

INFILTRACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO EN ORINA ESPONTÁNEA

DJ Mora Flórez; Y Martín; M Hernández; B Serrano; B Fuertes; C Vázquez Dongo; MV Huerta.

Servicio de Anatomía Patológica; Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta; Hospital Santa Caterina. Salt.

CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años que ingresa en medicina interna para estudio de anemia severa en contexto de desnutrición y cuadro adenopático. Se realiza TAC toracoabdominal que evidencia múltiples adenopatías torácicas y abdominales y una neoformación en techo vesical sugestiva de proceso neoplasia primario, por lo que se realiza cistoscopia y se envían muestras de orinas espontáneas. Se biopsian las adenopatías.

RESULTADOS

Se reciben tres muestras de orina espontánea con sospecha de neoplasia urotelial. En la extensión citológica se observa un fondo con escasa población linfocitaria, neutrófilos y celularidad urotelial sin atipia, acompañada de una segunda población de células redondas atípicas de pequeño/mediano tamaño dispuestas de manera aislada, con la relación núcleo citoplasma aumentada, núcleos hipercromáticos,

algunos lobulados con cromatina granular y nucléolos (Fig.1) que no parecían ser las típicas del carcinoma urotelial de alto grado. Se revisa la historia clínica en la que se sospechaba un proceso linfoproliferativo, por lo que se había biopsiado una adenopatía inguinal y una úlcera duodenal. Se decide hacer bloque celular con el resto del material para estudio de inmunohistoquímica (IHQ). Las células atípicas eran CD30 (+), CK7 (-) (Fig. 2). Con estos resultados descartábamos el origen urotelial de la neoplasia y orientaba un proceso linfoproliferativo, que concordaba con el estudio de la adenopatía con diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular variante sincitial. (Fig. 3).

DISCUSIÓN

El linfoma comprende el 5 % de los tumores no epiteliales del tracto urotelial y pueden ser primario o secundario. Los primarios son muy raros, alrededor del 1 % y afectan a la vejiga sin que exista ninguna otra localización demostrable.

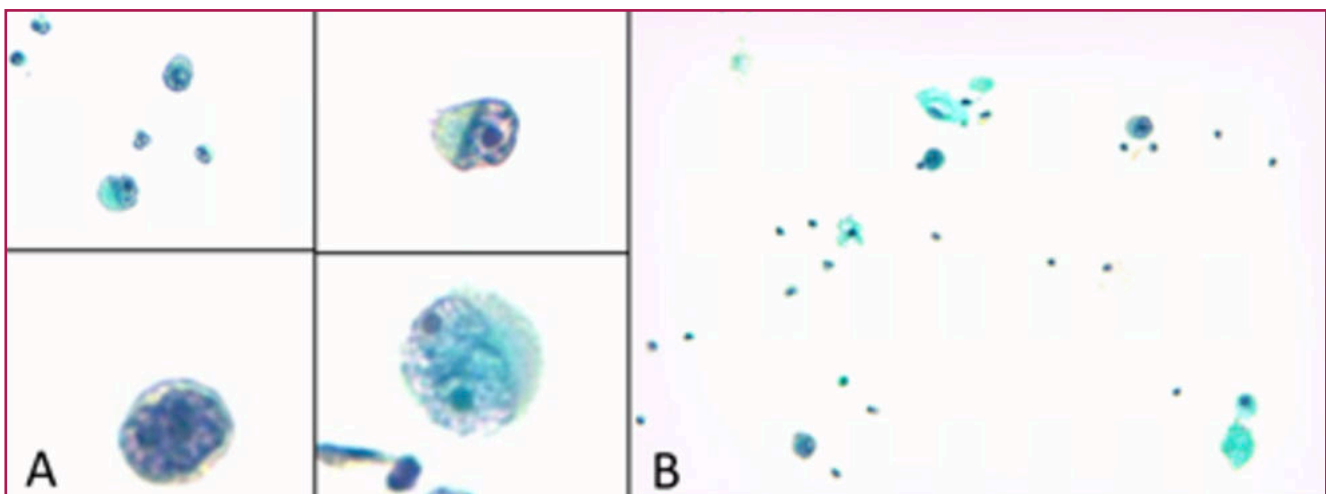


Figura 1. Células de Reed-Sternberg y de Hodgkin, A: Pap 40X, B. Pap 20X.

