

347/4175 - DERRAME PLEURAL COMO FORMA DE DEBUT EN UN CASO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

O. Guta^a, J. Ballesteros Pérez^b, J. Castiñeiras Moracho^c y M. Meneses Yaruro^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Corella. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cascante. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Cintruénigo. Tudela. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, 85 años, AP de síndrome depresivo e HTA, recientemente diagnosticada de cardiopatía valvular con estenosis aórtica moderada, asintomática con función sistólica normal, acude por disnea de tiempo de evolución. Refiere aumento de la disnea de moderados esfuerzos a mínimos en 2 semanas, tos sin fiebre, ni edemas en eiii. EF: AC con soplo sistólico y AP con crepitantes en LII y con ausencia de murmullo vesicular en LID. Se sospecha ocupación de espacio, se remite a urgencias donde se diagnostica derrame pleural extenso, realizando toracocentesis saliendo líquido lechoso (en total 2.500 cc) que impresiona de quilotórax.

Exploración y pruebas complementarias: Hb: 10,2, Leuc: 2.500 (N: 700), plaq: 165.000. Rx: derrame de 2/3 de plumón izquierdo. TAC: Adenopatías mediastínicas y adenopatías axilares. Masa retroperitoneal, que engloba a aorta y vena cava, desplazando anteriormente (signo de la "aorta flotante"), también al páncreas, eje esplenoportal y vasos renales. Citometría de líquido pleural: infiltración por un 6,28% de células B con expresión monoclonal de cadenas ligeras de superficie kappa e inmunofenotipo no específico. Citometría de médula ósea: infiltración de médula ósea por 21,8% linfocitos B con monoclonalidad de cadenas ligeras kappa.

Orientación diagnóstica: Linfoma no Hodgkin de bajo grado (L. linfoplasmocítico) estadio IV.

Diagnóstico diferencial: ICC, neumonía.

Comentario final: LNH constituyen un grupo de neoplasias linfoproliferativas que se originan habitualmente en los tejidos linfoideos y se puede diseminar hasta otros órganos, menos previsible que el LH y tiene predilección por diseminarse hasta sitios extraganglionares. El pronóstico depende del tipo histológico, el estadio y el tratamiento. Los LNH de crecimiento lento tienen un pronóstico relativamente bueno, pero no curables en los estadios clínicos avanzados. El linfoma linfoplasmocítico, con incidencia muy baja (1%), se relaciona con una paraproteína monoclonal sérica de inmunoglobulina M (IgM) (macroglobulinemia de Waldenström), presentan compromiso de la médula ósea, los ganglios linfáticos y el bazo. En este caso se inicio el tratamiento con R-CVP, pero tras el primer ciclo la paciente presenta un deterioro progresivo y fallecimiento.

Bibliografía

1. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. *Lancet*. 2012;380(9844):848-57.

Palabras clave: Linfoma no Hodgkin.