

HOSPITAL MILITAR CENTRAL "DR. CARLOS J. FINLAY"

Linfoma histiocítico del bazo. A propósito de una observación

Por:

Cap. SM. OSCAR FERNANDEZ RAMOS*9, Cap. SM. MARCOS TACHE JALAK**10

y Dr. RAUL DE CASTRO ARENAS***11

Fernández Ramos. O. y otros. *Linfoma histiocítico del bazo. A propósito de una observación.* Rev Cub Med 20: 4. 1981.

Se comunica el caso de un paciente de 57 años de edad, con linfoma histiocítico difuso solitario del bazo, que presentó las manifestaciones clínicas más frecuentes en esta enfermedad, con una evolución tórpida y mala respuesta al tratamiento. Discutimos los resultados de las pruebas de laboratorio, encontrando que la eritrosedimentación acelerada y la hiperfibrinogenemia pueden ser considerados como signos de actividad de esta entidad. Se comparan nuestros resultados con los informados por otros autores.

Las esplenomegalias no relacionadas con una causa obvia, presentan generalmente un problema diagnóstico difícil. En los adultos el aumento del tamaño del bazo puede ser debido a un linfoma de este órgano, aunque su frecuencia sólo es del 1%, por lo que se consideran extremadamente raros.¹⁻⁵

En la mayoría de los casos suelen presentarse como esplenomegalias aisladas o asociarse a fiebre, anemia y pérdida de peso, que hacen sospechar una enfermedad sistémica.³ La evolución es habitualmente rápida y con mal pronóstico,^{2,4} ya que frecuentemente termina en una diseminación y en ocasiones con expresión periférica.^{3,6}

Consideramos de interés comunicar la evolución clínica y hematológica de un paciente con linfoma solitario del bazo.

Observación

Paciente R.C.F., del sexo masculino, de 57 años de edad, que ingresó el 16-12-76 por astenia, anorexia, dolores musculares, fiebre y pérdida de 9 kg de peso corporal en tres semanas de evolución. En el examen físico se encontraron como datos positivos: temperatura de 38,5°C; palidez cutáneo-mucosa; pulso 108/ min.; tensión arterial, 110/70 mm/Hg. El bazo se palpaba 6 cm por debajo del reborde costal, de superficie lisa, consistencia dura y no doloroso.

Los exámenes de laboratorio realizados mostraron los siguientes resultados: hemoglobina, **8,6 g%**; reticulocitos, 1,0%; plaquetas, 400 000/ mm³; leucocitos, 10 000/mm³, con neutrófilos, 76%; linfocitos, 20%; eosinófilos, 4%; eritrosedimentación 115 mm en la primera hora; fibrinógeno, 460 mg%; medulograma con hiperplasia del sistema granulopoyético, aumento del porcentaje de eosinófilos (11%) y de las células plasmáticas (7%) y azul de prusia positivo.

*9 Hematólogo. Hospital militar central "Dr. Carlos J. Finlay".

** 10 Cirujano. Hospital militar central "Dr. Carlos J. Finlay".

*** 11 Hematólogo. Hospital docente "Comandante Manuel Fajardo".

Se realizaron otros exámenes con resultados normales: glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, electrolitos séricos, transaminasa glutámica pirúvica, fosfatasa alcalina sérica, fósforo, calcio, electroforesis de proteínas, pruebas de bromosulfaleína y sulfofenoltaleína, coagulograma, hemocultivos, urocultivos, coprocultivo, bacteriológico de esputo y las pruebas cutáneas para investigar tuberculosis e histoplasmosis. Los estudios radiológicos de tórax y estómago y duodeno sólo mostraron elevación del hemidiafragma izquierdo y compresión extrínseca de la curvatura mayor del estómago por la esplenomegalía. La linfografía, estudio óseo y tracto urinario fueron normales.

El 20-1-77 se realizó laparotomía exploratoria encontrándose un bazo tumoral adherido al peritoneo parietal e infiltrando el diafragma del cual fue necesario seccionar un fragmento de 2 cm para realizar la esplenectomía. No se encontraron adenomegalias y se tomaron biopsias superficial y profunda de ambos lóbulos hepáticos. No presentó complicaciones posoperatorias. El paciente fue tratado con medidas de sostén y antibióticos (cefaloridina y gentamicina); se obtuvo mejoría inicial, dada por desaparición de la fiebre y los síntomas generales.

El estudio macroscópico mostró un bazo de 1 650 gramos y un tamaño de 18 x 17 x 6 cm (figura 1) Después de seccionado se observó un tejido blanco-grisáceo, irregular, de consistencia elástica que ocupaba prácticamente todo el parénquima esplénico (figura 2) y que histológicamente correspondió a un linfoma histiocítico difuso (figuras 3 y 3A) En las biopsias hepáticas no se encontró infiltración del proceso linfoproliferativo.

