



Linfoma plasmablastico o plasmocitoma anaplásico EBV+ recurrente tratado con daratumumab, bortezomib y dexametasona. Reporte de un caso

»Mauricio Lema Medina¹
»Carolina Echeverri^{2,3}
»Mateo Pineda Álvarez¹
»Daniel E. Rodríguez Ariza¹
»Camila Lema Calidonio¹
»Ricardo Cardona^{2,4}
»Beatriz E. Preciado Franco¹

¹ Clínica de Oncología Astorga

² Hospital Pablo Tobón Uribe.

³ Clínica Las Américas

⁴ Ayudas Diagnósticas Sura.

Caso: Paciente masculino en la novena década de la vida, con antecedente de múltiples neoplasias (cáncer de colon y próstata, ambos inactivos), VIH negativo. Se presenta con una neoplasia compatible con linfoma plasmablastico (LPB) de testículo.

El linfoma fue diagnosticado en espécimen patológico posterior a orquiectomía como parte del tratamiento del cáncer de próstata. En el estudio anatomopatológico del testículo se identificó una neoplasia con diferenciación plasmocitoide.

La neoplasia testicular está constituida por una población pleomófica de células plasmocitoides con moderado pleomorfismo nuclear y frecuentes figuras mitóticas. Estas células expresan los marcadores CD38, CD138, CD56 y son monotípicas para la cadena liviana kappa. Los marcadores B CD20, CD79a y PAX 5 son negativos. La negatividad para los marcadores B favorece más el diagnóstico de una neoplasia de células plasmáticas. Sin embargo, el pleomorfismo nuclear y las mitosis

frecuentes obligan a descartar un linfoma plasmablastico. Se realizó posteriormente estudio de hibridación in situ para el virus Epstein Barr (EBER) el cual muestra reactividad intensa en el 100% de las células analizadas.

La fuerte positividad para el EBER en ausencia de hallazgos sistémicos de compromiso por mieloma nos hizo favorecer más el diagnóstico de un Linfoma plasmablastico. Debido a las condiciones clínicas del paciente se optó por un manejo con vigilancia activa.

Cuatro años después, se documentó recidiva por aparición de masa supraclavicular y maxilar.

Los cortes histológicos de estas lesiones muestran compromiso por una neoplasia con diferenciación plasmocitaria con marcado pleomorfismo y numerosas figuras mitóticas. El patrón de inmunohistoquímica es similar al identificado en el tejido testicular. Se plantea nuevamente el diagnóstico diferencial entre un plasmocitoma anaplásico versus un Linfoma plasmablastico.

Autor para correspondencia: Mauricio Lema Medina

Correo electrónico: mauriciolema@yahoo.com

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/>)

La expresión para CD56, aunque más frecuente en el plasmocitoma, también puede expresarse en algunos linfomas plasmablasticos. El linfoma plasmablastico más frecuentemente se asocia al virus del Epstein Barr, sin embargo, cada vez son más frecuentes en la literatura los reportes de plasmocitomas EBV positivos.

El LPB es una entidad que no tiene tratamiento oncológico definido y que tiene elementos similares al mieloma múltiple. Por lo anterior, se administró tratamiento con quimioterapia basada en daratumumab, un anticuerpo monoclonal anti CD38, más bortezomib y dexametasona (DBM), en esquema idéntico al propuesto en el estudio CASTOR en mieloma múltiple.

El paciente recibió ocho ciclos de quimioterapia, seguido de mantenimiento con daratumumab y presentó respuesta metabólica completa en PET-CT a los 15 meses de tratamiento.

Conclusión: este fue un caso de difícil diagnóstico y decisión terapéutica. La evolución clínica y respuesta al tratamiento es más compatible con el diagnóstico de un plasmocitoma anaplásico.

Palabras clave:

Linfoma plasmablastico; hematología; quimioterapia.