

P-152 - LINFOMA PLASMABLÁSTICO: UN RETO DIAGNÓSTICO

E. Moya Trillo, L. Catari Mallea, M. Hidalgo Llorca, F. Rodríguez Peña

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Resumen

Introducción: El linfoma plasmablástico (LPB) fue descrito hace 20 años como un linfoma no hodgkiniano de curso clínico agresivo que ocurría en la cavidad oral de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Hoy se sabe que este linfoma puede ocurrir en otras localizaciones extraganglionares en pacientes inmunocompetentes. Desde el punto de vista diagnóstico, el LPB presenta una morfología e inmunofenotipo característicos. Sin tratamiento, la mediana de supervivencia es de 3-4 meses.

Caso clínico: Varón de 48 años, portador de VDVP con colecciones subdurales calcificadas. Consulta por masa de partes blandas frontal de 2 meses de evolución. Crecimiento rápidamente progresivo, asocia cefalea moderada. Se revisan TC craneales evolutivos apreciando lesión lítica craneal frontal de nueva aparición con aumento de área progresiva asociada a masa de partes blandas. Colecciones subdurales bilaterales ya conocidas. Estudio de extensión: Sin datos patológicos. Se realiza exéresis de la zona afecta de la calota. La anatomía patológica muestra: biopsia tejido intradural: Tejido necrótico; biopsia de partes blandas y hueso craneal: linfoma plasmablástico. Valorado por Hematología que inicia tratamiento con bortezomib y (EPOCH). Presenta remisión clínica y radiológica, por lo que se realiza, trasplante autógeno de progenitores hematopoyéticos.

Discusión: El abordaje terapéutico de estos pacientes es difícil debido a la poca evidencia y al mal pronóstico observado en las series, con medianas de supervivencia inferiores a un año. En pacientes inmunocompetentes aproximadamente la mitad de los casos ocurren fuera de la cavidad oral, pudiendo afectar el tubo digestivo (12%), la piel y los tejidos blandos (6%), los ganglios linfáticos, la cavidad nasal y los senos paranasales, los genitales, el sistema nervioso central y el hueso. El diagnóstico diferencial más importante debe realizarse con formas agresivas y poco diferenciadas de mieloma. Pese a los avances en su reconocimiento, el LPB sigue suponiendo un reto terapéutico.