

VESSAMENT PLEURAL COM A MANIFESTACIÓ INICIAL D'UN LIMFOMA B AGRESSIU

Pacheco Elías, Nuria; Vidal Pérez, Judit; Sánchez García, Arnau; González Boronat, María; Lázaro Perona, Carlos; Pallares Borràs, Mireia



Autor per correspondència:
npacheco@catlab.cat

Catlab (Viladecavalls, Barcelona)

INTRODUCCIÓ

El vessament pleural és una complicació comuna en pacients amb múltiples comorbiditats que pot tenir diversos orígens, sent a vegades el primer signe d'una neoplàsia oculta. En el cas dels exsudats, l'origen maligne és una de les seves principals etiologies. La seva presència s'associa a mal pronòstic, ja que sol reflectir malaltia avançada. Entre les neoplàsies hematològiques, els limfomes no Hodgkin són els que produeixen amb major freqüència un vessament pleural. En aquests casos, per a confirmar el diagnòstic, és fonamental realitzar un estudi immunofenotípic per citometria de flux (CMF) que evidencia monoclonalitat i aberràncies fenotípiques.

EXPOSICIÓ DEL CAS

Home de 87 anys amb múltiples antecedents patològics, entre els quals destaca malaltia cardiovascular, metabòlica i renal, així com antecedents neurològics i urològics sense rellevància significativa en el context clínic actual.

Acut a urgències per dispnea progressiva de dues setmanes d'evolució, amb empitjorament en les últimes 48h, acompanyada de dolor toràcic, ortopnea, caquèxia i rinorrea sense febre. Presenta edema amb fòvea a les extremitats inferiors i estabilitat hemodinàmica. La radiografia de tòrax revela un vessament pleural dret.

A l'anàlisi destaca insuficiència renal aguditzada (creatinina: 222 $\mu\text{mol/L}$ [62–106 $\mu\text{mol/L}$]); filtrat glomerular: 22,14 ml/min/1,73 m²), NT-proBNP elevat (6438 ng/L [<125 ng/L]), proteïna C reactiva elevada (150 mg/L [≤ 5 mg/L]) amb procalcitonina dins de la normalitat (0,58 $\mu\text{g/L}$ [< 2 $\mu\text{g/L}$]) i leucocitosi ($13,96 \times 10^9/\text{L}$) amb predomini de neutròfils.

S'orienta com a insuficiència cardíaca descompensada vs vessament pleural parapneumònic.

Posteriorment, es realitza una toracocentesi per a estudi microbiològic, citològic i bioquímic del líquid pleural. El cultiu microbiològic resulta negatiu. L'estudi bioquímic mostra un perfil suggestiu d'exsudat: ràtio LDH líquid pleural/sèrum 1,254; ràtio proteïna líquid pleural/sèrum 0,51. Quant a l'estudi citològic, es comptabilitzen $0,0019 \times 10^{12}/\text{L}$ eritròcits i $2,635 \times 10^9/\text{L}$ cèl·lules nucleades.

Davant d'aquestes troballes, es realitza una observació al microscopi òptic després de citocentrifugació, que revela un 71% de cèl·lules de mida mitjana-gran, elevada relació nucli/citoplasma, amb nucli de contorn irregular i cromatina laxa amb nuclèols prominents, citoplasma d'intensa basofília amb presència de vacúols, a més d'abundants mitosis anòmales (**Figura 1**).

RESOLUCIÓ

Donada la sospita de procés neoplàsic d'origen hematològic, es remeten les mostres per a estudi anatomopatològic i CMF.

L'anàlisi immunofenotípic revela un 86% de limfòcits B monoclonals Kappa amb perfil d'origen centrogerminal (CD5-, CD10+, LAIR-, CD38+) i expressió de BCL2 i BCL6, compatible amb una síndrome limfoproliferativa crònica B, plantejant com a diagnòstic diferencial un possible limfoma B difús de cèl·lules grans o un limfoma fol·licular.

L'estudi anatomopatològic confirma la presència de limfòcits atípics compatibles amb un procés limfoproliferatiu agressiu.

Per deterioració progressiva del pacient es decideix prendre mesures pal·liatives i de confort, sent èxitus als tres dies del diagnòstic.

