



¿Debería la citometría de flujo ser considerada como un estudio de primera línea en el diagnóstico de linfoma de célula grande anaplásico, asociado a implantes mamarios?*

» Martha Romero¹
» Andrés Melo¹
» Nelson Bedoya¹
» José de la Hoz¹
» Marcela Mejía¹
» Karen Galvis¹
» Gina Cuellar¹
» Liliana Martín¹
» Sandra Quijano¹
» Carlos Saavedra¹

¹ Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

Introducción: las Guías internacionales para el diagnóstico del linfoma anaplásico asociado a implantes mamarios (AL) fueron recientemente publicadas. Su objetivo es optimizar los procedimientos para lograr un diagnóstico exacto. Dado que la presentación más frecuente es la presencia de líquido periprotésico (LP), los autores resaltan la utilidad de la evaluación citológica. Sin embargo, ellos consideran la citometría de flujo (CF) como un estudio de segunda línea, a pesar que es relevante en el diagnóstico de los linfomas.

Objetivo: identificar las características inmunofenotípicas de los LP evaluados por CF con sospecha de AL y la utilidad de la CF en su diagnóstico.

Materiales y métodos: entre 2017 y 2020 se revisaron retrospectivamente 39 CF. Se utilizó el siguiente marcaje: CD4-V450, CD45-V500, CD30-FITC, CD7-PE, CD5-PerCPcy5.5, CD19-PE-Cy7, CD14-APC, CD3-APCH7. Se adquirió un millón de eventos por muestra (FACSCanto-II). Los datos fueron analizados con Infinicyt; para los análisis estadísticos se empleó SPSS.

Resultados: 11.11 % de los LP fueron positivos para AL, todas eran mujeres, con una media de edad de 44 años. Una de ellas tenía en el LP leucemia linfocítica crónica (CLL) diagnosticada ocho meses antes que el AL. Para los casos AL, la media de porcentaje de células tumorales fue 54 %. Por lo menos dos subpoblaciones fueron detectadas en tres de los cuatro casos. Todas las células tumorales fueron

* El artículo fue publicado en Journal of Clinical Oncology 38, No. 24 (August 20, 2020) 2816-2819. Doi: 10.1200/JCO.20.00712

Autor para correspondencia: Liliana Martín, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Correo electrónico: sanmalili@yahoo.com.ar

Sociedad Colombiana de Hematología y Oncología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

positivas para CD30, CD4 y CD45. Aunque hubo variación en la expresión de la intensidad del marcador, por lo menos una de las subpoblaciones fue positiva para CD3 en el 75 % de los casos, para CD5 en el 50 % y para CD7 en el 25 % de los casos. Excluyendo las células tumorales, identificamos la siguiente media de porcentaje de las poblaciones inmunes acompañantes: 50 % para linfocitos, 35 % para neutrófilos, 12 % para monocitos/histiocitos y 1.7 % para células NK. Detectamos en el 8.8 % de los casos negativos para AL (NL) una mediana de 0.3 % de células CD30 positivas. El inmunofenotipo y la complejidad de las células CD30 nos permitió establecer que estas eran reactivas y correspondían a células T activadas. Cuando comparamos las células CD30 entre AL y NL, detectamos una diferencia significativa en el porcentaje de estas células en ambos grupos ($p= 0.03$). Aunque las diferencias de las medias de intensidad de fluorescencia para los marcadores CD30, CD3, CD5 y CD4 no fueron estadísticamente significativas, hubo una tendencia hacia una sobreexpresión de CD30 y una expresión débil de los otros marcadores en las células tumorales, comparadas con las de NL, pero no con CD7 y CD45.

Conclusiones: teniendo en cuenta lo anterior, consideramos que es necesario hacer un análisis integral como fue descrito en las Guías Internacionales. Sin embargo, la CF debe ser considerada de primera línea, porque permite el diagnóstico temprano de AL. Es más sensible y específica que la citología, como se ha descrito en diferentes linfomas, y tiene la capacidad de diferenciar entre AL y NL, a pesar de la presencia de células CD30. El porcentaje de células CD30 reactivas es frecuentemente bajo en NL, de todas formas, algunos AL pueden tener un bajo número de células tumorales, así que la integración del inmunofenotipo, complejidad y morfología pueden resolver estos casos. Además, usando el panel recomendado, CF puede discriminar diferentes tipos de linfoma, como es demostrado en uno de nuestros casos (CLL y AL), de carcinomas o la coexistencia de neoplasias. Este también puede caracterizar la población del microambiente útil para descifrar en parte la patogénesis del AL. Finalmente, la CF requiere bajas cantidades de líquido, se puede analizar cualquier muestra incluyendo tejido y puede ser estudiada en corto tiempo. Así que la CF debería ser considerada como un método de primera línea en el diagnóstico de este linfoma, por su valor en el diagnóstico y seguimiento.

Palabras Clave

Linfoma anaplásico asociado a implantes; cartometría de flujo; diagnóstico.