

Manzanares López, Julia; Ibarra Villar Patricia; Carratalá Pérez, Olga; Hernández Peñalver, Ana Isabel; Níguez Sevilla Isabel
Unidad de Ginecología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN:

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son proliferaciones monoclonales malignas de células linfoides que afectan más comúnmente a los órganos linfáticos, sobre todo a ganglios. Con menos frecuencia se originan en otros tejidos. Los otros órganos más frecuentemente afectados son el sistema gastrointestinal y el sistema nervioso central. El linfoma primario del tracto genital femenino es muy poco frecuente, afectándose sobre todo los ovarios seguido del cérvix y cuerpo uterino.

CASO CLÍNICO:

Mujer postmenopáusica de 61 años que consulta por spotting y pérdida de peso.

- Como antecedentes médicos presenta diabetes mellitus tipo II. En cuanto a los antecedentes ginecológicos presenta una fórmula obstétrica G3P2A1 y presentó la menopausia a los 53 años. En seguimiento en las consultas de mama por nódulo BIRADS III.

- Se realiza ecografía ginecológica donde se observa miometrio edematoso y endometrio atrófico. Se indica histeroscopia con toma de biopsia, que informa de **linfoma B folicular de células pequeñas de bajo grado**. En el estudio inmunoquímico las células eran PAX-5 (+), así como C20, CD10 y CD79a positivas. Expresaban además BCL-2.

- Analítica: sin hallazgos patológicos.

- TAC toraco-abdomino-pélvico: donde no se aprecian adenopatías axilares. Adenopatías en sabana retrocava, pretraqueal, precarinal, subcarinal y en hilio pulmonar derecho. Pequeñas adenopatías retroperitoneales por debajo de las arterias renales. No se aprecian adenopatías pélvicas ni inguinales.

- PET-TAC: conglomerado adenopático mediastínico y lesión uterina de características metabólicas malignas. Sin evidencias de enfermedad maligna macroscópica en otras localizaciones.

- En el aspirado de médula ósea no existe infiltración linfoide.

- **Diagnóstico**: Linfoma folicular de bajo grado estadio IVA.

- Se presenta en comité multidisciplinar de tumores decidiendo tratamiento con quimioterapia **R-CHOP**, tratamiento con el que se encuentra actualmente.