La evolución fue satisfactoria, por lo que se decidió el alta hospitalaria; catorce días después de la intervención quirúrgica se instauró tratamiento con poliquimioterapia siguiendo el esquema del MOPP. Se añadió ciclofosfamida intercalada a 150 mg/día/oral y recibió un total de dos ciclos. La hemoglobina ascendió a 10,0 g%, mantuvo trombocitosis de 750 000 plaquetas/mm³, la eritrosedimentación muy acelerada e hiperfibrinogenemia. Dos meses después de establecido el diagnóstico reingresó por fiebre, diarreas, hepatomegalia, íctero y edema en miembros inferiores, con rápida evolución hacia el coma, falleciendo 48 horas después. La necropsia reveló infiltración linfomatosa en hígado, ganglios, riñones, pulmones e intestino delgado.

DISCUSION

La gran mayoría de los adultos con esplenomegalia persistente presentan manifestaciones clínicas y de laboratorio que permiten orientar el diagnóstico hacia una enfermedad específica.^{8,9} En otros casos no es posible establecer la

causa y es necesario recurrir a la esplenectomía.^{3,6} En nuestra observación, después de este proceder quirúrgico fue que se pudo demostrar la existencia de un linfoma histiocítico del bazo. Consideramos que con los estudios realizados podemos afirmar que el proceso linfoproliferativo sólo tenía asiento en este órgano.

Las manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, tiempo de evaluación y respuesta al tratamiento son muy variables. Longy Aisenberg³ encontraron en 15 casos que las manifestaciones más frecuentes fueron la hepatosplenomegalia, anemia y pancitopenia. La duración conocida de la esplenomegalia palpable ha variado desde dos meses hasta ocho años; otros informan mayor supervivencia.¹⁰ Skarin y colaboradores¹¹ informaron diversos grados de anemia, trombocitopenia y leucopenia con linfocitosis relativa y uno de sus pacientes mostró células inmaduras del tipo de las células peludas o "hairy cells". En la médula ósea encontraron hiperplasia eritropoyética.

La respuesta al tratamiento también puede ser disímil, pudiendo fracasar desde el inicio u obtener resultados satisfactorios.^{3,8n} En general, la literatura al respecto concede muy mal pronóstico a estos enfermos. Entre los factores que pueden intervenir en esto se encuentran la variedad histiográfica y la rapidez en el diagnóstico.

Nuestro paciente presentó las manifestaciones clínicas más frecuentes de esta entidad, teniendo una evolución tórpida y con pobre respuesta al tratamiento.

Se ha señalado que no es posible diferenciar entre el linfoma del bazo y la esplenomegalia idiopática atendiendo a la clínica y a los resultados de las investigaciones de laboratorio.^{3,13} En nuestra observación encontramos la eritrosedimentación y el fibrinógeno persistentemente elevados, considerados ambos en la actualidad como signos de actividad de los linfomas.¹³ Las alteraciones de la médula ósea son diferentes a las seña-

ladas por otros autores^{3,611} y las consideramos secundarias a un estado reaccional inespecífico.

La esplenectomía está justificada durante algunas enfermedades bien conocidas o cuando el aumento del bazo está asociado con infarto doloroso, manifestaciones compresivas o pancitopenia.

En los pacientes con linfoma del bazo debido a lo variable del cuadro clínico, evolución y resultados de las investigaciones de laboratorio, se llega en muchas ocasiones al diagnóstico de certeza solamente después de una esplenectomía diagnóstica en un enfermo con una esplenomegalia solitaria.^{8,6,014,16}



Figura 1. Bazo tumoral. Obsérvese las zonas blanquecinas, sitios de prominencias del tumor.

