

Sesión clínica 16 de Octubre

Solución del caso



Dr. Alberto Muela Molinero

- Ferrocínética, B12 y fólico en rangos normales
- B2 3.01
- Frotis: linfocitos de aspecto maduro y eosinófilos sin alteraciones morfológicas
- Serologías: VHB, VHC, VIH y LUES negativas

TAC TÓRACO-ABDOMINAL

- Callos de fractura antiguos
- Crecimiento de lóbulo hepático izdo. y caudado. Esplenomegalia de 14 cm
- Adenopatías retrocurales de 1.2 cm
- Adenopatías retroperitoneales paraaórticas bilaterales de 1.4 cm
- Adenopatías en cadenas iliacas comunes y externas de 2.3 cm
- Grandes conglomerados de adenopatías inguinales bilaterales, la mayor de 3.5 cm en el lado izquierdo
- Edema de tejido celular subcutáneo en pubis
- Engrosamiento mural del sigma en fosa iliaca izquierda y divertículos en sigma

COLONOSCOPIA

Salvo divertículos en sigma sin otras alteraciones

INMUNOFENOTIPO EN SANGRE PERIFERICA

- Sin alteraciones

BIOPSIA ADENOPATÍA INGUINAL

Descripción Macroscópica :

Consignado como adenopatía inguinal se recibe un fragmento nodular de 2 x 4 cm. Al corte es de consistencia elástica, de color pardo claro, bien delimitado en la periferia y con aspecto de ganglio linfático. Inclusión parcial en 5 bloques.

Descripción Microscópica :

Histológicamente el ganglio linfático presenta una arquitectura general alterada, con un cierto patrón nodular separado en zonas por tractos conectivos. La mayoría de los nódulos corresponden a una proliferación de células linfoides atípicas, de tamaño grande o mediano, con núcleo polimorfo y nucleolo prominente que se disponen en dicho patrón nodular y se acompañan focalmente por eosinófilos. También de forma focal existe un infiltrado de linfocitos de menor tamaño. Estudio inmunohistoquímico: CD3, CD5, CD2, CD4, CD25 y Mum1: positivos. CD8: positivo más débil en aproximadamente un tercio de las células. CD30: positivo en las células de mayor tamaño. CD23 y CD21: negativos. Se observa cierta expansión de redes de células foliculares dendríticas. CD7, CD20, CD79a, CD15, CD10, PD1, CXCL13, CD56 y ALK1: negativos. BCL6 e ICOS positivos en células aisladas. EBER para virus de Epstein-Barr: negativo. Ki67: positivo en aproximadamente el 60% de los núcleos.

Diagnóstico :

BIOPSIA ADENOPATÍA INGUINAL IZQUIERDA: LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULA GRANDE ALK NEGATIVO.

Sobre el LNH anaplásico ALK negativo

- Linfoma de células T maduras con expresión uniforme de CD30.
- 2-3% de todos los LNH y 12% de todos los linfomas T.
- Dos subgrupos con diferente pronóstico:
 - Alteración genética (2;5): los genes NPM y ALK se reordenan y dan lugar un gen anómalo nuevo (ALK+). Mejor pronóstico.
 - ALK-: peor pronóstico.
- Tratamiento inicial: CHOP o esquemas relacionados con el mismo.
- Mal pronóstico. Supervivencia global a 5 años del 30-45%
- Sin embargo dentro de los linfomas T periféricos nodales es el de mejor pronóstico.
- Altas tasas de recaídas al tratamiento poliquimioterápico.
- No hay protocolos de tratamiento estandarizados después...
 - Brentuximab (Ac monoclonal antiCD30).
 - Bortezomib (inhibidor del proteasoma)
 - Vorinostat (inhibidor de la historia desacetilasa)

Evolución posterior

- Por situación social y abuso de alcohol no se considera candidato a trasplante autólogo de consolidación y se trata con esquema mini-CHOP
- Complicaciones en el ingreso: neumonía basal derecha.
- Trabajadora social: ayuda para acceso a vivienda cercana al hospital.
- Solo recibe dos ciclos por persistencia de consumo de alcohol en grandes cantidades.
- Dos meses después del primer ingreso episodio de delirium tremens.
- Un mes después ingresa en Digestivo por HDA secundaria a ulcus duodenal de gran tamaño.
- Un mes después reingresa por fiebre sin foco claro y episodio de hemorragia digestiva baja falleciendo a los 5 días del ingreso.



Muchas
GRACIAS