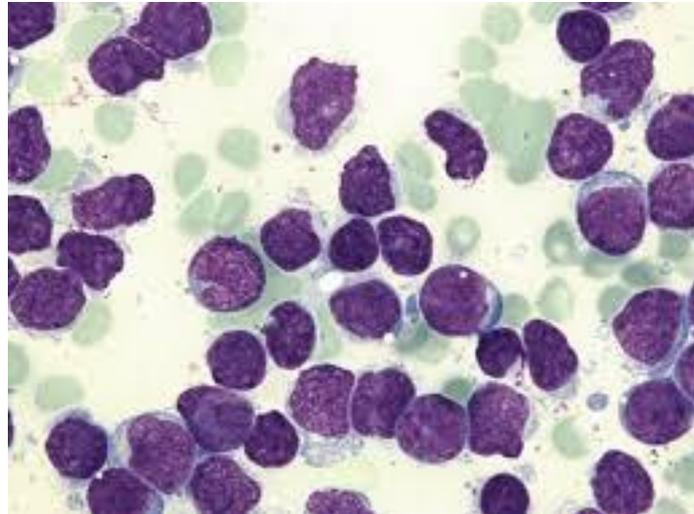


LINFOMA LINFOBLÁSTICO B



Eduardo Herranz Moreno (Rotatorio Pediatría)
Tutora: María del Cañizo Moreira (Oncología)

Servicio de Pediatría, HGUA

ÍNDICE

- CONSULTA
- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO
- DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD
- MANEJO Y TRATAMIENTO
- MENSAJES PARA LLEVAR A CASA
- BIBLIOGRAFIA

CONSULTA

- Varón de 10 años que acude consulta de Atención Primaria por **masa occipital** que se vió en la peluquería
- Dolor leve
- **No refieren otros síntomas**



EXPLORACION COMPLEMENTARIA

- ECO: lesiones con **aspecto patológico** -> TC
- TC craneal: nodulos ovalados e **hiperdensos** con centro hipodenso. Mayor tamaño: 11x18 mm
- AS: leucocitos 11270; Hb 11,7; Plaquetas: 435000. BQ: FH normal, FR normal, PCR **2,35** y LDH 293
- Qx: **Extirpación lesion** -> AP

DIAGNÓSTICO

LINFOMA LINFOBLÁSTICO B



LINFOMA LB B

- Neo de células linfoides inmaduras con afectación nodal o extranodal
- Clínica
 - Fiebre, sudoración nocturna, síntomas constitucionales.
 - Lesiones **óseas, cutáneas o GL**
 - Puede haber afectación hepática/esplénica
 - Afectación del **SNC -> PL**
- Pueden presentarse como leucemia -> infiltración MO
- Dx -> AP + PAS y negro Sudan -> IHQ: **CD19, CD79a y CD22 +**
- Estadificación: **PET, PL, AS, aspirado MO y biopsia**
- Tratamiento: ciclofosfamida, metotrexato, prednisona, vincristina, citarabina, asparaginasa, antraciclinas y intratecal (SNC)

LINFOMA LB B



- Dx diferencial
 - Adenopatías de origen infeccioso/inflamatorio
 - Leucemia mieloide
 - Linfoma difuso de células B grandes
 - Linfoma de Burkitt
 - Neuroblastoma: rosetas y positividad de marcadores neuroendocrinos
 - Sarcoma de Ewing: CD99 +
 - Osteosarcoma

ESTUDIO DE EXTENSIÓN



- Rx Tórax y ecoABD: sin hallazgos patológicos
- Aspirado MO: normal
- LCR: no patológico
- Ecocardio: estructuralmente normal y con buena función biventricular
- PET: ganglios milimétricos en zona posterocervical con leve hipercaptación de 18F-FDG. **Dos lesiones** focales hipodensas e hipermetabólicas en hígado. **Múltiples focos** hipermetabólicos en radio derecho, cabezas humerales y clavículas. **Adenopatías axilares** con débil hipercaptación (**ESTADIO III**)