Aquest cas ressalta el valor de l'estudi citològic del líquid pleural i la importància de distingir cèl·lules atípiques suggestives d'origen hematològic enfront de les de tumors sòlids. La detecció precoç va permetre derivar les mostres per a estudi per CMF i anàlisi histopatològic, fonamentals per a identificar limfomes agressius. No obstant això, la ràpida progressió de la malaltia va condicionar un desenllaç fatal, emfatitzant la necessitat de diagnòstic precoç i abordatge multidisciplinari.

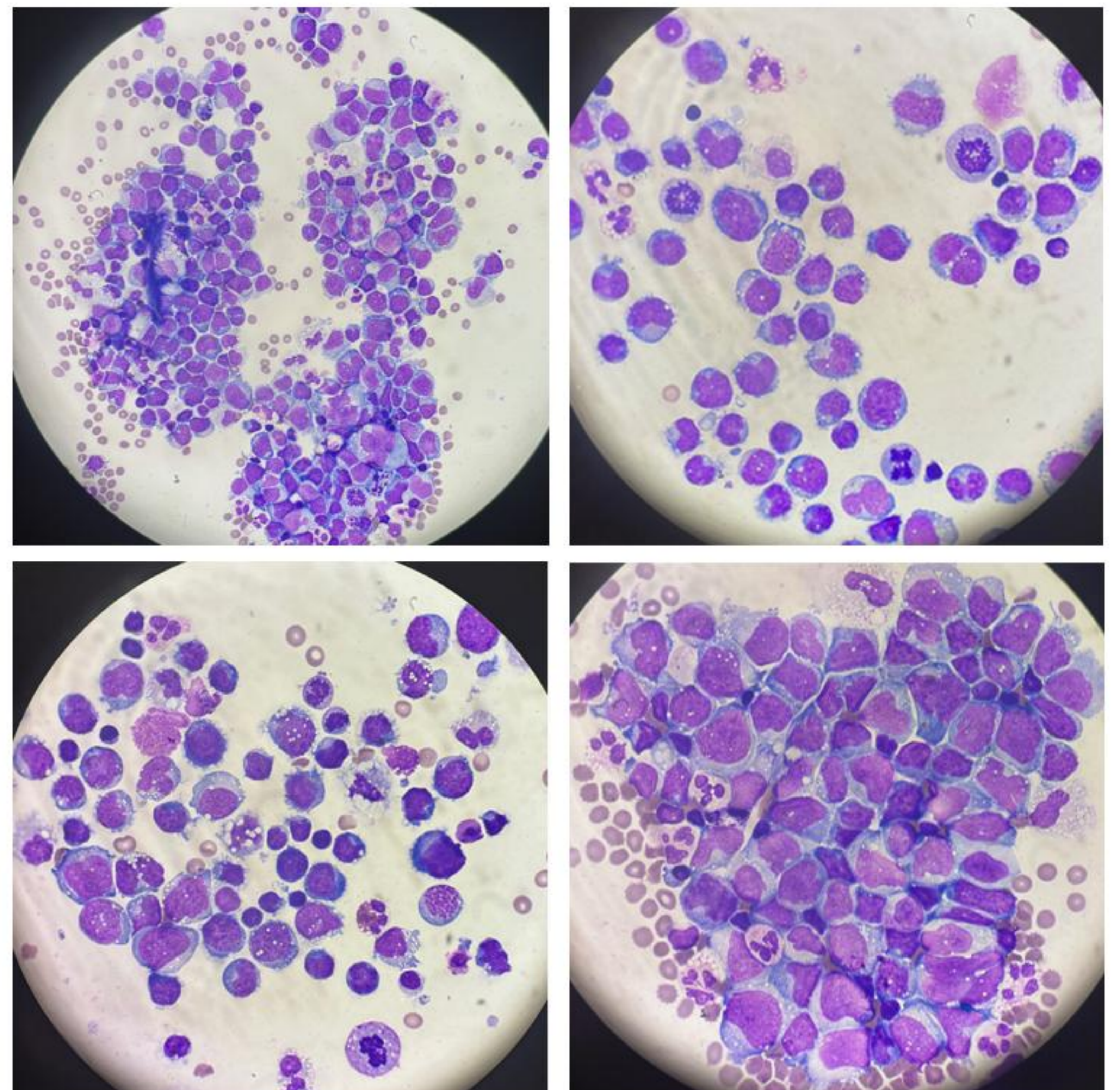


Figura 1. Limfòcits d'aspecte atípic observats en el líquid pleural.

