

LINFOMA FOLICULAR PRIMARIO DE CÉRVIX: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Muñoz Contreras, M.; Lorca Alfaro, S.; Martínez Vicente, L.; Gurrea Almela, E.;
Gómez Laencina, AM.; Egea Prefasi, L.; Escribano Cánovas, MD.; Machado Linde, F.
Hospital General Universitario «Reina Sofía», Murcia

INTRODUCCIÓN: Se define «linfoma» como neoplasia maligna hematológica, secundaria a la proliferación incontrolada de células linfoides, generalmente dentro de los ganglios linfáticos o tejidos linfoides como el bazo o la médula ósea. Sin embargo, está descrito que el 30% de los Linfomas No Hodgkin (LNH) diagnosticados tienen su origen primario en tejidos extraganglionares, como el aparato digestivo, el sistema nervioso central, el aparato genital femenino...

El tracto genital femenino como origen primario del linfoma tiene una prevalencia de 0,2-1,1%; siendo el ovario el lugar donde se describen preferentemente, quedando el cérvix en segundo lugar.

En cuanto al subtipo de linfoma que nos podemos encontrar destaca el *difuso B de células grandes*, seguido del *folicular*, el *Burkitt* y el *asociado a mucosas (MALT)*.

OBJETIVO: Describir el caso de un LNH folicular a nivel del cuello del útero y revisión de las publicaciones sobre esta rara entidad clínica para lograr un adecuado manejo clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda en bases de datos científicas de las publicaciones en inglés acerca de esta neoplasia, seleccionando finalmente cuatro revisiones bibliográficas de 2014-2017.

CASO CLÍNICO: Paciente de 77 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, asintomática, que es remitida desde su Centro de Salud por hallazgo de **masa cervical uterina** en TAC de control.

El TAC (imagen 2) informa de un aumento de tamaño del cérvix en contacto con engrosamiento de las paredes posterior y lateral derecha de la vejiga compatible con tumoración cervical invasiva. Múltiples adenopatías retroperitoneales y bilaterales en cadenas ilíacas comunes, internas, externas e inguinales bilaterales.

- **Exploración ginecológica:** formación pétreo que abomba en cara anterior vaginal. Cérvix indurado, a la visualización sólo se aprecia labio anterior.
- **EcoTV:** tumoración que depende de cérvix de 54x39mm con afectación del parametrio derecho. Puede afectar al útero a nivel del segmento. A nivel vesical se visualiza mucosa vesical engrosada en su cara posterior, no se puede descartar afectación vesical. Color Score 4/5. GIRADS 5.

Se realiza estudio de extensión ante la sospecha de neoplasia cervical con:

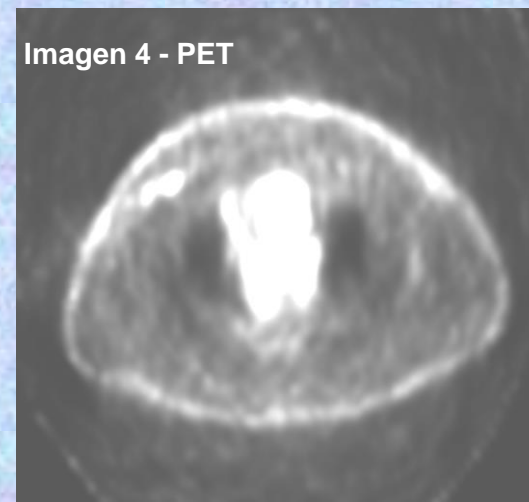
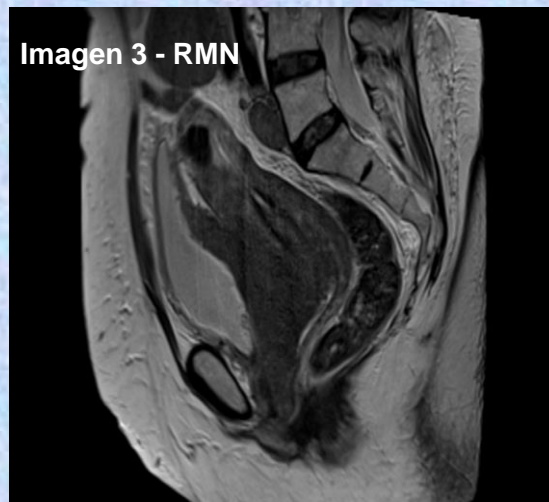
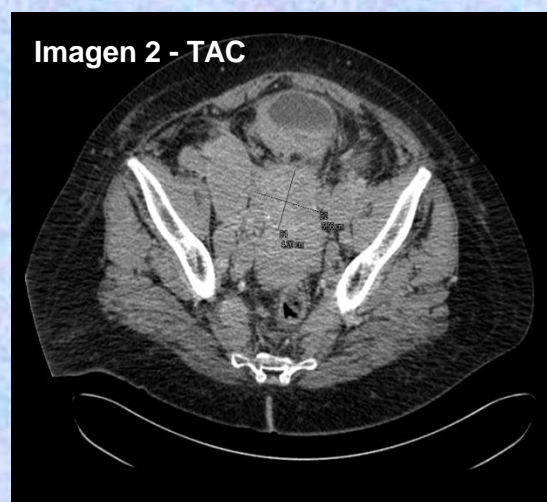
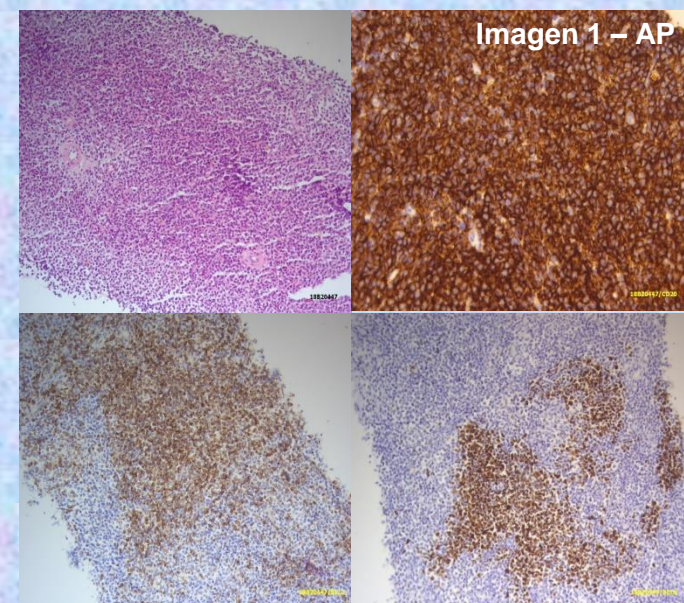
- **RMN pélvica** (imagen 3): tumoración endometrial que ocupa el istmo y cara anterior del cuerpo uterino donde existe una infiltración del miometrio >50%, se introduce parcialmente en el canal endocervical con afectación del estroma cervical. Invade la pared posterior y lateral derecha de la vejiga. La pared del recto y la grasa pre y perivesical están conservadas. Las regiones anaxiales y parametrales no muestran anomalías. Múltiples adenopatías pélvicas y retroperitoneales distales.
- **CCV:** frotis negativo para lesión intraepitelial/malignidad.
- **PET** (imagen 4): masa uterina en cérvix de aproximadamente 7x8,5cm y múltiples adenopatías-conglomerados infradiafragmáticos, de características malignas. Sin evidencia de enfermedad maligna macroscópica en otras localizaciones.

