

Hospital General Docente Comandante Pinares, Artemisa, Cuba

LINFOMA PRIMARIO DE BAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Orlando Mesa Izquierdo¹, Anadely Gámez Pérez ², Horlirio Robaina Ferrer ³,
Humberto Gámez Oliva ⁴, Gelvy Peña Travieso ⁵.

1 Especialista I Grado en Cirugía. Profesor Asistente. HGD Comandante Pinares

2 Especialista II Grado Hematología. Profesor Auxiliar. HGD Comandante Pinares

3 Especialista I Grado en Cirugía. Profesor Asistente. HGD Comandante Pinares

4 Especialista I Grado en Oncología. Profesor Asistente. HGD Comandante Pinares

5 Licenciada en Enfermería. Instructor. HGD Comandante Pinares

rociod@princesa.pri.sld.cu Edif. 3, Apto 16 Rpto Noel Caamaño, San Cristóbal.

Telef. 524361

Resumen

El linfoma primario de bazo es una forma de presentación muy rara de los linfomas, pues se calcula su incidencia en 1%. Se presenta un paciente N. M. B. sexo masculino, raza negra de 32 años de edad con APP de epilepsia tratamiento con valproato de Mg^{++} , acude al cuerpo de guardia a la consulta de cirugía refiriendo que hace 4 días sufrió trauma en la región lumbosacra, en ese momento refiere dolor abdominal, el examen físico revela gran esplenomegalia que se extiende hasta fosa iliaca izquierda, decidiéndose ingreso hospitalario, los complementarios muestran una lámina periférica con leucopenia, U-S Abdominal: Gran esplenomegalia visualizando el bazo próximo a la FII, el medulograma mostró integridad de los sistemas hematopoyéticos sin elementos de infiltración tumoral, con marcada reactividad medular, al examen físico no hay adenopatías clínicamente palpables que posibiliten tomar muestra para biopsia, se decide esplenectomía, el estudio histopatológico confirma linfoma maligno no hodgkin de la zona marginal esplénica, de bajo Grado de malignidad, inmunohistoquímica positivo. , se decidió administrar quimioterapia (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) durante 8 ciclos a intervalos de 21 días, como terapia de consolidación, se mantiene en remisión de su enfermedad hasta el momento.

Palabras Clave:

Linfoma primario de bazo, esplenectomía

Abstract.

Spleen primary lymphoma is a rare presentation among all types of lymphomas. There is an incidence of 1 %. This is a black patient, masculine, of 32 years old with a past medical history of Epilepsy. He is treated with Valproate of Mg^{++} ; he came to the surgical consultation and he refers that 4 days ago he has a trauma in the lumbosacro region. He also had abdominal pain. On the physical examination splenomegaly was found which spread to the left iliac fossa, hospitalization was required in this case. The laboratory studies showed a peripheral picture with leukopenia. The abdominal US showed a big splenomegaly visualizing the spleen near the left iliac fossa. The medullogram showed integrity of the Hematopoietic

Systems without tumoral infiltration and with great medular reactivity. On the physical examination there is no palpable adenopathies for biopsy. Splenectomy was made. The histopatologic study confirmed No Hodgkin Malignant Lymphoma of the marginal splenic region with low grade of malignament, inmunohistochemical positive. Chemiotherapy was indicated (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) during 8 cycles every 21 days. Now he is under this therapy and he is getting better.

Key Words:

Spleen primary lymphoma, Splenectomy.

Introducción

Los linfomas son la proliferación clonal de los linfocitos. El linfoma primario de bazo (LPB) es una forma de presentación muy rara de los linfomas, pues se calcula su incidencia en 1% de los mismos.¹

Los linfomas en general, afectan a más de un millón de personas en todo el mundo. Anualmente la incidencia aumenta en un 3% y constituyen en la actualidad el 5% de todos los tipos de cáncer que se diagnostican en un año en los Estados Unidos. En este país, se diagnostican 60.000 casos nuevos al año y en España unos 1.200 casos.

