

## LINFOMA LINFOPLASMATICO IGG-K RESISTENTE A FLUDARABINA Y SENSIBLE A TALIDOMIDA

M. G<sup>a</sup> Domínguez, JM. Vagace, Hernandez-Nieto(a)L. Marquez (b) , S. Casado, N. Alonso, I. Hidalgo, C. Lopez-Santamaria , J. Groiss, R. Rincón, R. Elduayen, ME. Díaz, I. Fuentes, L. Pedrosa, R. Vaca, R. Bajo.

Servicio de Hematología. <sup>a</sup> Servicio de Anat<sup>o</sup> Patologica. <sup>b</sup> Servicio de Radiología. Complejo Infanta Cristina. Badajoz.

**Caso clínico:** Paciente de 80 años remitido por el servicio de Medicina Interna, por presentar pico monoclonal en el proteinograma. Clínicamente asintomático, la exploración física era normal. Proteinograma: Alb.30.2%, #a<sub>1</sub>:5.1%,#a<sub>2</sub>:10.9%, #b:5.7%, #g: 48.2%. cuantificación de inmunoglobulinas: IgG 6210 mg/dl, IgA 59 mg/dl, IgM 135 mg/dl. Kappa 16,8 g/l, lambda 1,16 g/l. Inmunofijación: banda IgG-K, #b<sub>2</sub> microglobulina: 4482ng/ml (0-3000). Bioquímica: Perfil hepático y renal normales, salvo PT 10.9 y Ca 8.6. PCR 3.

**Hemograma:** Leucocitos 3.700 mm<sup>3</sup>. formula normal, Hemat. 3.9 x 10<sup>6</sup>/l, Hb 10.8 gr/dl, Hct<sup>o</sup> 31.9%, VCM 81.8 fl, Plt 182.000/#ml. VSG 71 mm en la 1<sup>a</sup> h.

**Medula ósea:** Aspirado. Infiltración por células linfoplasmacitoides. Cariotipo normal.Inmunofenotipo: CD19+, CD20+, CD22+, CD79a+, CD5-, CD10- y CD 23-. Biopsia medular: Infiltración por linfocitos pequeños y redondos con componente plasmacítico (IgG-K) compatible con linfoma linfoplasmacítico.

**Serie ósea:** Sin imágenes osteolíticas. Pinzamiento L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> con fenómenos de discartrosis. Ateromatosis de la aorta abdominal.

**TAC toraco-abdominal:** Adenopatías mediastínicas prevasculares de hasta 1 cm paratraqueales derechas (1-1.5 cm), en ventana aorto- pulmonar, diafragmáticas superiores derechas (1cm) y sobre todo subcarinales y paraesofágicas derechas (conglomerado adenopático de unos 3.5-5cm). Esplenomegalia homogénea (14cm). Adyacente a la cabeza pancreática y entre la porta y la cava se visualiza una tumoración de partes blandas con centro hipodenso de aprox. 5x3 cm sugestivo de adenopatía. Existen otras adenopatías de menor tamaño en ligamento gastro-hepático, hilio esplénico, interaorto-cava, paraaórticas izq.

Al paciente se le administraron 4 ciclos de Fludarabina-dexametasona sin observarse respuesta, (con aumento de la IgG 8050 mg/dl y sin cambios en el TAC toraco-abdominal de control), se decidió trat<sup>o</sup> con talidomida (200 mg/día) y a los 4 meses del inicio de tratamiento se observó una respuesta objetiva (disminución de IgG 2020 mg/dl y de las masas en el TAC toraco-abdominal de control del 50%). A los tres años de seguimiento, se ha normalizado el TAC toraco-abdominal, la #b<sub>2</sub> microglobulina y la cifra de IgG es de aprox. 2000 mg/dl.

**Conclusión:** Algunas variantes de linfomas linfoplasmáticos, diferentes a la Macroglobulinemia de Waldenström, pueden presentar manifestaciones clínicas y respuestas terapéuticas más parecidas a un mieloma múltiple, futuros estudios multicéntricos pueden delimitar estos aspectos.