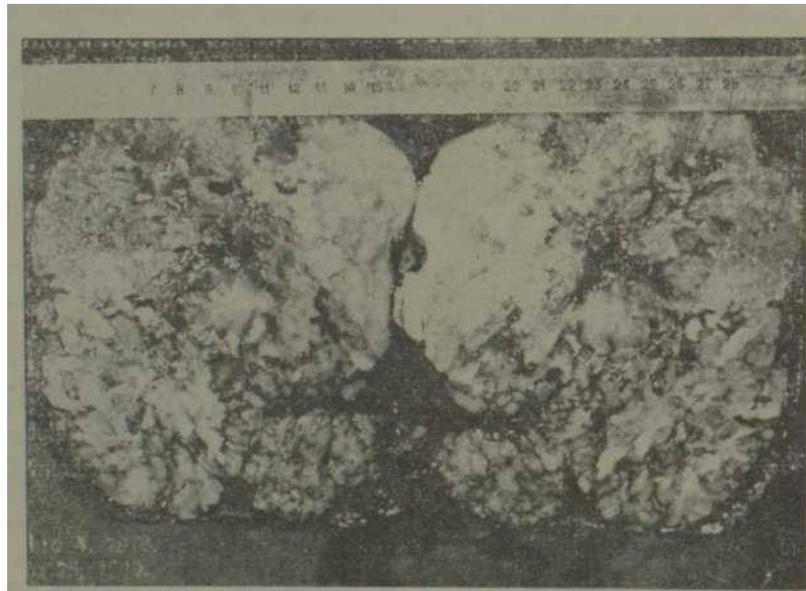


Figura 2. Bazo cortado transversalmente, ocupado prácticamente en su totalidad por el linfoma.

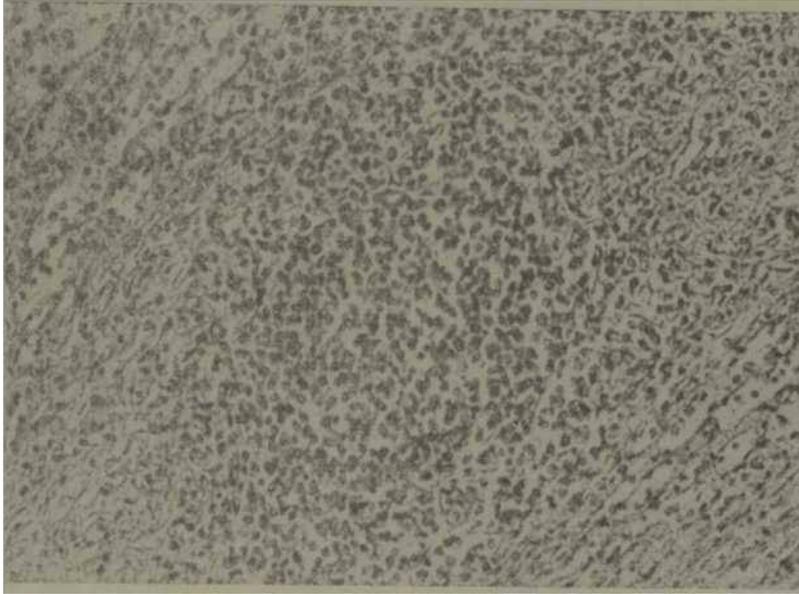


Figura 3. Estudio microscópico (retículo de Gomori x 50) con infiltración linfomatosa pseudobulillar.

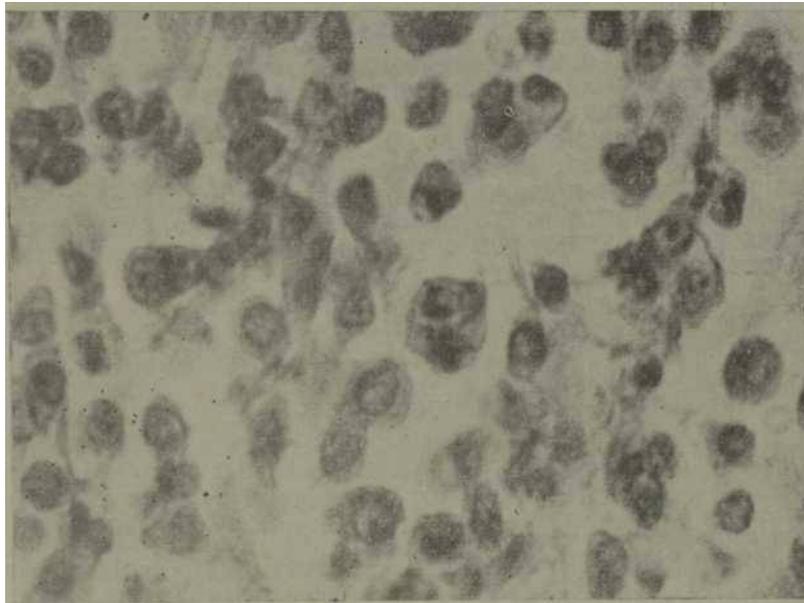


Figura 3A. Estudio microscópico (hematoxilina-eosina x 400) que muestra las características de las células infiltrativas.

SUMMARY

Fernández Ramos, O. et al. *Histocytic lymphoma of the spleen. For the purpose of an observation.* Rev Cub Med 20: 4, 1981.

The case of a 57 year old patient with diffuse solitary histocytic lymphoma of the spleen who presented the most frequent clinical manifestations for this entity with a torpid evolution and ill response to treatment is reported. We discussed results in laboratory tests and it was found that accelerated erythrocytation and hyperfibrinogenemia may be considered as activity signs for this entity. Our results are compared to those reported by other authors.