En la actualidad constituye la quinta causa de muerte por cáncer en el mundo.^{2, 3}

El linfoma primario de bazo(LP B) es una entidad infrecuente, de diagnóstico difícil que requiere un alto índice de sospecha, debido a que puede presentarse desde formas sintomáticas hasta una amplia variedad de síntomas y diversos desordenes hematológicos. La esplenectomía constituye el tratamiento de elección, pues no sólo confirma el diagnóstico sino que consigue aliviar los síntomas y mejorar en la mayoría de los casos, los desordenes hematológicos.⁴ Por lo inusual que resulta la presentación de esta variedad de linfoma y respetando la confiabilidad y ética, los autores comunican este caso clínico.

Caso clínico

Paciente N. M. B. con número de historia clínica 173000 , sexo masculino , raza negra de 32 años de edad con APP de epilepsia con tratamiento valproato de Mg^{++} , acudió al cuerpo de guardia a la consulta de cirugía refiriendo que 4 días atrás sufrió trauma en la región lumbosacra y en ese momento refería dolor abdominal , sin vómitos , no fiebre , con diarreas líquidas y algo fétidas de varios días de evolución . Se interconsultó el enfermo con el especialista de medicina interna y se ingresó para estudio. Se valoró con hematología, se decidió realizar medulograma que mostró integridad de los sistemas hematopoyéticos sin elementos de infiltración tumoral, con marcada reactividad medular, al examen físico no se encontró adenopatías clínicamente palpables que posibilitaran tomar muestra para biopsia, se descartó una brucelosis, porque los complementarios resultaron negativos, al igual que una leucemia mieloide crónica porque el medulograma y la lámina periférica no corresponden con esa enfermedad. El grupo multidisciplinario de atención al cáncer, planteó la posibilidad de un linfoma primario de bazo, se interconsultó con cirugía general con el objetivo de realizar esplenectomía para diagnóstico histopatológico y tratamiento.

Examen físico

Mucosas: Normocoloreadas y húmedas

A-R: Murmullo vesicular audible, no estertores.

A-C: Ruidos cardiacos rítmicos bien golpeados, no taquicardia.

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en forma difusa, con gran esplenomegalia que ocupa todo el hipocondrio y flanco izquierdo, ruidos hidroaéreos normales.

TCS: No infiltrado.

Parámetros vitales:

-FC: 80X

-FR: 16X

-TA: 120-80mm/Hg.

Complementarios de urgencia:

Hb: 119 g/LI

Leucograma: $3.4 \times 10^9/l$

U-S Abdominal: Gran esplenomegalia visualizando el bazo próximo a la FII.

En sala se realizan los siguientes complementarios:

-Hemograma: Hb – 122 g/l

-Hto: 0.36l-l

-Leucograma: $3.3 \times 10^9/l$

-Glicemia: 4.5 mmol / l

-Creatinina: 65.1

-Ácido úrico: 401.4 mmol/l

-Colesterol: 3.3mmol/l

-TG: 1.2mmol/l

-TGP: 21.1 mmol/l

-TGO: 26.2mmol/l

-Amilasa: 55U

-Orina: Negativa.

-Test de brucelas:negativo.

-Lámina periférica: Normocromia, normocitosis, plaquetas adecuadas, ligera leucopenia.

-Coagulograma:-Tiempo de sangramiento 1.

-Tiempo de coagulación: 8.00mtos

-Plaquetas: $205 \times 10^9/l$

-TPTP: C 24-36 seg.

P 33

- T.Protrombina: C 13 seg

P 16

Constantes corpusculares: Hb 120 g-l

Hto: 0.35l-l

CHCM: 342g/l

Se realiza esplenectomía total por vía abdominal con evolución favorable (fig.1)



Fig. 1 Bazo aumentado de tamaño con superficie de corte de aspecto granular correspondiendo con folículos esplénicos hiperplásicos.

El estudio histológico (1599) confirma linfoma maligno no hodgkin de la zona marginal esplénica, de bajo Grado de malignidad (fig.2)(fig.3), inmunohistoquímica Positivo.

