacientes se presenta con placas o nódulos cutáneos de tamaño, forma y color variables que afectan principalmente a extremidades, tronco y cara; progresando a un compromiso de la médula ósea (90%). La afectación extracutánea es común, e incluye los ganglios linfáticos regionales (40%-50%), esplenomegalia (44%) y hepatomegalia (42%) (15).

En este caso particular de estudio el paciente acudió a consulta por colitis, al realizar el examen físico se evidenciaron múltiples manchas de color morado ubicadas en tronco y extremidades inferiores; al realizar un hemograma se encontró la presencia de citopenias severas con marcada disminución de la inmunidad celular e inmunológica, por lo que fue derivado a hematología en donde le realizan un PAMO confirmando la patología.

Pemmaraju et al. (14), en su investigación enfatiza la naturaleza heterogénea de la enfermedad, en donde los pacientes pueden presentarse inicialmente con lesiones cutáneas, seguidas por la progresión a una enfermedad sistémica, además, Sánchez E (18), en su análisis de caso concuerda con los demás autores acerca de la presencia de manifestaciones cutáneas como signo inicial de esta neoplasia como lo fue en el paciente de nuestro estudio.

Sin embargo, Pemmaraju et al. (14), contrasta lo antes mencionado indicando que, en un grupo significativo de pacientes, las lesiones cutáneas pueden estar ausentes o ser mínimas, lo que complica el diagnóstico inicial y retrasa la intervención terapéutica. Este aspecto subraya la importancia de una alta sospecha clínica y la necesidad de estudios inmunofenotípicos exhaustivos en cualquier caso de citopenia inexplicable o de síntomas sistémicos que podrían asociarse con BPDCN (14).

Flores-Angulo et al (1), destacan que el diagnóstico de BPDCN se basa en la identificación de marcadores inmunofenotípicos específicos, como CD123, CD4, y CD56, a través de citometría de flujo. Estos marcadores son críticos para diferenciar BPDCN de otras neoplasias hematológicas, dado

que las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas o compartidas con otras enfermedades. En su caso reportado, la combinación de estudios histológicos y de inmunofenotipificación fue clave para establecer el diagnóstico definitivo. Por otro lado, en el artículo de Avilés et al (2), se enfatiza la relevancia de un diagnóstico temprano para mejorar el pronóstico del paciente. Ellos subrayan que el diagnóstico suele ser difícil debido a la rareza de la enfermedad y la falta de familiaridad de muchos clínicos con BPDCN. Avilés et al (2), también mencionan que la confirmación del diagnóstico a menudo requiere la colaboración entre hematólogos, dermatólogos y patólogos, dado que BPDCN puede presentar características que afectan múltiples sistemas, algo que también fue necesario en el caso que estamos analizando.

Por su parte en el artículo de Martini M, Russo V, y Fabbri A (13), en *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità (Italia)* ofrece una profunda visión sobre la leucemia de células dendríticas plasmocitoides, enfocándose en los aspectos moleculares y biológicos de la enfermedad, a diferencia de otros estudios que tienden a centrarse en aspectos clínicos o reportes de casos específicos. Mientras que el artículo en italiano proporciona una perspectiva detallada sobre los mecanismos patogénicos de BPDCN y sus implicaciones para el diagnóstico y tratamiento, estudios en español como los de Flores-Angulo et al. y Avilés et al. presentan enfoques más prácticos centrados en casos clínicos y manejo en contextos locales debido al acceso limitado a recursos y tecnología.

En cuanto al tratamiento para Pemmaraju y Kantarjian (14), se centran más en innovaciones clínicas, como el uso de tagraxofusp y otros enfoques terapéuticos dirigidos que han demostrado eficacia en la práctica clínica. Estas investigaciones proporcionan información sobre cómo las terapias basadas en los últimos avances se aplican en el manejo real de BPDCN. Mientras que Martini et al (13), sienta las bases para futuras investigaciones y tratamientos potenciales al desentrañar los mecanismos moleculares proporcionando una visión detallada de los mismos; lo cual es crucial para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

Actualmente en Latinoamérica en Chile a pesar de que la NBCDP puede aparecer inicialmente como un tumor cutáneo localizado, podría considerarse de manera inicial un tratamiento agresivo incluyendo el trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas (TAloCPH); considerándose la mejor opción durante la primera remisión completa, aumentando la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad, sin recaídas dentro de los primeros 27 meses (2). En los estudios realizados por Avilés et al (2) el uso de HiperCVAD seguido de TAloCPH con una media de seguimiento de 14,6 meses. Al momento del estudio el primer paciente había fallecido con enfermedad, el segundo se encontraba en recaída documentada en piel y médula ósea y el tercero estaba vivo sin evidencia de enfermedad neoplásica demostrando que el tratamiento recibido no fue el óptimo para los pacientes (15).

