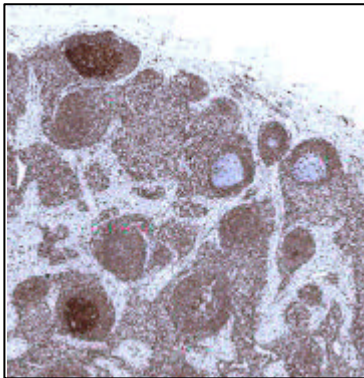


Caso 5. Linfoma Folicular "in situ"

Dr. Juan F. García, Dr. Miguel A. Piris.

Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Madrid

Resumen del caso: Varón de 35 años, previamente asintomático. Se extirpa una adenopatía mesentérica de 2x1,5cms, encontrada en el curso de cirugía laparoscópica por causas no relacionadas. El paciente se encuentra asintomático y todos los estudios analíticos y de extensión son negativos. No existen adenopatías en otros territorios.



El estudio histológico muestra un ganglio linfático de arquitectura normal con folículos linfoides hiperplásicos y centros germinales de apariencia reactiva. El estudio inmunohistoquímico muestra la presencia en algunos folículos de células centrofoliculares Bcl2+ (además de CD20+, CD10+, Bcl6+). La extensión del fenómeno es variable, existiendo centros germinales con sólo algunas células Bcl2+ mientras que en otros la práctica totalidad del centro es Bcl2+.

El estudio molecular realizado mediante PCR muestra la presencia de la translocación t(14;18) (reordenamiento de BCL2).

El paciente no ha recibido tratamiento y tras tres años de seguimiento y exhaustivas revisiones periódicas se encuentra completamente asintomático y sin evidencia de enfermedad.

El diagnóstico inicial que se plantea en esta lesión es **Linfoma Folicular "in situ"**. (Cong, et al. *Blood*. 2002 May 1;99(9):3376-82.). La imagen histológica es normal pero existen centros germinales con expresión aberrante de proteína Bcl2 secundaria a translocación t(14;18). A pesar de este hallazgo, no hay otros criterios morfológicos de linfoma folicular y no existe evidencia de enfermedad a distancia.

La serie originalmente descrita de esta condición (Cong, et al. 2002) muestra 10/13 pacientes que no desarrollan linfoma evidente tras una mediana de seguimiento de 15 meses (2-96), mientras que en 3/13 enfermos se identificó posteriormente linfoma folicular en ganglios adyacentes o distantes. Los hallazgos inmunofenotípicos y moleculares sugieren que el fenómeno representa una forma incipiente de linfoma folicular, que en un gran número de casos no llega a desarrollarse enfermedad abierta y se recomienda por tanto una actitud terapéutica conservadora. El diagnóstico debe estar basado en la suma de criterios clínicos (analíticos, extensión,...), y anatomopatológicos (histología, fenotipo, datos moleculares,...).

Esta condición ilustra como la disponibilidad de técnicas de diagnóstico cada vez más sensibles están también poniendo de manifiesto la existencia de condiciones "preclínicas" de difícil clasificación y manejo clínico.