



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-312 - RECIDIVA DE LINFOMA NO HODGKIN COMO HALLAZGO CASUAL TRAS EXTIRPACIÓN DE QUISTE SEBÁCEO EN CUERO CABELLUDO

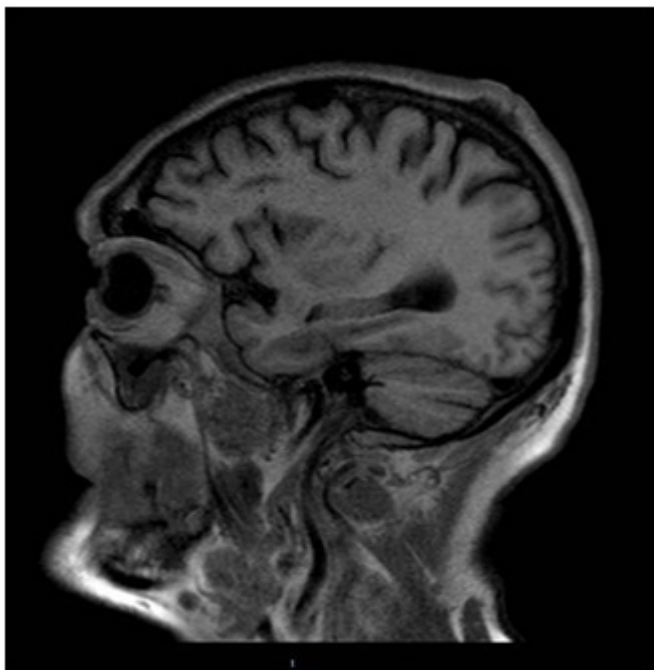
Ramos Sanfiel, Jorge¹; Zurita Saavedra, Marisol¹; Moreno Cortes, Clotilde¹; Castilla Parrilla, Elena María²; García Martínez, María de Los Ángeles¹; Mirón Pozo, Benito¹

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada; ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El linfoma no Hodgkin tipo folicular es una neoplasia maligna de células linfoides de origen centro-germinal. Es el segundo tipo más frecuente dentro de los linfomas. A pesar de presentar un crecimiento histológico lento y ser sensibles a la inmunoterapia, quimioterapia y radioterapia, en los estadios avanzados presentan una tasa continua de recaídas. La principal característica de los linfomas cutáneos primarios de células B es que la detección de la proteína BCL-2 es negativa, lo que los diferencia de los linfomas de origen ganglionar. Habitualmente no presentan afectación de la epidermis y la diseminación extracutánea es muy rara.

Caso clínico: Varón de 72 años, hipertenso, hepatopatía crónica por VHB en tratamiento crónico antiviral con entecavir con buen control de la enfermedad y antecedente de linfoma no Hodgkin de tipo folicular, tratado con quimioterapia (R-CHOP) y en remisión completa con abstención terapéutica desde hace 5 años en seguimiento por Hematología. El paciente es valorado en la consulta de Cirugía General, al detectarse tumoración dolorosa en el cuero cabelludo de crecimiento reciente, con una exploración compatible con quiste sebáceo. Se realiza extirpación de la lesión bajo anestesia local en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Intraoperatoriamente se aprecia tumoración indurada de unos 2-3 cm en región parietal derecha, hipervascularizada a nivel cutáneo y fuertemente adherida a la calota craneal, por lo que se realiza resección incompleta de la misma. La anatomía patológica informa de infiltración masiva por linfoma folicular, que coexpresa masivamente BCL-2 y BCL-6, lo que podría corresponder con extensión cutánea del tumor primitivo. Se le realiza RMN craneal, en la que se observa tumoración subcutánea en región parietal derecha con realce de contraste en su periferia en contacto con tabla externa del cráneo, sin signos de osteólisis. El estudio de extensión confirma la recaída del linfoma con afectación cutánea, adenopatías infradiafragmáticas (retroperitoneal paracavo e ilíacas bilaterales) y ósea en columna vertebral, costillas y cresta ilíaca derecha. Se presenta el caso en el Comité Multidisciplinar de Tumores, decidiéndose tratamiento quimioterápico con bendamustina en monoterapia. Tras 5 ciclos, se realiza estudio de extensión mediante PET-TC sin apreciarse lesiones hipermetabólicas que sugieran la presencia de actividad tumoral macroscópica, correspondiendo con respuesta metabólica completa al tratamiento.



Discusión: Los linfomas de tipo no Hodgkin con características histológicas de crecimiento lento tienen un pronóstico bueno con supervivencias superiores a los 20 años, sin embargo, presentan altas tasas de recaídas que responden con éxito a nuevos tratamientos siempre y cuando mantengan un grado histológico bajo. Asimismo, este caso muestra la importancia de realizar estudio anatomopatológico de todas las tumoraciones de partes blandas que se extirpan en régimen ambulatorio, ya que se describen tasas de malignidad de entre 3-5%.