ESTADIFICACIÓN

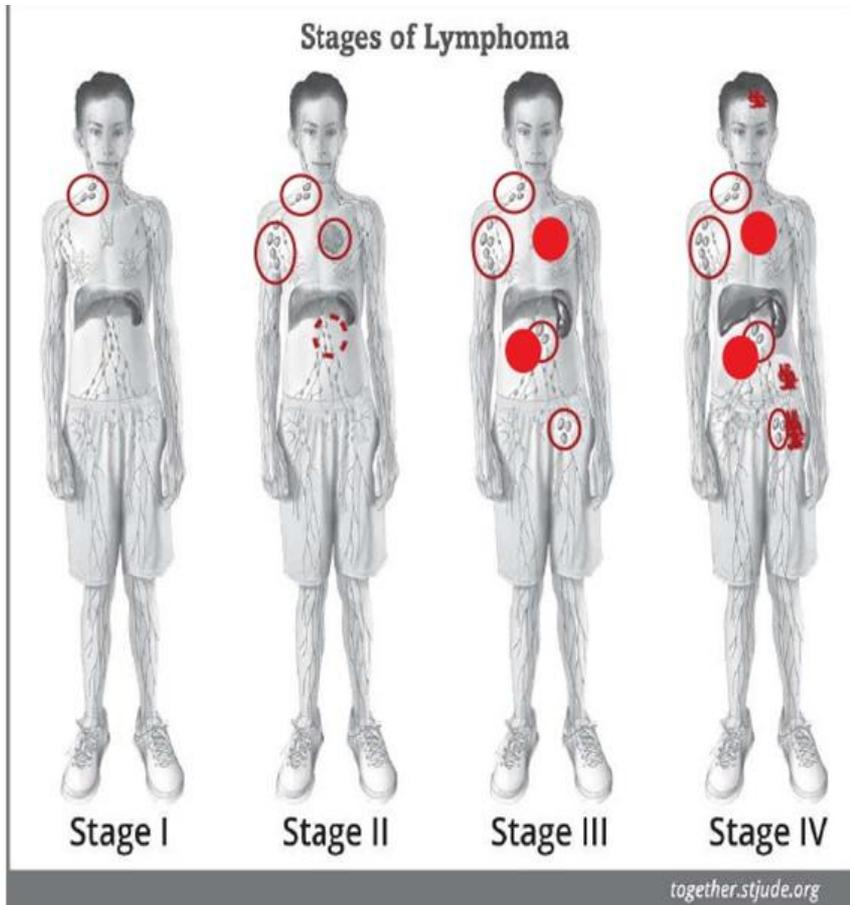


Tabla V. Clasificación de Murphy o de Saint Jude

Estadio I

- Único tumor ganglionar o extraganglionar. Excepto masas torácicas o abdominales

Estadio II

- Múltiples tumores ganglionares o extraganglionares en un mismo lado del diafragma
- Tumor abdominal completamente resecado (incluso con ganglios afectos)