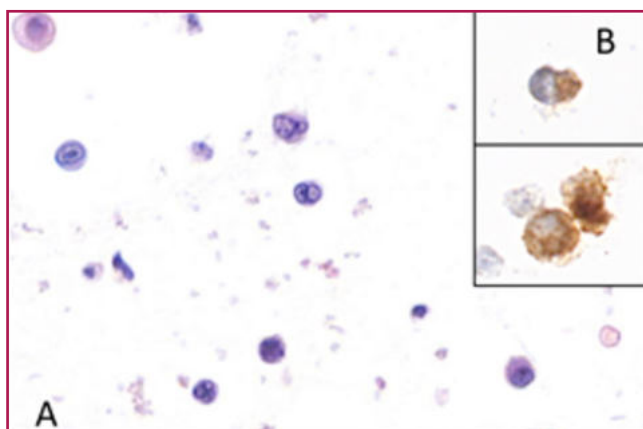


Figura 2. A: Bloque celular (BC) 40X Células de Hodgkin, B: BC CD30+ 40X

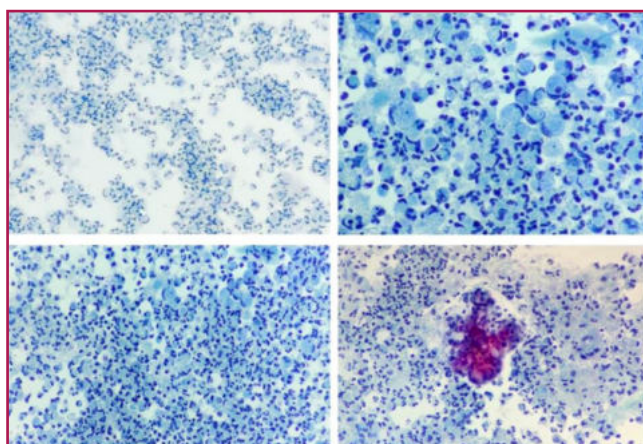


Figura 3. A: Corte histológico H&E 40X, B: H&E Células de Reed-Sternberg 40X, C: CD30+

Los secundarios son casos de metástasis vesical en un paciente con historia conocida de linfoma maligno sistémico y son más frecuentes (17,2 %). Ocurren en los estadios avanzados, siendo el linfoma no Hodgkin tipo MALT el más común. La presentación de la enfermedad se da mediante hematuria, disuria, polaquiuria y dolor abdominal o de espalda.

En nuestro caso se realizó un TAC toracoabdominal a causa del cuadro tóxico de la paciente que demostró múltiples adenopatías toracoabdominales y una neoformación en la vejiga urinaria, que fue estudiada mediante cistoscopia con sospecha de un carcinoma urotelial.

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) tipo esclerosis nodular es una de las cuatro variantes del linfoma de Hodgkin clásico, siendo la más común de todas. Afecta hasta un 80 % de las personas diagnosticadas con LHC. Histológicamente se caracteriza por un fondo con linfocitos pequeños, eosinófilos, neutrófilos, células plasmáticas, histiocitos, fibroblastos y presencia de gruesas bandas colágena que separan nidos de células, donde podemos encontrar las células clásicas de Reed-Sternberg típicamente positivas para CD30 y sus variantes (células de Hodgkin) que son las que encontramos en la orina.

El diagnóstico diferencial se plantea con el carcinoma urotelial de alto grado. Inmunohistoquímicamente los linfomas de la vejiga urinaria son negativos para panqueratina, vimentina, CK20 y CK7. Y los marcadores linfocitarios varían según el subtipo de linfoma.

En citología si solo tenemos en cuenta la información proporcionada por la sospecha clínica, la cistoscopia y la forma de presentación, así como las características celulares del tumor, nos puede generar confusión y llevarnos a emitir un mal diagnóstico. Por ello, es importante que más allá de la información expuesta inicialmente se revise la historia clínica del paciente, ya que podemos encontrar información fundamental para realizar un diagnóstico certero con ayuda de técnicas como la IHQ. Si se tiene un buen material como en nuestro caso, se puede realizar con la misma eficiencia que en las biopsias. ■

Bibliografía

1. Kodzo-Grey Venyo A. Lymphoma of the Urinary Bladder. Hindawi Publ Corp Adv Urol. 9 de enero 2014; 2014(1):19p.
2. Bellas Menéndez C. Linfoma Hodgkin. Rev Esp Patol. 2004; 37(2):129-138.
3. Martín Laborda y Bergasa F, Lozano Lozano D, Gil Fernández J, Serrado Pardo R, Fernández Rañada J. Linfoma no Hodgkin y aparato urinario. A propósito de un caso. Actas Urol Esp. 2005; 29(4): 427-432.
4. Comunidad Virtual de Anatomía Patológica [Internet]. Linfomas no Hodgkin; [consultado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.conganat.org/icongreso/conferencias/007/linfomas.htm>