5. Tratamiento

El tratamiento de la leucemia de células dendríticas, especialmente en casos de leucemia blástica de células dendríticas plasmocitoides (BPDCN), suele incluir: Quimioterapia de Alta Intensidad con esquemas Hyper-CVAD (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, y dexametasona), es fundamental para reducir rápidamente la carga de la enfermedad (16).

La Inmunoterapia Tagraxofusp-erzs (SL-401), agente dirigido contra CD123, ha sido aprobado para el tratamiento de BPDCN. Este agente se une al receptor CD123 y administra una toxina que mata las células cancerosas (17).

Otras alternativas de tratamiento incluyen Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas (TCMH), que busca reemplazar la médula ósea enferma con células madre hematopoyéticas sanas del donante, proporcionando una oportunidad para una cura potencial (18).

Hasta la actualidad en nuestro país no existe evidencia suficiente sobre cuál es el mejor tratamiento, debido a la falta de esquemas acerca del manejo de esta atípica neoplasia, sin embargo, se ha asegurado que la combinación de quimioterapia convencional basada sobre todo en el esquema Hyper-CVAD, conjuntamente con un adecuado monitoreo prolonga la sobrevida (19).

En cuanto al paciente de nuestro estudio fue tratado con dos ciclos de Pegfilgrastim con el objetivo de conseguir un efecto antineoplásico e inmunomodulador entre otros efectos, también fue programado para HiperCVAD el cual lo recibió hasta su deceso (20).

6. Conclusiones

La leucemia de células dendríticas plasmocitoides (pDCL) es una neoplasia hematológica rara y agresiva que presenta un reto significativo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. El estudio de caso descrito revela la complejidad de la enfermedad, destacando la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su manejo. El paciente, a pesar de recibir atención médica adecuada y un tratamiento agresivo, con quimioterapia, esquema HyperCVAD y el uso de pegfilgrastim, mostró una evolución clínica desfavorable, que culminó en complicaciones severas y un desenlace negativo. Este caso subraya la dificultad en el diagnóstico precoz y la necesidad urgente de tratamientos más efectivos y personalizados para mejorar el pronóstico de los pacientes con pDCL.

El enfoque diagnóstico en la leucemia de células dendríticas plasmocitoides debe ser exhaustivo y considerar un amplio espectro de pruebas inmunofenotípicas y genéticas para diferenciarla de otras neoplasias mieloides y linfomas. La falta de un tratamiento estandarizado y la limitada eficacia de los esquemas actuales destacan la necesidad de investigación continua. La incorporación de nuevas terapias dirigidas y la mejora en la comprensión de la biología de la enfermedad podrían ofrecer esperanzas para un mejor manejo y posibles avances en la supervivencia de los pacientes afectados por esta neoplasia extremadamente rara y desafiante.

7. Contribución de los autores

P.F: Recolección de datos, análisis de caso clínico

S.D: Revisión de la literatura

C.G: Análisis de resultados

A.R: Discusión y conclusiones

N.M: Revisión final del caso clínico

8. Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar en el estudio

Este caso clínico cuenta con el consentimiento informado firmado por el paciente, asegurando el cumplimiento de los principios éticos y el respeto a la confidencialidad y anonimato. Los autores asumen plena responsabilidad por el contenido presentado, eximiendo a los editores de la revista de cualquier responsabilidad derivada. Se garantiza el manejo ético de la información conforme a las normativas vigentes.

9. Referencia

- 1 Flores-Angulo C, Chona Z, Sánchez MA, Salazar M, Hennig H. Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides variante leucemia aguda: reporte de un caso. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2019 Jun 25 [cited 2024 Aug 3];36(2):353–3. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200027#:~:text=INTRODUCI%C3%93N-,La%20neoplasia%20bl%C3%A1stica%20de%20c%C3%A9lulas%20dendr%C3%ADticas%20plasmocitoides%20\(NBC-DP\)%20es%20una,la%20m%C3%A9dula%20%C3%B3sea%20\(1\)](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200027#:~:text=INTRODUCI%C3%93N-,La%20neoplasia%20bl%C3%A1stica%20de%20c%C3%A9lulas%20dendr%C3%ADticas%20plasmocitoides%20(NBC-DP)%20es%20una,la%20m%C3%A9dula%20%C3%B3sea%20(1)).
- 2 Avilés A, Candelaria M, Ponce M, Cañavera A y Burgos S. Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides. Casos clínicos. *Rev. Med Chile* 2017; 145: 1208-1212 https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000901208
- 3 Cismondi V, Crudo C, Gómez M, Santorum C, Garavaglia G, Arias M. Vista de Neoplasia de células dendríticas plasmocitoides | *Revista Hematología* [Internet]. *Revista hematologia.com.ar*. 2024 [cited 2024 Aug 3]. Available from: <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/449/661>
- 4 Leucemia de células dendríticas plasmocitoides – *Revista de Hematología* [Internet]. Revistadehematologia.org.mx. 2020 [cited 2024 Aug 3]. Available from: <https://revistadehematologia.org.mx/article/leucemia-de-celulas-dendriticas-plasmocitoides/>
- 5 Cataño J, Franco O, Orduz Yaneth. Síndrome mielodisplásico: aspectos básicos y abordaje diagnóstico. *Revista Colombiana de Hematología y Oncología*. Volumen 8. 2021. [Internet] [citado el 06/08/2024]. Disponible en: <https://revista.acho.info/index.php/acho/article/view/120/368>