RÉSUMÉ

Fernández Ramos, O. et al. *Lymphome histocytaire de la rate. A propos d'un cas.* Rev Cub Med 20: 4, 1981.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient âgé de 57 ans. porteur d'un lymphome histocytaire diffus solitaire de la rate, laquelle a présenté les manifestations cliniques les plus fréquentes de cette maladie, avec une évolution torpide et mauvaise réponse au traitement. Ils discutent les résultats des tests de laboratoire, et ils ont constaté que la sédimentation érythrocytaire accélérée et l'hyperfibrinogénémié peuvent être considérées comme des signes d'activité de cette entité. Les résultats sont comparés aux rapportés dans la littérature.

PE3KME

racTaoEuiTaHeoKaa OTMbOMa cejieséHxa. B aejua naOjimmj R₀T

Cub Med 20: 4, 1981.

B í BCT00Tjea paóTe cooómaeTcn cjiyqafi c ootoS naimeHTKofi b bo3 J^{re} «' CT^aakCie^u uⁱ yⁱHOti H08 aa&ysopH0ft rucTii omi Ta^ec''' ^ cejiesemcH.

iOiraa^eckZe Mara\$ecTanM 3aticuieBaHHH

C&MMMH qaCTHMH, KOT0JH6 BCTDeTaDTCH OEM noaoÓHOM 3a6oJi6BSHM, EoJi83HL y Heé HMejia Tona^IQCKOs pa3BHTze

TM²J^l noiLTMarr0^ΛOBajia 5^a

npOBOjuiM odcyiuieHHe pe3y^LTa-

tob Jiadopato^moc npotí, oÓHapyMLBaH npH stom, hto sphtdoiisilh — MeHTaiíHH yckopeHHBH a ranepSkpnHoreHeME^ worry? cSíaSc? - níwnmotmtjír aKTOBHOCTh 3Toro 3aóojieBaHHH. IlpoB00TTCH cpaB'- eHae

SpSf STSSE? ^{63yJn,laT0B} o J¹²? "TM*TM.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahmann, D.L. et al. *Malignant lymphoma of the spleen.* Cancer 19: 461, 1966.
2. Davey, F.Ft. et al. *Pathology of splenic lymphomas.* Am J Clin Pathol 59: 95. 1973.
3. Long, J.C.; A.C. Aissnberg. *Malignant lymphomas diagnosed at splenectomy and idiopathic splenomegaly.* Cancer 33: 1054, 1974.
4. Molander, D.W.; G.T. Pack. *Lymphosarcoma: choice of treatment and end-results in 567 patients.* Rev Surg 20: 3, 1963.
5. Bostick, W.L. *Primary splenic neoplasma.* Am J Pathol 21: 1143, 1945.
6. Skarin, A.T. et al. *Lymphosarcoma of the spleen.* Arch Intern Med 127: 259, 1971.

7. *De Vita, V. et al.* Combination chemotherapy in the treatment of advanced Hodgkin's disease. *Ann Intern Med* 73: 881, 1970.
8. *Hermann, R.E. et al.* Splenectomy for the diagnosis of splenomegaly. *Ann Surg* 168: 896, 1968.
9. *Christensen, B.E. et al.* Splenectomy in haematology. Indications, results, and complications in 41 cases. *Scand J Haematol* 7: 247, 1970.
10. *Decker, H.R.: H.G. Little.* Follicular lymphoblastoma of the spleen. *JAMA* 165: 1178, 1957.
11. *Bajo Gómez, R. y otros.* Linfoma "primario" del bazo. *Sangre* 20: 487, 1975.
12. *Dacie, J.V. et al.* Non-tropical idiopathic splenomegaly (primary hypersplenism): A review of ten cases and their relationship to malignant lymphoma. *Br J Haematol* 17: 317, 1969.
13. *Simposium by American Society and National Cancer Institute Staging in Hodgkin's disease.* University of Michigan. Ann Arbor. April 26-28, 1971. Michigan. USA. *Cancer Res* 31: 1710, 1971.
14. *Gordon, J.D.; D.H. Paley.* Primary malignant tumors of the spleen. *Surgery* 29: 907, 1951.
15. *Hickling, R.A.* Giant follicular lymphoma of the spleen. *Br Med J* 2: 787, 1964.
16. *Benitez, J. y otros.* Esplenectomía como método de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades hematológicas. Tesis para especialista de cirugía. Abril 1978, Ciudad de La Habana, Cuba.

Recibido: noviembre 6, 1979.
Aprobado: noviembre 17, 1980.

Dr. Oscar Fernández Ramos
Hospital Carlos J. Finlay
Calle 31 y 144
Ciudad de La Habana.