

DOLORES ÓSEOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS: ¿SIEMPRE DEBO PENSAR EN MIELOMA?

E. Fernández Mellid, J.A. Díaz Arias, M.D. Vilariño, A. de Andrés y Jacob, M.S. González Pérez, A. Bendaña, M.J. Sánchez Sánchez, M.C. Pastoriza, J.L. Bello

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción: Aunque la morfología de sangre periférica en los procesos hematológicos suele darnos una orientación diagnóstica fiable, no todos los hallazgos han de ser siempre patognomónicos.

Descripción: Mujer de 78 años, caucásica, residente durante 40 años en Brasil, que presenta astenia intensa, dolores óseos generalizados de predominio cervical y prurito cutáneo generalizado. A la exploración se objetivan adenopatías subcentimétricas a nivel cervical y axilar, hepatoesplenomegalia no dolorosa, y lesiones de rascado tipo escoriaciones. Analíticamente presenta leucocitosis $>15000/\text{microL}$ con neutrofilia, y trombopenia de $50000/\text{microL}$, hipoalbuminemia, hipergammaglobulinemia, leve elevación de LDH y transaminasas. Coombs directo positivo, haptoglobinas disminuídas y escrutinio de anticuerpos irregulares negativo. El frotis de sangre periférica presenta marcado rouleaux de los hematíes, 12% de células plasmáticas, algunas de gran tamaño, y 16% de linfocitos, alguno linfoplasmocitoide. Viscosidad plasmática elevada 2.17. En la médula ósea se observa un 19% de células plasmáticas, algunas de aspecto más inmaduro, y 11% de linfocitos de morfología linfoplasmocitoide. En el análisis inmunofenotípico se confirma un 16% de células plasmáticas compatibles con plasmocitosis policlonal. (CD38++, CD19+, CD56-, CD45+, Ratio K/L 2). En las pruebas de imagen se objetivan adenopatías en todas las cadenas ganglionares, se confirman hepatomegalia y esplenomegalia marcada. Se realizó PAAF de adenopatía periférica con el resultado de linfadenitis reactiva inespecífica. La evolución fue tórpida con cuadro febril persistente, sin documentación microbiológica, salvo PCR + en orina para *Mycobacterium tuberculosis*, pero a pesar de tratamiento antibiótico y medidas de soporte, en pocas horas sufre shock séptico grave y éxitus. El estudio anatomopatológico de la muestra de biopsia de médula ósea obtenida a su ingreso confirmó el diagnóstico de Linfoma no Hodgkin T angioinmunoblástico (AITL).

Conclusión: Ante la presencia de plasmocitosis en sangre periférica no sólo debemos descartar mieloma múltiple, sino también procesos reactivos y otras patologías hematológicas. El AITL es un linfoma T periférico agresivo cuyo diagnóstico puede ser complejo, especialmente su diagnóstico diferencial con la hiperplasia linfoide reactiva. Aunque se conoce la presencia de células plasmáticas, linfocitos linfoplasmocitoides e inmunoblastos en sangre periférica asociados a esta entidad, la presencia de plasmocitosis policlonal marcada es excepcional, habiendo pocos casos descritos en la literatura.