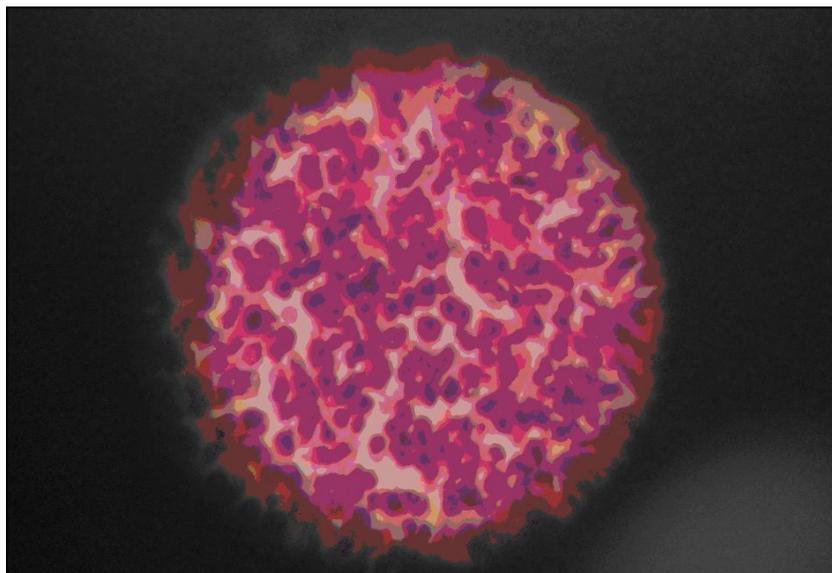


Fig. 2 Microfotografía con lente de 10 que muestra células linfoides B en distintos estadios de diferenciación, entre las cuales suele incluirse a las células plasmáticas totalmente diferenciadas.

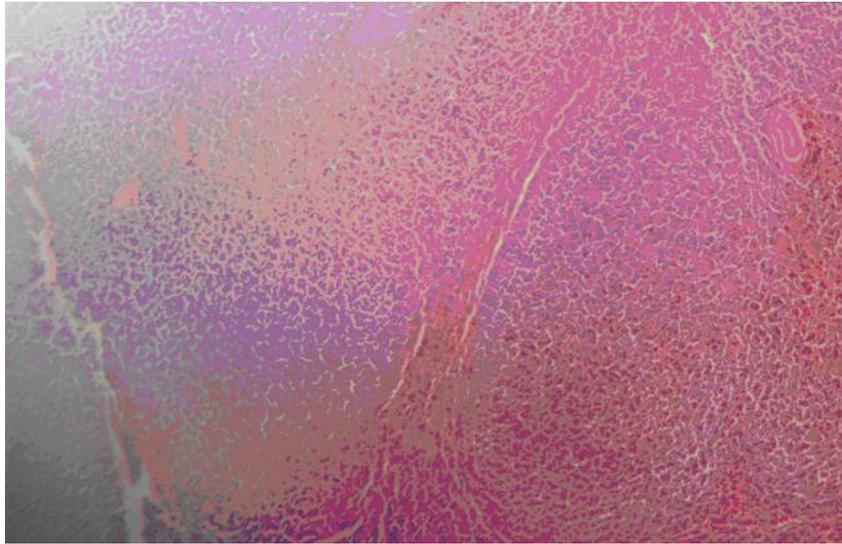


Fig. 3 Microfotografía con lente de 40 que muestra un predominio de células tumorales que se parecen a las células B normales de la zona marginal.

Después de la intervención quirúrgica fue reevaluado por el equipo multidisciplinario, se decidió administrar quimioterapia, (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) durante 8 ciclos a intervalos de 21 días, como terapia de consolidación, se mantiene en remisión de su enfermedad hasta el momento.

Discusión

El diagnóstico de LPB es difícil de establecer, por que no se sospecha debido a su baja frecuencia, debe sospecharse cuando aparezcan los siguientes criterios diagnósticos: síntomas de esplenomegalia, ausencia de enfermedad extraesplénica, hepática y ganglionar, a nivel de las cadenas linfáticas mesentérica y paraaórtica y un intervalo libre de enfermedad de 6 meses tras la esplenectomía.^{5, 6} La edad media de presentación del LPB, es de 36 años, con un rango entre los 22 y los 48 años. Es más frecuente en la mujer con una relación de 4:1 ^{7, 8, 9} presentamos contrariamente a lo descrito por otros autores a un paciente del sexo masculino.

