

## CITOMETRÍA DE FLUJO MULTIPARAMÉTRICA E HISTOLOGÍA DE BIOPSIA ÓSEA PARA DETERMINAR INFILTRACIÓN DE MÉDULA ÓSEA EN LINFOMAS NO HODGKIN: ESTUDIO COMPARATIVO

L. López-Anglada, A. Duque, A. García-Mateo, J.J. Pérez, T. Villaescusa, I. Córdoba, A. Martín, T. Flores, J. San Miguel, M.B. Vidrales  
*Hospital Clínico Universitario de Salamanca*

**Objetivo:** La BO es obligada en la estadificación de los LNH y el empleo de la CMF no está aún bien establecido. Nuestro objetivo es comparar la BO y la CMF en la detección de infiltración en la MO de pacientes con LNH.

**Material y métodos:** Se estudiaron 494 muestras pareadas (BO y CMF) de pacientes con LNH (57% al diagnóstico y 43% evolutivos). La gran mayoría (87%) correspondía a LNH-B (35% LB-DCG, 27% LF, 10% LM 10% (n=49), LZM 9.7% (n=48), LB 2% (n=11), LLDBD 2% (n=9) y LLP 1.4% (n=7), siendo el resto de los casos (13%) LNH T o NK. La infiltración histológica de la MO se describió como nodular, intersticial, mixta o difusa. En 25 casos se describían infiltrados no significativos, que fueron considerados negativos para infiltración neoplásica. El análisis de CMF se realizó empleando marcajes cuádruples mediante métodos bien estandarizados dirigidos a detectar monoclonalidad B y T. Si se detectaba población clonal, se ampliaba el estudio para su correcta caracterización, y en linfomas T/NK se confirmaba mediante biología molecular o test de Humara.

**Resultados:** Resultaron concordantes 396 casos (80%), con ambas técnicas negativas en el 83% (330/396) y positivas en el 17% (66/396). Se observaron discrepancias en 98 casos (20%), con distribución similar entre casos BO+CMF- (42%; 41/98) y BO-CMF+ (58%; 57/98). Las discrepancias fueron más frecuentes en los LNH T/NK (33%; 21/63), siendo la CMF más sensible que la BO (62% BO-CMF+ y 38% BO-/CMF-). En el LM y el LZM fueron discrepantes el 20% (10/49) y 23% (11/48) respectivamente, siendo también la CMF más sensible en el LM (90% BO-/CMF+), sin encontrarse diferencias en los LZM. En LF y LBDG las discrepancias fueron menos frecuentes, con un 17% (23/135 casos) y un 15% (26/172 casos), respectivamente. La BO era algo más sensible en el LF (56% BO+CMF-), y la CMF en el LBDG (58% BO-CMF+). Aunque con pocos casos, todos los discrepantes en los LLP (2/7) fueron BO+CMF-, mientras que en LB (2/11) y LLDBD (3/9) fueron BO-CMF+. Considerando el patrón de infiltración de la BO, todos los casos con patrón difuso (n=13) y el 65% de los de patrón mixto (n=20) eran CMF+, mientras que cuando la infiltración era intersticial (n=42) o nodular (n=32), solo eran CMF+ el 52% y 56% de los casos respectivamente. De los 25 casos con infiltrados no significativos en la BO, la CMF detectó infiltración en 5 de ellos (20%), que correspondían a 2 LNH T/NK; 1 LM; 1 LF y 1 LLC/LLCP. Entre los casos CMF+, la mediana del porcentaje de infiltración era superior en los casos BO+, con diferencias significativas solo en el LF ( $p<0.001$ ) debido probablemente al escaso número de casos en otros tipos histológicos. Considerando los casos como positivos cuando se detectaba infiltración por cualquiera de las dos técnicas, la BO identificaba el 65% y la CMF el 75% de casos positivos, siendo la CMF especialmente útil en LNH T/NK, LM, LB y LLDBD, y la BO en otros como el LLP.

**Conclusión:** La CMF multiparamétrica detecta infiltración en MO en pacientes con LNH en los que la BO es negativa, complementando la información de la biopsia ósea, por lo que ambas técnicas deberían ser empleadas de forma rutinaria en los estudios de estadificación y seguimiento de los pacientes con LNH.