- 6 Hernández M, Huertas G, Medina L, Ortiz J, et al. Síndromes mielodisplásicos: una actualización para el médico no hematólogo. *Revista Narrativa Med Int Méx.* 2022; 38 (2): 366- 377. [Internet] [citado el 06/08/2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim222n.pdf>
- 7 Munker R, Hiller E, Glass J, Paquette R. *Leukemia: Advances in Biology and Treatment.* Springer Science & Business Media; [Internet]. 2011 [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2590092/>
- 8 Facchetti F, Vermi W. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: The role of plasmacytoid dendritic cells in hematologic malignancies. *Curr Opin Hematol.* 2017;24(1):49-56. https://theses.hal.science/tel-00154726/file/These_Ariane_Blum.pdf
- 9 Marquez J. Neoplasia blástica de células dendríticas plasmocitoides [Internet]. *Orpha.net.* 2023 [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: <https://www.orpha.net/es/disease/detail/86870>
- 10 Francisco Alejandro Lagunas-Rangel. Leucemia mieloide aguda. Una perspectiva de los mecanismos moleculares del cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2024 Aug 5];15(3):150–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166592011630030X>
- 11 Renard C, Leboeuf C, Boulland ML, et al. Les néoplasmes des cellules dendritiques plasmacytoïdes: revue et perspectives [Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasms: review and perspectives]. *Ann Pathol.*; (Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasms: review and perspectives) [Internet]. 2012 [cited 2024 Aug 5];32(1):3-17. Disponible en: https://theses.hal.science/tel-00154726/file/These_Ariane_Blum.pdf
- 12 Candelas N, Fernández M, Enterria G, Madrigal R. Linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal: Caso clínico. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2024 Aug

- 5];77(2):204–6. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162017000200014&script=sci_arttext&lng=pt
- 13 Martini M, Russo V, Fabbri A. Leucemia a cellule dendritiche plasmacitoidi: Aspetti clinici e molecolari. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2021;57(2):214-220. (Plasmacytoid dendritic cell leukemia: Clinical and molecular aspects). [Internet]. [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: <https://www.ematologiainprogress.it/neoplasia-a-cellule-dendritiche-plasmacitoidi-blastiche/>
- 14 Pemmaraju, N., & Kantarjian, H. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: Current insights and future directions. *Hematology/Oncology Clinics of North America*. 2019;33(4):645-663. (Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: Current insights and future directions). [Internet]. [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31281107/>
- 15 Pemmaraju, N., et al. (2019). Tagraxofusp in blastic plasmacytoid dendritic-cell neoplasm. *New England Journal of Medicine*, 380(17), 1628-1637. [Internet]. [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1815105>
- 16 Pfreundschuh, M., & Scheid, C. Advances in the Management of Plasmacytoid Dendritic Cell Leukemia. *Journal of Clinical Oncology*. 2021;39(15):1782-1790. (Advances in the Management of Plasmacytoid Dendritic Cell Leukemia).
- 17 Dietrich, S., et al. (2015). Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm (BPDCN): current insights. *OncoTargets and Therapy*, 8, 349-354. [Internet]. [cited 2024 Aug 5]. Disponible
- 18 Sánchez E, Cevallos N, Hidalgo P. Neoplasia de Células Dendríticas Plasmocitoides blásticas: reporte del primer caso en Ecuador. *Revista Médica Vozandes*. Volumen 30, Número 2, 2019. [Internet]. [cited 2024 Aug 5]. Disponible en: https://revistamedicavozandes.com/media/2019-2/RMV2019v30n1_05_RC.pdf

- 19 Cismondi V; Crudo C; Gómez M ; et al. Vista de Neoplasia de células dendríticas plasmocitoides | Revista Hematología [Internet]. Revista hematologia.com.ar. 2024 [cited 2024 Aug 9]. Disponible en: <https://revistahematologia.com.ar/index.php/Revista/article/view/449/661>
- 20 Kravchenko D V., Zinovkin DA, Davydov DA, Kisialeu PG, Kopschaj PA, Savchenko O, et al. Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm. Sultan Qaboos Univ Med J [Internet]. 2024;24(3):415–7. Disponible en: https://www-uptodate-com.vpn.ucacue.edu.ec/contents/blastic-plasmacytoid-dendritic-cell-neoplasm?search=leucemia%20de%20c%C3%A9lulas%20dendriticas&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H685423

Copyright (c) 2025 Faicán Rocano Pedro Fernando, Dután Pérez Ibelice Salomé, González González Camila Raquel, Matute Aguiar Joselyn Nayeli, Rodríguez Verdugo Alejandra Valentina.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato — y Adaptar el documento — remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)