



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2474 - LINFOMA NO HODGKIN EN ESTADIO AVANZADO

R. Titos Herrera^a, B. Pérez Ubago^b, F. Martín González^c y M. Ezquerro García^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Algarrobo. Málaga. ^bMédico de Familia. Consultorio de Salud Ventas Blancas. La Rioja. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Murillo de Río Leza. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 57 años, antecedentes de HTA y dislipemia, sin hábitos tóxicos, debuta con tumoración de dos meses de evolución a nivel submandibular de escaso crecimiento. Así mismo, febrícula, sudoración nocturna y astenia (síntomas B). Tras pruebas complementarias es derivado a hematología y oncología para iniciar tratamiento. Tras 6 ciclos cada 21 días de poliquimioterapia con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) y posterior trasplante de médula ósea con progenitores hematopoyéticos de sangre periférica. En remisión completa durante 8 años, donde presenta deterioro cognitivo con desorientación, inestabilidad de la marcha y cefalea occipital.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración, afebril, lesión ulcerada de 4mm diámetro a nivel del paladar que desplaza úvula y presencia de adenopatía yugulodigástrica de 2 cm diámetro, consistencia dura. Analítica sangre: Hb 11,6 g/dl, LDH 471 UI/l, β 2 microglobulina 2.600 μ g/l. Anatomía patológica: linfoma no Hodgkin (LNH) de células grandes fenotipo B difuso en estadio IIIB. Estudio de extensión TAC cérvico-torácico-abdominal: adenopatías en espacio yugulocarotídeo derecho, retroauricular y retromandibular, en tórax adenopatías retrocavas, en abdomen adenopatías retroperitoneales con esplenomegalia moderada, inguinales bilaterales. El mielograma no presenta infiltración, realizándose inmunofenotipo en médula ósea donde no hay presencia de proliferación linfoide B monoclonal. TAC cerebral contraste: imágenes sugerentes de afectación linfomatosa periventricular y cuerpo calloso con zona localizada en región frontoparietal derecha.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin.

Diagnóstico diferencial: Incluye todas las causas de adenopatía sean de tipo infeccioso, sistémicas o malignas. Las causas de infiltración maligna son los linfomas Hodgkin, leucemias y metástasis de cualquier tumor.

Comentario final: Los LNH comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades linfoproliferativas cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años, caracterizadas por la expansión clonal de células malignas tipo B, T, NK o de origen dendrítico/histiocítico con diferentes patrones de comportamiento y de respuesta terapéutica. El pronóstico depende del subtipo histológico y del estadio: linfomas indolentes y linfomas agresivos. A diferencia del linfoma de Hodgkin tiene una mayor preferencia de diseminación a localizaciones extraganglionares. Este caso plasma la importancia desde atención primaria de una correcta anamnesis y exploración física detectando

signos de alarma, así como el seguimiento posterior a la hora de captar precozmente posibles recidivas.

Bibliografía

1. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW: Non-Hodgkin lymphoma. Lancet. 2012;380:848-57.

Palabras clave: Linfoma no Hodgkin. Adenopatías. Metástasis.