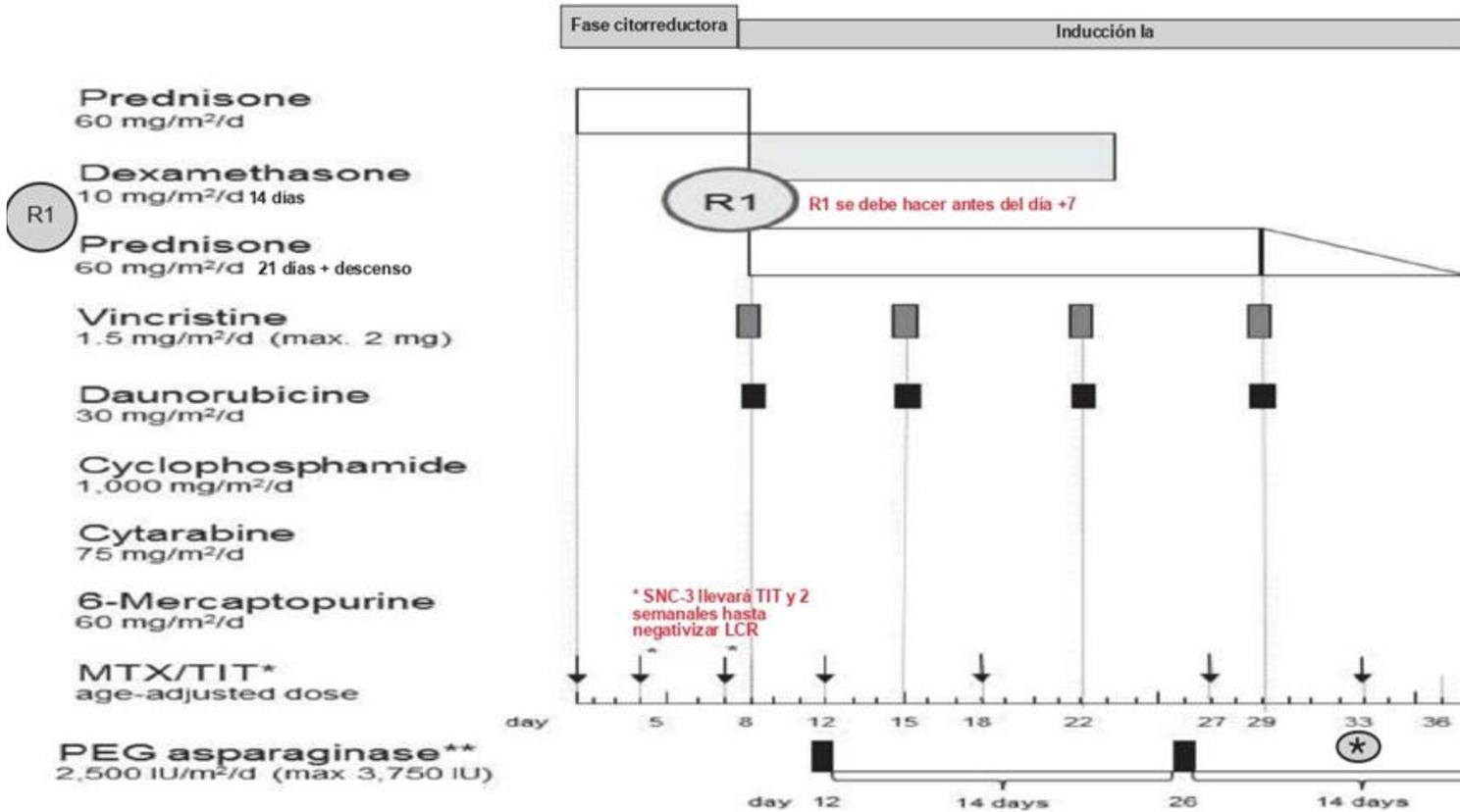
Estadio III

- Tumores a ambos lados del diafragma
- Tumor torácico (mediastínico, pleural o tímico)
- Tumor abdominal masivo
- Tumor paraespinal o paramenínico

Estadio IV

- Afectación del SNC o de la MO (5-25% blastos)

MANEJO



* si SNC-3, administrar quimioterapia intratecal 2 veces a la semana hasta que el LCR se negativice, 1ª dosis MTX IT, posteriormente TIT
 (*) SIAMO infiltrada al Dx

En caso de **alergia a PEG-ASP de E.Coli en inducción** se sustituirá **cada dosis de PEG-ASP de E.Coli de 2.500 UI/m2 por 7 dosis de 20.000 UI/m2 asparraginasa de Erwinia**, administrada cada 48-72h (lunes, miércoles y viernes)



MENSAJES PARA CASA

- ADENOPATIAS -> LESIONES FRECUENTES EN NIÑ@S
- CAUSA NO ACLARADA -> ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS
- DX DEFINITIVO -> AP + IHQ
- IMPORTANCIA DE REALIZACION DEL ESTUDIO DE EXTENSION UNA VEZ CONFIRMADO EL DX -> ADECUACION EL TRATAMIENTO
- LINFOMAS SON QUIMIOSENSIBLES Y CON LA ESTRATEGIA TERAPEUTICA PUEDE HABER CURA

BIBLIOGRAFÍA

1. Cortelazzo S, Ponzoni M, Ferreri AJ, Hoelzer D. Lymphoblastic lymphoma. Crit Rev Oncol Hematol. 2011;79(3):330-43
2. Kaseb H, Tariq MA, Gupta G. Lymphoblastic Lymphoma. 2023 Jul 25. [en línea]. [fecha de consulta: 19-V-2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537237/>.