

CASO CLÍNICO: LINFOMA NO HODGKIN CON AFECTACIÓN GENITAL Y SUPRACLAVICULAR

Gutiérrez Salas, Nuria(1); Oliva García, Ana Belén(2); Pérez Ortega, Ana María(1); González López, Ana Belén(2); Villar Jiménez, Raquel(2), Tejada Martínez, Gabriel(1)
(1) Hospital General de Hellín; (2) Hospital General de Villarrobledo.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas no Hodgkin son un grupo heterogéneo de tumores linfoproliferativos que se originan en los tejidos linfoides. Con frecuencia se diseminan a otros órganos. Suponen el 90% de todos los linfomas y el 4% de todos los cánceres diagnosticados. Su incidencia se ha duplicado en las tres últimas décadas. Este incremento se ha relacionado con el aumento de infecciones por VIH u otros virus, tratamientos inmunosupresores o factores ambientales.

Los linfomas de células B constituyen la mayoría de los LNH (85%), siendo el más frecuente el linfoma difuso de células B grandes. Este tipo de linfoma suele ser de rápido crecimiento, pero a menudo responde bien al tratamiento. Los LNH primarios que afectan a la cavidad pélvica son raros. Con mayor frecuencia los linfomas localizados a nivel pélvico se deben a la afectación extranodal de un linfoma sistémico (linfoma secundario). Puede afectarse ovario, cérvix, cuerpo uterino, vagina y vulva (por este orden de frecuencia). Estos linfomas pueden debutar con clínica sugestiva de neoplasia ginecológica, como sangrado genital, dolor o masa pélvica fija.

Se presenta el caso de una paciente con LNH de tipo Linfoma B difuso de células grandes con afectación genital (cuerpo uterino, cérvix y vagina) y supraclavicular.

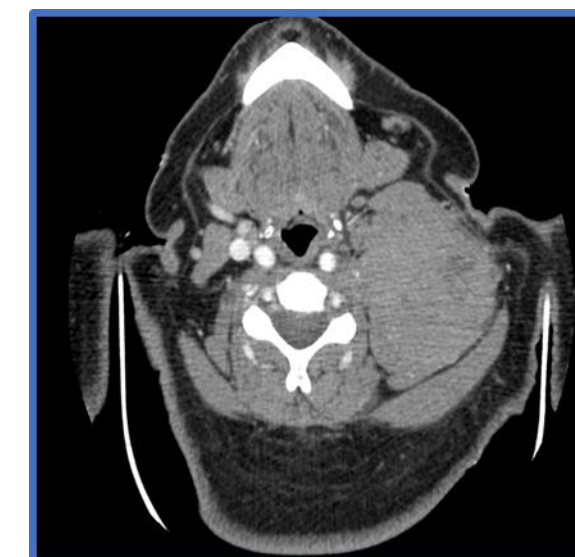
CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años, que acude a Urgencias por metrorragia postmenopáusica. Refiere además tumoración en zona lateral izquierda del cuello por el que está siendo estudiada en consulta de Cirugía y Otorrinolaringología. En la exploración se palpa una vagina indurada en tercio superior, así como cérvix poco móvil y útero aumentado de tamaño. En la especuloscopia se visualiza un cérvix agrandado, de coloración rojiza brillante, y fondo vaginal indurado, sangrante al roce, con sospecha de infiltración tumoral. Ecografía abdominal con útero muy aumentado de tamaño (2 traveses de dedo por encima del ombligo). Endometrio no valorable (se trata de una paciente con obesidad mórbida). Tumoración supraclavicular izquierda de unos 2-3 cms, adherida a planos profundos.

Se realiza biopsia de vagina y PAAF de tumoración supraclavicular que no son concluyentes. Posteriormente se toma biopsia de cérvix y biopsia incisional de tumoración cervical, con diagnóstico en ambas muestras de infiltración por Linfoma B difuso de células grandes (estadio IV B por infiltración de aparato genital). Se inicia tratamiento quimioterápico con buena respuesta inicial más radioterapia de consolidación laterocervical izquierda. En revisión en consulta de Ginecología a los 2 meses de iniciado el tratamiento con quimioterapia la exploración vaginal es normal, visualizándose una vagina elástica, sin signos de infiltración, y un cérvix de aspecto normal. Ecografía transvaginal: útero de características y tamaño normal. Endometrio lineal. Ovarios de aspecto atrófico. La paciente continúa con revisiones por parte del servicio de Hematología.

CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta el LNH a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de los tumores ginecológicos, aunque sea una entidad poco frecuente, para no retrasar su diagnóstico y tratamiento.



TAC: Tumoración laterocervical izquierda



TAC: Útero aumentado de tamaño.