La mayoría de los pacientes consultan por dolor abdominal, síndrome constitucional, pérdida de peso, fiebre, palidez, síntomas encontrada al interrogatorio en nuestro caso clínico. La esplenomegalia está entre las alteraciones más frecuentemente

asociadas al LPB, desde el punto de vista laboratorial figuran anemia, trombopenia, o leucopenia. Sin embargo puede manifestarse por pancitopenia, bicitopenia o monocitopenia, la linfocitosis hasta en el 40% de los casos puede aparecer al debut de la enfermedad ^{1, 9}. El paciente debutó con leucopenia como única manifestación desde este punto de vista.

La imaginología desempeña un papel importante en el diagnóstico de esta enfermedad, el ultrasonido y la TAC son las modalidades de elección. ¹⁰ Desde el punto de vista del tratamiento la esplenectomía con estudio histológico e inmunoquímico y biopsia de la cadena ganglionar para-aórtica constituye el tratamiento de elección del LPB y da nuevas posibilidades de tratamiento al permitir el uso de anticuerpos monoclonales, tanto si se hace por vía abierta como laparoscópica⁵. La conducta terapéutica postoperatoria depende del estadio clínico de la enfermedad, el pronóstico en general es bueno y en la literatura revisada la tasa de supervivencia a 5 años libre de enfermedad se encuentra al 80%. ⁸

En la literatura revisada se describe que obtuvieron una mejoría completa de la anemia tras la esplenectomía¹, en el 75% y parcial en el 25% de sus pacientes y una mejoría completa de la leucopenia en el 67% y parcial en el 33% de los casos. El paciente tras la esplenectomía mostró mejoría significativa del conteo de leucocitos, el resto se mantuvo en cifras aceptables en el rango de normalidad.

La esplenectomía, en ocasiones combinada con la quimioterapia, pueden ofrecer una terapéutica óptima a los pacientes con linfomas esplénicos y tener por tanto un valor diagnóstico de gran importancia.

Referencias bibliográficas

1. Ambulkar I, Kulkarni B, Borges A, Jaganmath P, Advani S. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the spleen presenting as space occupying lesion: a case report and review of literature. *Leuk Lymphoma* 2006; 47: 135-9. [[Links](#)]
2. Lymphoid neoplasms. En: American Joint Comité on Cancer. *AJCC Cancer ed.* New York, NY: Springer, 2007, 393-406.
3. . Wani NA, Parray FQ. Primary lymphoma of the spleen: An experience with seven patients. *Int Surg* 2005; 90:279-283.
- 4 Carvajal Balaguera J., Simón Gonzalez M^a. L., Oliart Delgado de Tórrres S., et al. Linfoma primario de bazo de presentación asintomática. *MAPFRE MEDICINA*, 2007 · VOL.18 · N^o 3 · 219-224
5. Hernández García-Gallardo D, Rico Selas P, Moreno González E, Molina Miliani C, Seone González Tratamiento laparoscópico de las lesiones tumorales del bazo. *Cir. Esp* 1998; 64:296-301.
6. Aslam M, Salamat N, Mamoon N, Ahmed M. Primary splenic lymphoma. *JCPSP* 2006;16:307-308.
7. Ruiz JM, Chang F, Palacios L, Rando A. Linfoma primario de bazo asociado a hipertension portal. *Rev Venez Oncol* 2004; 16:44-49.
8. Troussard X, Valensi F, Duchayane E. Splenic lymphoma with villous lymphocytes: clinical presentation, biology and prognostic factors in a series of 100 patients. *Br J Haematol* 1996; 93:731-736.
9. Alder S, Stutzman L, Sokal JE, Mittleman A. A splenectomy for haematological depression in lymphocytic lymphoma and leukaemia. *Cancer* 1975; 35:521-529.
10. Halliday T, Baxter G. Lymphoma: Pictorial review. *Eur Radiol* 2003; 13:1224-1234.