



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

160/375 - Linfoproliferación... y algo más

C. de Miguel Sánchez^a, D.F. Mariño Cifuentes^b, J.L. González Fernández^c, D. Abascal Carral^d, E.M. Bengoechea Botín^e, P. Bengoechea Botín^f, M.Á. Núñez Viejo^g, F.J. Lendines Ramiro^h, C. Domínguez Mosqueraⁱ y P.A. Navarrete Solano^j

^aMédico Hematólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria. ^cMédico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud CotoLino II. Castro Urdiales. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud CotoLino Castro-Urdiales. Cantabria. ^gMédico Especialista en Medicina Interna. Complejo Universitario de Orense. Orense. ^hMédico de Familia. SUAP. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. ^jMédico de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Navarra. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años sin AP relevantes que acude a Urgencias tras valoración por su médico de Primaria por síndrome general, adenopatías y rash eritematoso maculopapular.

Exploración y pruebas complementarias: ECOG: 3. Karnofsky: 50%. Mal estado general. Ictericia conjuntival, rash eritematoso distribuido por tronco y miembros superiores). CyC: adenopatías múltiples cervicales-supraclaviculares, infracentimétricas, duras y axilar derecha de 2 cm. Tórax: AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular bilateral. Abdomen: blando, globuloso y distendido con dificultad para valorar presencia de visceromegalias. Adenopatías inguinales bilaterales de hasta 3 cm MMII: sin hallazgos. Hemograma: hemoglobina: 6,6 g/dl, leucocitos $5,0 \times 1.000/\mu\text{L}$ (segmentados 37%, linfocitos 24,6%, monocitos 35%, eosinófilos 1,9%, basófilos 1,1%), plaquetas $47 \times 1.000/\mu\text{L}$. Frotis (sangre periférica): 14% de células linfoides con morfología aberrante. No presencia de esquistocitos. Coagulación: AP: 82. Bioquímica: glucosa 180 mg/dl, urea 53 mg/dl, creatinina 0,79 mg/dl, ácido úrico 5,9 mg/dl, LDH 606 U/L, sodio 132 mEq/L, potasio 4,9 mEq/L, PCR: 15,0 mg/dl, procalcitonina 0,87 ng/dl. bilirrubina total 3,6 mg/dl (directa: 0,6 mg/dl), GOT: 18 U/L, GPT 18: U/L, GGT: 17 U/L, FA: 78 U/L. AFP (alfa-fetoproteína) 1,16 ng/ml, CEA 0,85 ng/ml, PSA: 0,24 ng/ml. Serologías (VIH, VHA, VHB, VHC): negativas. Coombs (directo): ++++. Ecografía abdominal: hepatomegalia. Adenopatías, localizadas a nivel del ligamento gastrohepático, retroperitoneal anteriores al cuerpo pancreático (18-20 mm), en eje celíaco (18 mm) y anteriores a aorta abdominal. Esplenomegalia. Biopsia (adenopatía inguinal): Inmunofenotipo compatible con linfoma no Hodgkin T angioinmunoblastico. Biopsia (médula ósea): infiltración paratrabecular e intersticial por linfoma T concordante con linfoma T angioinmunoblastico.

Juicio clínico: Linfoma T angioinmunoblastico. Anemia hemolítica secundaria.

Diagnóstico diferencial: Fundamentalmente con la mononucleosis infecciosa (VEB), con otros síndromes mononucleósicos, síndromes linfoproliferativos y tumor sólido asociado a síndrome paraneoplásico.

Comentario final: El linfoma T angioinmunoblastico es una variante de linfoma de células T periférico. Representan el 1- 2% de todos los LNH y el 15- 20% de los linfomas T periféricos. La incidencia es igual en ambos sexos, siendo más frecuentemente en la edad media de la vida y en los ancianos (media entre 60-65

años). Las manifestaciones clínicas son muy diversas (fiebre, sudoración profusa, síndrome general, exantema cutáneo, adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia y fenómenos autoinmunes, sobre todo anemia hemolítica e hipergammaglobulinemia policlonal). Junto a ello, destaca la importante inmunosupresión que genera graves complicaciones infecciosas que son, en ocasiones, la causa del fallecimiento del paciente. El curso clínico es variable e impredecible, no obstante suele ser desfavorable, mostrando normalmente un mal pronóstico, incluso cuando son tratados intensivamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khosravi Shahi P, Díaz Muñoz de la Espada VM, Encinas García S. Linfoma T angioinmunoblastico: caso clínico y revisión de la literatura. *An Med Interna*. 2006;23(1):49-50.
2. Coca Díaz F, García Alhambra MA, Rada Martínez S, Menárguez J, Serra Rexach JA. Linfoma angioinmunoblastico en anciana de 73 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(2):117-9.