

# LINFOMA NO HODKING DE CÉLULAS PEQUEÑAS

## AUTORES

**DR. JORGE CABRERA**  
CLÍNICA OV CIMA  
**MD. ANGIE DUARTE**  
CLÍNICA OV CIMA

## RESUMEN

Los linfomas son un grupo grande de neoplasias malignas que se originan en las células linfoides, se dividen en 2 categorías principales: Linfoma de Hodking (LH) y el Linfoma no Hodking (LNH), la principal diferencia radica en el tipo de células que se encuentran afectadas. El LNH es una neoplasia compleja que afecta al sistema linfático y representa un desafío clínico; a nivel global representa el 4% de todos los tipos de cáncer y se clasifica en más de 50 subtipos distintos; siendo los más prevalentes el linfoma folicular y el linfoma difuso de células B grandes. Los síntomas varían dependiendo del lugar donde debuta y el diagnóstico siempre se confirma mediante biopsia. El tratamiento dependerá del subtipo y grado diagnosticado, se puede realizar mediante quimioterapia combinada y terapias dirigidas para linfomas de alto grado, mientras que los de bajo grado pueden requerir observación. Presentamos un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 65 años que consulta por edema de extremidades inferiores de larga evolución, agudizándose en los últimos meses dificultando las actividades de la vida diaria, a quien se le programa cirugía para resolución de insuficiencia venosa periférica crónica + actividad flavonoidea izquierda debutando con un hallazgo quirúrgico de ganglio inguinal, inflamado, irregular de consistencia dura extendido hacia el suelo pélvico, que tras realizar toma de biopsia y el estudio histopatológico es compatible con linfoma no Hodking de células pequeñas positivo para malignidad.

## ABSTRACT

Lymphomas are a large group of malignant neoplasms that originate from lymphoid cells and are categorized into two main types: Hodgkin's lymphoma (HL) and non-Hodgkin's lymphoma (NHL). The primary distinction lies in the cell type that is affected. NHL is a complex neoplasm that affects the lymphatic system and poses a clinical challenge. Globally, it represents 4% of all cancer types and is classified into over 50 different subtypes, being the most prevalent the follicular lymphoma and diffuse large B-cell lymphoma. Symptoms vary depending on the site of onset, and diagnosis always requires a biopsy for confirmation. Treatment depends on the subtype and grade diagnosed, often involving combined chemotherapy and targeted therapies for high-grade lymphomas, while low-grade lymphomas may require observation. We present a clinical case of a 65-year-old female who sought medical attention due to long-standing lower extremity edema, that got complicated in recent months, making difficult to carry out the daily life activities. Surgery was scheduled for the resolution of chronic peripheral venous insufficiency + left flavonoid activity, revealing an inflamed, irregular, and hard inguinal lymph node extending into the pelvic area during the surgical procedure. Subsequent biopsy and histopathological analysis confirmed small cell non-Hodgkin's lymphoma, positive for malignancy.

## INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas derivadas de las células linfoides se originan a partir de las células del sistema inmunológico como

consecuencia de la expansión clonal en diversas etapas del desarrollo, lo que desencadena una amplia variedad de manifestaciones clínicas, características morfológicas y perfiles inmunológicos, tradicionalmente los linfomas han sido clasificados en 2 grandes grupos: el Linfoma de Hodking (LH) y el linfoma no Hodking (LNH). (Janssens, s. f.)

La principal diferencia entre estas 2 patologías radica en el tipo de células afectadas, en el LH las células cancerosas se denominan células de Redd – Sternberg y son un tipo específico de células B maduras, mientras que en el LNH las células cancerosas pueden originarse de células B maduras, células T o células NK. (Armitage et al., 2017)

El Linfoma no Hodking (LNH) es una neoplasia hematológica heterogénea maligna que afecta al sistema linfático que se manifiesta principalmente como linfadenopatía o tumores sólidos y que representa uno de los desafíos más importantes en el campo de la oncología y la hematología. A lo largo de las últimas décadas el conocimiento sobre biología, clasificación y tratamiento ha evolucionado de manera significativa, lo que ha llevado a mejoras sustanciales en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, pese a estos avances el LNH sigue manteniéndose como una entidad compleja y diversa que engloba un amplio espectro de subtipos con variaciones en términos de biología, pronóstico y respuesta a la terapia. (Bowzyk Al-Naeeb et al., 2018a)

El LNH es una enfermedad que ocupa el 7mo lugar en cuanto a frecuencia de cáncer en hombres y el 6to en mujeres. Representa aproximadamente el 4% de todos los tipos de cáncer. Durante el año 2020 a nivel mundial 544,352 personas recibieron un diagnóstico de LNH, mientras que en Ecuador en el mismo año se diagnosticaron 1477 casos de los cuales 731 terminaron en muerte. (218-ecuador-fact-sheets.pdf, s. f.)

