

## LINFOMA B DOUBLE HIT DIAGNOSTICADO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE SANGRE PERIFÉRICA

Y. Moatassim de la Torre<sup>1</sup>, R. Leyva Ferrer<sup>1</sup>, P. Garrido Collado<sup>1</sup>, A. Romero Aguilar<sup>1</sup>, A. Cabrera Torres<sup>1</sup>, P. Jiménez Gámiz<sup>2</sup>, F. Ruiz-Cabello<sup>2</sup>, M. Jurado Chacón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia; <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos e Inmunología.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

**Introducción:** El linfoma inclasificable con características intermedias entre Linfoma Difuso de Células Grandes B y Linfoma de Burkitt (*Double hit B cell-Lymphoma*) es una nueva categoría de linfoma de células B recogida en la última Clasificación de la OMS (Tumores de tejido Hematopoyético y Linfoide).

A continuación presentamos un caso de este subtipo de linfoma en el que el diagnóstico fue dado por el estudio citomorfológico de sangre periférica apoyado por el Inmunofenotipo y el FISH, dado que la gravedad clínica de la paciente no permitió el correspondiente estudio anatomopatológico.

**Paciente:** Mujer de 64 años que ingresa desde urgencias por un cuadro de disnea progresiva y edemas de miembros inferiores. Además refiere coxalgia y dorsalgia de un mes de evolución refractaria a tratamiento. En la exploración física se objetivan numerosas adenopatías en zona cervical e inguinal. En el estudio de laboratorio destaca una monocitosis de 22.7%, LDH 3470 IU/L. El PET pone de manifiesto múltiples adenopatías hipermetabólicas mediastínicas, axilares, retroperitoneales multinivel formando enormes conglomerados periaórticos e ilíacos así como focos esplénicos y en esqueleto axial sugestivos de diseminación tumoral. Se ingresa en el servicio de Medicina Interna para estudio presentando en 7 días empeoramiento clínico grave con disnea a mínimos esfuerzos e hipoxemia que requiere paso a UCI, con incremento de la LDH a 26800 IU/L, leucocitosis de 34000/μL, creatinina de 3.5 mg/dL. Se contacta con Servicio de Hematología, y ante la imposibilidad de obtención de muestra en el aspirado medular se realiza frotis sanguíneo. En el estudio citomorfológico se observa Hb 9 g/dL, plaquetas 95000/μL y 27000 leucocitos (evidenciando la rápida progresión del cuadro) con un 39% de células linfoblásticas vacuolizadas muy sugerentes de LAL3/Linfoma de Burkitt. El inmunofenotipo detectó un 17% de linfocitos B, de tamaño mayor del normal, CD19+, CD 10+ mayoritariamente, con CD20+ heterogéneo e IgS negativas. El estudio de Hibridación *in situ* fluorescente fue positivo tanto para t(8;14) como para t(14;18), estableciéndose con este último dato el diagnóstico de linfoma inclasificable con características intermedias entre Linfoma Difuso de Células Grandes B y Linfoma de Burkitt. Se instaura tratamiento quimioterápico según esquema BURKIMAB, presentando en la actualidad una parcial respuesta al mismo y discreta mejoría analítica.

**Discusión:** Se trata de un tipo de linfoma, del que existen pocos casos descritos en la literatura, por lo que no existe consenso a la hora de establecer una secuencia diagnóstica, ni un protocolo terapéutico a seguir.

Ante la imposibilidad de realizar el diagnóstico anatomopatológico y el rápido deterioro clínico de la paciente, el estudio de sangre periférica (morfología, inmunofenotipo y FISH) resultó una eficaz alternativa para establecer el diagnóstico y permitir la rápida instauración del tratamiento quimioterápico.