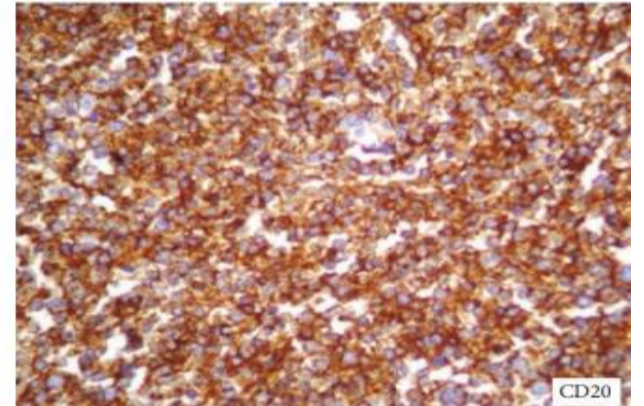


Imagen 1. Inmunoquímica CD 20

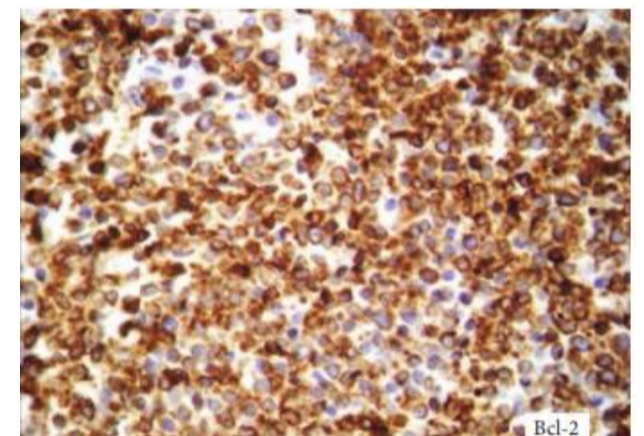


Imagen 2. Inmunoquímica Bcl-2

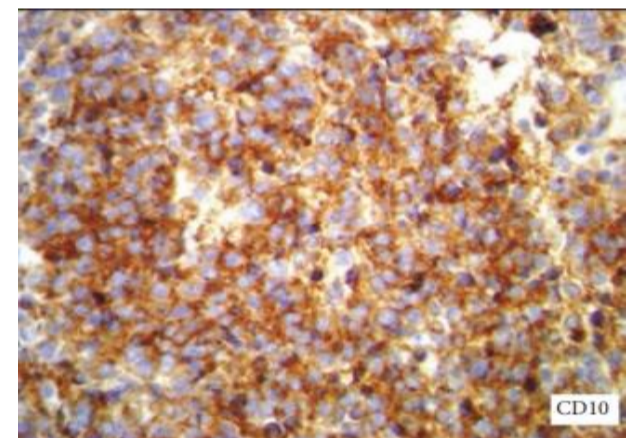


Imagen 3. Inmunoquímica CD 10

DISCUSIÓN:

El linfoma folicular es el segundo subtipo más común de los LNH. El **linfoma folicular primario de endometrio** tiene una frecuencia de menos del 1%. Cuando aparece la afectación del aparato genital femenino se debe normalmente a una diseminación de la enfermedad, lo que confiere peor pronóstico.

Microscópicamente presenta un crecimiento nodular, asemejándose a los centros germinales normales de los folículos linfoides secundarios.

El **diagnóstico** suele ser dificultoso debido a que la mayoría de los pacientes están asintomáticos. La afectación endometrial cursa con sangrado uterino anómalo, dolor pélvico o distensión abdominal. Los síntomas B son muy poco frecuentes.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante la biopsia del tejido, además, los hallazgos inmunoquímicos ayudan al diagnóstico. Característicamente, las células tumorales expresan una cadena ligera de inmunoglobulina monotípica, CD19, CD20, CD10 y BCL-6, y son negativas para CD5 y CD23. Aproximadamente el 85% presenta la t (14;18) que resulta en la sobreexpresión de BCL-2, un oncogén que bloquea la apoptosis celular, lo que lleva a una supervivencia celular prolongada.

Respecto al **pronóstico**, el linfoma folicular es un tumor de bajo grado. Las dos mejores medidas para el pronóstico son el Índice de Pronóstico Internacional de Linfoma Folicular (FLIPI) y el grado del tumor.

La terapia R-CHOP es el tratamiento quimioterápico de primera línea.

CONCLUSIONES:

El linfoma folicular de endometrio es una entidad muy poco frecuente. Debido a la clínica inespecífica que produce es fácil confundirlo con otras patologías ginecológicas, siendo fundamental para el diagnóstico la biopsia del tejido y la inmunoquímica. La terapia R-CHOP es el tratamiento de elección para este tipo de linfomas. Debido al escaso número de casos no existe un protocolo de actuación establecido.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arnold S Freedman, Jon C Aster. Clinical manifestations, pathologic features, diagnosis, and prognosis of follicular lymphoma. F Connor : UptoDate ; 2019 [acceso 15 de febrero de 2019]. Disponible en: www.uptodate.com
2. Yukari L, Anyury Daquin M, Tessmann Zomer M, Reitan Ribeiro. A Case of Primary Uterine Lymphoma Presenting with Bleeding, Pelvic Pain, and Dysmenorrhea. Obstetrics and Gynecology. 2018; 1-4.
3. M. Ferrando, C. Marco, V. Carmona, F. Nohales. Presentación ginecológica de un linfoma no hodking. Clin Invest Gin Obst. 2010; 37(2):75-78