

CONTRIBUCIÓN DEL INMUNOFENOTIPO POR CITOMETRÍA DE FLUJO EN EL DIAGNÓSTICO DE LINFOMAS EN MUESTRAS OBTENIDAS DE PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA Y BIOPSIAS GANGLIONARES

E. Magro¹, H. Guillén¹, P. Martínez², M. Callejas¹, M. López-Rubio¹, N. Curto¹, J. García-Suárez¹, J.J. Gil-Fernández¹, M.A. Calero¹, Y. Martín¹, T. Pascual¹, C. Burgaleta¹

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia; ²Servicio Anatomía Patológica.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

Fundamento: El inmunofenotipo (IF) por citometría de flujo (CMF) es una herramienta fundamental en el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin (LNH), permitiendo detectar la presencia de clonalidad y analizar gran número de células con rapidez. Merece destacar la aportación de la CMF a las técnicas de inmunohistoquímica clásicas y analizar las ventajas en términos de rapidez y valor predictivo.

Objetivo: Analizar la rentabilidad del estudio inmunofenotípico por CMF y la anticipación al diagnóstico patológico en las muestras de PAAF y Bx ganglionares (Bx G) con sospecha de infiltración por LNH-B remitidas desde el servicio de Anatomía Patológica (AP) al Servicio de Hematología en los últimos 3 años.

Pacientes y métodos: Hemos analizado 143 muestras de 126 pacientes. Aquellas muestras con muy escasa celularidad o contaminadas con sangre periférica no se procesaron. Se obtiene suspensión celular, previa disgregación mecánica manual en muestras ganglionares. Se procede al marcaje en cuatro colores con las siguientes combinaciones de anticuerpos monoclonales: CD4/CD8/CD3/CD45, CD22/CD23/CD19/CD5, CD20/CD10/CD19/CD5, CD38/CD34/CD19/CD45 y skappa/slambda/CD19/CD5 y adquisición en un citómetro FACSCalibur (BD).

Resultados: 75 PAAF y 67 Bx G (6 Bazos), de 2008 al 2010. PAAF. De las 75 muestras de PAAF, la CMF detectó en un 53% (40/75) la no existencia de clonalidad B en menos de 24h; de estos el 82% (32/40) eran Linfadenitis Reactivas (LR), un 7.5% linfomas de Hodgkin (LH) (3/40), 7.5% neoplasia no hematológicos (NNH) (3/40). Concordancia del 95%, existiendo sólo dos falsos negativos por CMF (5%) con LNH-B por AP. Los 11 casos no concluyentes por CMF resultaron ser por AP: 6 LR, 1 L. Necrotizante, 1 caso de NNH y 2 LNH-B. En aquellos casos con sospecha de LNH-B con clonalidad B (24/75) por CMF, ésta se confirmó posteriormente en 20/24 con la AP. Hubo 1 falso positivo por CMF que era LR por AP, dos falsos negativos por AP que resultaron ser Linfoma Folicular (LF) y uno no concluyente por AP. Bx G (68 muestras): En sólo tres casos, la CMF no fue concluyente (1 Hiperplasia Folicular, 1 Infección, 1 L. Linfoplasmoblástico). De las muestras de Bx procesadas para IF con LNH-B, en el 93% (33/35) el diagnóstico fue concordante con AP (1 LZM, 1 LLC, 7 LF, 4 LCM, 5 LBDCG, 17 LNH-B), obteniendo el resultado en < de 24h. En aquellas muestras sin clonalidad B (30/68) los resultados fueron: reactivos 10/30, no concluyente 1/30, NNH 1/30, falsos negativos para CMF 5 (2LBDCG, 1LF, 2LNH-T) y en el 43% (13/30) el diagnóstico fue LH; dato importante ya que ninguno de los casos de LH se diagnosticó por CMF; de ahí la importancia de la inmunohistoquímica del ganglio para el diagnóstico correcto de EH.

Conclusiones: La citometría de flujo representa un método rápido y objetivo en el diagnóstico de procesos linfoproliferativos B, que supera en rapidez a la AP en el estudio de clonalidad B y es útil para el despistaje precoz de adenopatías sospechosas de infiltración por LNH-B. La citometría de flujo y la Anatomía Patológica son complementarias en el diagnóstico de LNH-B, sin que pueda prescindirse de la histología del ganglio.