

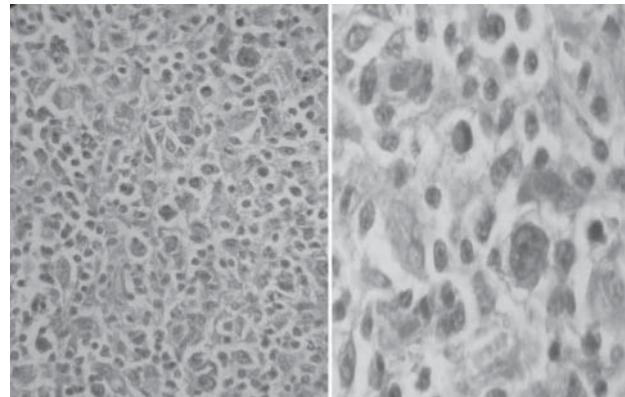
Irene Rivera Salgado,* Alicia Rodríguez Velasco**

El ejercicio diagnóstico tiene dos propósitos: primero compartir casos por sus aspectos clínico y anatomo-patológico sean de interés por el trato de dificultad diagnóstica secundo utilizarlos para formar un acervo que después podamos consultar. En la primera parte se plantea una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: V, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y F, falso, cuando considere que no está de acuerdo con lo que se afirma. En el anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados así como algunas "perlas" de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

1. _____ Con base en los datos clínico-patológicos, una de las primeras consideraciones diagnósticas es la de linfoma de Hodgkin.
2. Las otras consideraciones diagnósticas son: _____
3. _____ Considerando que con IHQ se encuentra: CD 20 +, CD 30 y CD 15 negativos, CD3 y CD 68 positivos en células reactivas; se confirma el diagnóstico de linfoma de Hodgkin.
4. _____ El porcentaje de supervivencia a cinco años en estos casos es superior a 50%.

○ PRIMERA PARTE

Paciente masculino de 77 años de edad, con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo intensos; diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución, tratado con hipoglucemiantes. Padecimiento actual de 10 meses de evolución, caracterizado por adenomegalias cervicales, axilares e inguinales, de 2 cm de diámetro promedio, no dolorosas y fijas a planos profundos. Acudió al servicio médico por padecer edema progresivo en la extremidad superior derecha, sin afección de la sensibilidad. Se realiza biopsia de una de las adenomegalias cervicales.



* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur, Pemex.

** Anatomopatóloga Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Correo electrónico: mirivera@pemex.gob.mx

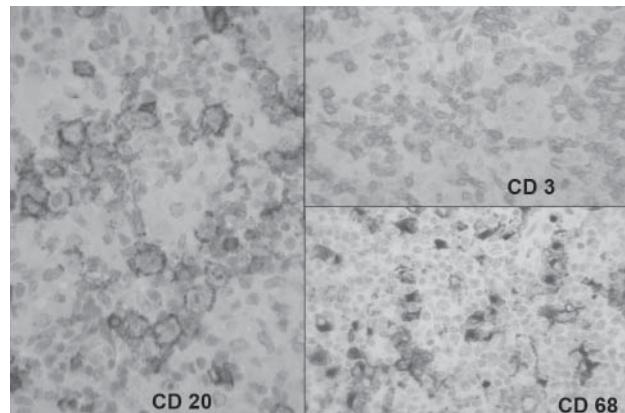
La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

SEGUNDA PARTE

1. Verdadero. Tanto la clínica como la histopatología orientan hacia una neoplasia maligna de estirpe linfóide. La arquitectura del ganglio está totalmente alterada, en un fondo de linfocitos pequeños e histiocitos epitelioides resaltan las células linfoides grandes de núcleos irregulares, lobulados con nucléolo prominente que se encuentran dispersas y en pequeños grupos, algunas de ellas semejan células de Reed-Sternberg.

2. Con esta apariencia se debe incluir en el diagnóstico diferencial al linfoma de Hodgkin clásico, proliferaciones inmunoblasticas reactivas, y linfomas no Hodgkin de células grandes, acompañados de histiocitos. El diagnóstico en este caso corresponde a linfoma de células grandes B rico en células T e histiocitos. Esta neoplasia corresponde a 10% de los linfomas difusos de células grandes B. Los linfocitos grandes neoplásicos son CD 20+ y su morfología recuerda células LH, centroblastos, inmunoblastos o células RS. La población de células bien diferenciadas del fondo que suele ser la más abundante corresponde a linfocitos pequeños reactivos CD3+ e histiocitos CD 68+ (figura 2), estos últimos pueden tener en aspecto epitelioide.

3. Verdadero. Los marcadores para células RS fueron negativos (CD 15 y CD 30) por lo que los marcadores de inmunoperoxidasa en estos casos son indispensables para establecer el diagnóstico definitivo, porque sólo con H&E, el diagnóstico diferencial incluye las enfermedades antes mencionadas.



4. Falso. El linfoma de células grandes B rico en células T e histiocitos corresponde a una de las variantes morfológicas del linfoma B de células grandes un linfoma de comportamiento agresivo que, en general, se diagnostica en estadios clínicos avanzados. Al momento del diagnóstico 50% de los pacientes tienen infiltración de la médula ósea, y la supervivencia a cinco años es de tan sólo de 20%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris N., Stein H, Vardiman J. Tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. WHO classification of tumours. Lyon, 2001;pp:171-6.
2. Fletcher C. Diagnostic histopathology of tumors. 3rd ed. 2007;pp:1139-288.