Se decide exploración y toma de biopsias bajo anestesia.

- **Hallazgos a la exploración:** vagina, a expensas de cara anterior, pétreo y fija, con desaparición del cérvix. No se visualizan fondos de saco vaginales ni OCE. Tacto rectal: cérvix pétreo y fijo con parametrio derecho clínicamente afectado.
- **Biopsia endometrial:** escasos fragmentos de estroma fibroso infiltrados por linfoma.
- **Biopsias de la tumoración** (imagen 1): los cilindros remitidos muestran infiltración por una neoplasia de estirpe linfoide con patrón vagamente nodular, con áreas de patrón difuso, constituida por centrocitos y centroblastos en proporción variable, Ki67 <20%. La neoplasia descrita muestra positividad intensa y difusa para CD45, CD20 y CD79a, positividad para bcl2 en áreas de aspecto folicular en interfolicular y positividad para bcl6 en áreas de aspecto interfolicular, positividad aislada para algunas células a CD30 y positividad leve focal para p53 en zonas que parecen corresponder a restos de centros germinales. Infiltración por **linfoma B, consistente con linfoma folicular**.

Se presenta el caso en el comité multidisciplinar de Oncología Ginecológica y la paciente pasa a las consultas de Oncología Médica para iniciar tratamiento quimioterápico según esquema Rituximab + CHOP (Ciclofosfamida – Doxorubicina – Vincristina - Prednisona).

Actualmente la paciente ha finalizado dicho tratamiento, se encuentra en remisión de la enfermedad, asintomática y con buena calidad de vida.



CONCLUSIONES:

- La definición de origen primario extraganglionar del LNH es controvertida; de manera práctica se entiende que son aquellos linfomas en los que no se describe afectación ganglionar ó una afectación ganglionar escasa asociada a un componente clínico extraganglionar predominante. Sin embargo, una vez que la enfermedad se ha diseminado, la distinción entre primario y secundario es difícil.
- Debido a su clínica inespecífica, en la que es frecuente la ausencia de síntomas B (fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso...) es necesaria una aproximación multidisciplinar.
- El diagnóstico definitivo es histológico y requiere la realización de diferentes técnicas inmunohistoquímicas y citogenéticas, destacando positividad para CD20 en linfomas B, CD3 en linfomas T y Keratina en carcinomas. Realizar un diagnóstico de esta entidad por citología cervico-vaginal no es posible, según los datos estudiados.
- Ante la ausencia de cohortes lo suficientemente amplias como para realizar estudios adecuados el tratamiento es paralelo al de cualquier linfoma de estirpe B, es decir, quimioterapia según esquema CHOP + Rituximab +/- Radioterapia. La cirugía debe ser evitada ya que no ha demostrado mejorar la supervivencia y retrasa el inicio del tratamiento quimioterápico.
- El pronóstico es variable, en función de la edad, el estadio Ann Arbor, histología (linfoma difuso de células grandes, folicular, Burkitt, MALT...), presencia de sintomatología sistémica, elevación de LDH...