El LNH se clasifica en más de 50 subtipos diferentes, siendo el linfoma folicular el más común entre los de bajo grado y el linfoma

difuso de células B grandes el más común entre los de alto grado. (Zelenetz et al., 2015a) La mayoría de los linfomas no Hodking se originan en los linfocitos B maduros, aunque un pequeño porcentaje se deriva de los linfocitos T o células NK, se desarrollan debido a la acumulación progresiva de alteraciones del ADN, que incluyen mutaciones génicas, amplificación o delección y translocación cromosómica y ciertos subtipos se asocian con anomalías genéticas específicas adquiridas. (Domenech, 2018)

El LNH linfocítico de células pequeñas es una variante de progresión lenta que comparte similitudes con la leucemia linfocítica crónica de células B, en este caso la mayoría de los pacientes son adultos mayores de 60 años que presenta linfadenopatía generalizada. (Zelenetz et al., 2015b)

Algunos subtipos de linfoma no Hodking están relacionados con infecciones como el virus de Epstein – Barr, *Helicobacter pylori* y el virus de hepatitis C, de igual manera es más común en pacientes inmunosuprimidos como aquellos con VIH/SIDA o receptores de trasplantes de órganos.

Los síntomas de presentación de un linfoma no Hodking son varios e incluyen linfadenopatía o esplenomegalia. Los pacientes pueden manifestar un solo ganglio linfático o varios ganglios agrandados y la velocidad de aparición de los síntomas varía según el grado del linfoma. Algunos pacientes pueden ser asintomáticos, mientras que otros pueden experimentar los conocidos “síntomas B” que involucran fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y prurito. (Guerra-Soto et al., s. f.)

El edema puede desarrollarse durante meses o años en el caso del linfoma de bajo grado, pero es mucho más rápido en el linfoma de alto grado. En otros casos, los pacientes pueden presentar síntomas que no levantan sospechas iniciales de linfoma, pero que conducen a investigaciones clínicas, quirúrgicas o radiológicas que revelan la presencia del



mismo. En hasta 1/3 de los pacientes, el LNH puede ser extranodal y casi cualquier órgano o tejido puede estar involucrado. (Bowzyk Al-Naeeb et al., 2018b)

El diagnóstico se confirma a través de una biopsia, que puede incluir la extracción de un ganglio linfático o una biopsia guiada por imágenes. No existen pruebas de sangre específicas para el diagnóstico de LNH, aunque algunas pruebas pueden mostrar anomalías en función de los órganos afectados. (Ortega et al., 2021)

La estadificación se realiza dependiendo de la extensión del tumor según la clasificación de Ann Arbor que se utiliza principalmente para diferenciar el estadio localizado I y II de la etapa de enfermedad diseminada III y IV. (2022 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKI.pdf, s. f.) El tratamiento del linfoma no Hodgking varía según el subtipo y el grado de agresividad. Los linfomas de alto grado generalmente se tratan con quimioterapia combinada (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona) y con terapia dirigida, como el rituximab. Por otro lado, los linfomas de bajo grado generalmente se mantienen en observación antes de considerar el tratamiento, a menos que los síntomas sean significativos o haya una amenaza para la función de un órgano vital.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 65 años con antecedentes patológicos personales de insomnio en tratamiento con neogaival (eszoplicona) 2mg, bradicardia y EPOC, ex tabaquista quien refiere cuadro clínico de 10 años de evolución caracterizado por sensación térmica, sensación de ardor, parestesias y edema en miembros inferiores, los cuales se exacerban al permanecer en bipedestación y que se ha venido agudizando en los últimos meses causando edema grado III de extremidad inferior izquierda (tobillo, pie) que dificulta realizar las actividades de la vida diaria. Motivo por el cual acude donde especialista (cirujano vascular) quien diagnostica insuficiencia venosa crónica + actividad flavonoidea izquierda y programa

intervención quirúrgica de crosectomía bilateral.

Al examen físico paciente lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, mucosas orales húmedas, pupilas fotorreactivas, nariz: fosas nasales permeables – simétricas, cuello: móvil, tórax: corazón rítmico R1 – R2 normofonético, pulmones: murmullo vesicular conservado, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos conservados, extremidades: se evidencia venas varicosas en ambas extremidades inferiores y edema (+++/++++) en tobillo y pie izquierdo, pulsos conservados. Se realiza exámenes prequirúrgicos donde se evidencia hb: 13.25, hcto: 41.90, plaquetas: 261, gb segmentados: 45.70, linfocitos: 40.60, monocitos: 8.20, eosinófilos: 4.40, basófilos 1.10, VSG: 2, creatinina 1.12, IFG: 48.90.

Paciente fue intervenida exitosamente, dentro de los hallazgos quirúrgicos se encontraron: sistema safeno dilatado a nivel de cayado safeno femoral, múltiples dilataciones venosas en todo su trayecto, perforantes insuficientes agrandadas y llama la atención ganglio inguinal inflamado, irregular y duro que se extiende hacia suelo pélvico motivo por el cual se toma muestra para biopsia excisional del polo superior, no se extirpa en su totalidad.

