

TRANSFORMACIÓN TARDÍA DE UN LNH FOLICULAR EN UN LNH DE CÉLULA GRANDE CON AFECTACIÓN ORBITARIA ÚNICA

C Salvador Osuna^a, N Fernández Mosteirín^a, P Mayayo^a, MC Pérez Barrachina^a, N Padrón^a, A Godoy^a, B Soria^a, F Sevil^a, M Guillén^a, R Álvarez^b, M Giralt.

Servicios de Hematología^a y Anatomía patológica^b. Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción: Un 25 % de los linfomas foliculares (LNH-F) experimentan una progresión o transformación a un LNH-B de célula grande (LNHCG). Este hecho se asocia a un curso clínico progresivo y a refractariedad a tratamiento. Sólo un 1 % de los LNH tienen afectación orbitaria, generalmente se trata de LNH-B de bajo grado y la afectación suele ser primaria, siendo infrecuente la recidiva de un LNH anterior en esta localización.

Caso clínico: Varón de 66 años diagnosticado en enero de 1996 de LNH-F grado I estadio IV óseo. Fue tratado con 8 ciclos de mitoxantrone prednimustina logrando respuesta parcial, por lo que en mayo de 1997 se inició tratamiento con fludarabina mitoxantrone, recibiendo 6 ciclos alcanzando remisión completa (RC), consolidada con la realización de TASPE en septiembre de 1998. En agosto de 2000 se objetivó recaída ganglionar y medular y fue tratado con 4 ciclos de fludarabina mitoxantrone seguidos de 4 tandas de Rituximab. Se logró una nueva RC que se mantuvo hasta noviembre de 2003, cuando se observa recaída ganglionar supradiagráfica tratada con radioterapia locorregional obteniendo RC. En abril de 2005 recaída ganglionar objetivada mediante estudio anatomopatológico que fue tratada con ⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetan. En abril de 2006, mantenía RC objetivada por TAC y PET. El inmunofenotipo de médula ósea no mostraba infiltración. En abril de 2007 el paciente consulta por masa en párpado superior derecho de un mes de evolución que provoca ptosis palpebral y diplopia. En TAC orbitario se observa lesión de 2,5 cm de diámetro en órbita derecha, de márgenes nítidos, que capta contraste de forma homogénea. Se practicó biopsia de la masa con inmunofenotipo: CD45+ fuerte, CD19+, CD79b+, CD20+ fuerte, CD10+ débil, FMC7+, CD5-, CD23-, CD38+, CD44+ débil, slg+ con expresión exclusiva de cadenas ligeras kappa, BCL2 sobreexpresado; patrón de dispersión de luz de las células patológicas propio de célula grande. Anatomía patológica: LNH B de alto grado, Ki67 de prácticamente 100 % y características de linfoma B de células grandes. TAC tóraco abdominal normal. Inmunofenotipo médula ósea: no se detectó infiltración por células B clonales. El paciente ha recibido por el momento 2 ciclos de esquema R-CHOP con desaparición de la ptosis y la diplopia.

Conclusiones: La transformación de un LNH-F en un LNHCG es relativamente frecuente, aunque no hemos encontrado referencias a afectación extranodal orbitaria aislada en la bibliografía revisada. Este caso muestra además, la importancia de llevar a cabo un seguimiento estrecho y la necesidad de biopsiar cualquier lesión sospechosa en pacientes con antecedente de neoplasias linfoides.