

IDENTIFICACIÓN DE INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA DEL LCR EN PACIENTES CON LNH-B AGRESIVO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LEPTOMENÍNGEA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA UTILIDAD DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO (CMF) VS CITOLOGÍA CONVENCIONAL (CITC)

S. Quijano^a, A. López^a, G. Debén^b, J. Plaza^c, C. Poderós^c, M. Provencio^d, C. Vallejo^d, J. Sancho^e, L. Vázquez^f, M. Morado^g, F. Capote^h, C. Nicolásⁱ, J. Briones^j, J. García^k, S. Fernández^l y A. Orfao^a

^aServicio de Citometría H. Universitario de Salamanca. Servicios de Hematología: ^bH. Juan Canalejo La Coruña. ^cXeral Cies de Vigo. ^dH. Puerta de Hierro Madrid. ^eGermans Trias i Pujol Barcelona. ^fH. Universitario de Salamanca. ^gH. La Paz Madrid. ^hH. Puerta del Mar Cádiz. ⁱH. Central de Asturias Oviedo. ^jH. Sant Pau Barcelona. ^kH. Universitario de Getafe. ^lH. de León.

Introducción: La infiltración del SNC, constituye un hallazgo relativamente frecuente en algunos subtipos de LNH-B como el linfoma de Burkitt (LB) y el linfoma B difuso de célula grande (LBDCG). El análisis por CITC del LCR constituye el método de referencia para el diagnóstico de enfermedad meníngea en LNH-B. No obstante, estudios recientes sugieren que en pacientes con LNH-B y alto riesgo de recaída en SNC, la CMF presenta mayor sensibilidad que la CITC para detectar enfermedad meníngea en LCR.

Objetivo: Evaluar la sensibilidad y especificidad de los estudios inmunofenotípicos por CMF en la detección de células neoplásicas en el LCR, respecto a la CITC en pacientes con LNH-B agresivo y alto riesgo de recaída en SNC.

Pacientes y métodos: Desde marzo de 2006 se analizaron 20 muestras de LCR (volumen total: 0,8 a 4mL; mediana: 2,3mL) de pacientes con LNH-B agresivo de nuevo diagnóstico, procedentes de 11 hospitales (LBDCG: 11; LB: 6; linfoma folicular en transformación a LBDCG –Lft-: 2; y LNH-B rico en células T: 1). De los 20 casos, 11 eran hombres (55%) y 9 mujeres (45%) con una edad media de 56 ± 20 años (rango: 16-86 años). En todos los casos se analizaron muestras de LCR de forma simultánea por CITC en el centro de origen y CMF a nivel centralizado. Para el análisis por CMF se emplearon muestras estabilizadas (Transfix, CYTOMARK) con la siguiente combinación de anticuerpos monoclonales: CD8-slg#/CD56-slg#/CD4-CD19/CD3/CD20/CD45 (FITC/PE/PERCPY5.5/PECY7/APC/APCCY7). En los casos que fueron positivos por CMF, se empleó un panel de anticuerpos en 6 fluorescencias para la caracterización fenotípica completa de la enfermedad.

Resultados: En todos los casos se detectó la presencia de células hematopoyéticas (media: $2,2 \pm 4$ células/#mL; rango: 0,3-14 células/#mL). Estas células incluían de forma sistemática linfocitos T ($0,6 \pm 0,9$ /#mL; rango: 0,1-4/#mL) y monocitos (1 ± 2 /#mL; rango: 0,1-9/#mL). Además en 25%, 5% y 20% de los casos se detectó la presencia de linfocitos B policlonales ($0,07 \pm 0,09$ /#mL; rango: 0,01-2/#mL), células plasmáticas (0,09/#mL) y neutrófilos ($0,8 \pm 1,1$ /#mL; rango: 0,03-2/#mL), respectivamente. De los 20 casos estudiados, 3 (16%) mostraron infiltración por células B neoplásicas mediante CMF; mientras que la CITC solo fue positiva en uno de estos pacientes (5%). El caso que presentó infiltración con ambos métodos correspondía a uno de los dos Lft (82%, 14 células neoplásicas/#mL por CMF). Los dos pacientes CMF+/CITC- presentaron un bajo porcentaje de células B patológicas (2% en uno de los 10 pacientes con LBDCG y 1% en uno de los 6 LB). Uno de estos dos pacientes presentaba sintomatología neurológica (meningismo).

Conclusión: Nuestros resultados aunque preliminares, sugieren que la CMF tendría mayor sensibilidad que la CITC para la detección de células B neoplásicas de LNH-B agresivos en LCR, especialmente cuando estas están presentes en pequeñas cantidades.