Durante el posoperatorio paciente evolucionó de manera favorable con indicaciones de especialista, se recibió el resultado del estudio histopatológico donde se reporta: fragmento de tejido que mide 1.5x0.9x0.6 cm externamente rugoso de color gris blanquecino, al corte de consistencia cauchosa, con superficie interna uniforme con descripción microscópica de tejidos infiltrados por población monótona de células linfoideas atípicas de tamaño pequeño a mediano, contornos nucleares variablemente irregulares, cromatina condensada y escaso citoplasma, sin centoblastos u otras células grandes de tipo prolinfocíticos y parainmunoblastos dispersos. Los hallazgos histológicos son compatibles con “linfoma no Hodgking de células pequeñas”, positivo para malignidad. (figura1). Paciente fue referida al

servicio de oncología para su posterior manejo y tratamiento.

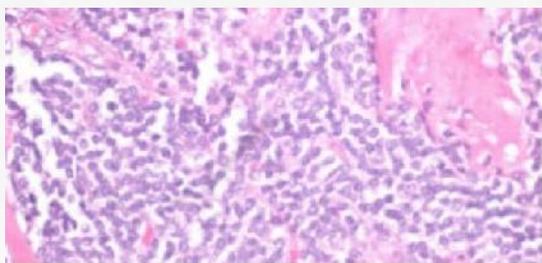


Figura 1

## DISCUSIÓN

El LNH es un grupo heterogéneo de enfermedades linfoproliferativas malignas con diferentes patrones de comportamiento y respuestas al tratamiento, tiene origen en los tejidos linfoides y se propaga a otros órganos. Este tipo de linfoma es mucho menos predecible que el LH y tiene mayor predilección por diseminarse a sitios extraganglionales; el pronóstico del mismo depende del tipo histológico, la etapa en la que se encuentre y

el tratamiento en cada paciente. (PDQ Adult Treatment Editorial Board, 2023)

El LNH se puede dividir en 2 grupos pronósticos: linfomas indolentes y los linfomas agresivos.

El LNH indolente tiene un pronóstico que se considera bueno contando con una supervivencia de hasta 20 años, se debe tener en cuenta no son curables en etapas clínicas avanzadas. En estadios tempranos I y II pueden ser tratados de manera eficaz únicamente con radioterapia, la mayoría de este tipo tiene una morfología nodular (folicular).

El tipo agresivo de LNH tiene una historia natural más corta, pero los pacientes que lo padecen pueden curarse con regímenes intensivos de quimioterapia combinada.

Los pacientes a los cuales se les diagnostica LNH indolente o de bajo grado comúnmente presentan linfadenopatía periférica progresiva e indolora como es el caso de la paciente que fue descrito anteriormente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 218-ecuador-fact-sheets.pdf. (s. f.). Recuperado 2 de octubre de 2023, de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
- 2022—CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN.pdf. (s. f.). Recuperado 3 de octubre de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/3756/375670683004/375670683004.pdf>
- Armitage, J. O., Gascoyne, R. D., Lunning, M. A., & Cavalli, F. (2017). Non-Hodgkin lymphoma. *The Lancet*, 390(10091), 298-310. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32407-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32407-2)
- Bowzyk Al-Naeab, A., Ajithkumar, T., Behan, S., & Hodson, D. J. (2018a). Non-Hodgkin lymphoma. *BMJ*, k3204. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3204>
- Bowzyk Al-Naeab, A., Ajithkumar, T., Behan, S., & Hodson, D. J. (2018b). Non-Hodgkin lymphoma. *BMJ*, k3204. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3204>
- Domenech, R. J. (2018). Artículo de Revisión. *Revista médica de Chile*, 146(10), 1184-1189. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001001184>
- Guerra-Soto, A. de J., Rebolloso-Zúñiga, E., González-Sánchez, A. G., Rubio-Jurado, B., & Nava, A. (s. f.). Linfoma no Hodgkin. *Conceptos Generales*.
- Janssens, A. (s. f.). BHS Guidelines for the Management of Small Lymphocytic Lymphoma and Chronic Lymphocytic Leukaemia, anno 2020. *VO L U M E*.
- Ortega, J. P. G., Bracho, J. R. G., Benavides, R. E. O., Castro, J. J. Q., Cajas, J. I. P., Maita, E. G. V., Riera, D. P. P., Sumba, D. E. P., & Ortiz, D. P. G. (2021). Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: Desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.5041145>
- PDQ Adult Treatment Editorial Board. (2002). Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. En *PDQ Cancer Information Summaries*. National Cancer Institute (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK66057/>
- Zelenetz, A. D., Gordon, L. I., Wierda, W. G., Abramson, J. S., Advani, R. H., Andreadis, C. B., Bartlett, N., Byrd, J. C., Czuczman, M. S., Fayad, L. E., Fisher, R. I., Glenn, M. J., Habermann, T. M., Harris, N. L., Hoppe, R. T., Horwitz, S. M., Kelsey, C. R., Kim, Y. H., Krivacic, S., ... Sundar, H. (2015a). Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma, Version 1.2015. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* : JNCCN, 13(3), 326-362.