



# XXV REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA CARTAGENA



## LINFOMA DIFUSO COMO TUMOR GINECOLÓGICO PRIMARIO

**Autores:** Diago Muñoz. D, Jiménez García. A, Álvarez Fernández. L, Rodríguez López. P, Peiró Jornet. J, Batres Martínez. L, Martínez Uriarte. J, Martínez Pérez. B.

### INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin (LNH) engloba un conjunto de linfomas malignos que afectan a los nódulos linfáticos aunque el 25% puede presentar un tumor primario extranodular. El 90% de los LNH derivan de las células B. (1). La incidencia de esta enfermedad ha aumentado (2), pero el LNH que afecta al tracto genital de forma primaria se ha mantenido estable siendo menor al 0,5% (3). El diagnóstico es difícil dado que su índice de sospecha es bajo. En estadios tempranos, el linfoma del tracto genital suele ser asintomático. Cuando es más avanzado presenta síntomas como sangrado vaginal anormal y dolor (4). Es difícil diagnosticar el linfoma previo a la cirugía ya que es necesaria la confirmación anatomopatológica. La inmunohistoquímica resulta útil para la clasificación y para realizar un diagnóstico diferencial (5). El PET se utiliza actualmente para el estadiaje, detectar recurrencia y monitorización del tratamiento (6). El linfoma B difuso es el subtipo más frecuente de LNH en el tracto genital, representando un tercio de los casos y su comportamiento es rápidamente proliferativo por lo que quimioterapia junto con Rituximab suele ser efectiva (7), aunque también es válida la radioterapia.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 54 años, diabética tipo 2 con menopausia hace 4 años y antecedente de cesárea. Consulta por dolor intermitente en hipogastrio de 15 días de evolución y sangrado de cantidad menor a regla desde hace 2 meses. A la exploración encontramos una masa dura en cara anterior y lado izquierdo, imposibilitando la introducción del espéculo, que se palpa por vía vaginal y abdominal y adenopatías fijas en axila izquierda. Se realiza una ecografía vaginal que confirma la masa anexial de aspecto irregular polilobulada y sólido-quística de difícil delimitación. En la analítica se ven alteradas las 3 series hemáticas (anemia, leucocitosis con monocitosis y leve plaquetopenia). El PET-TC informa de adenopatías hipermetabólicas supra e infradiaphragmáticas y masa hipermetabólica pélvica de 12 cm con áreas necróticas ametabólicas centrada en cérvix con extensión a útero, recto y sigma, en contacto con pared posterior de vejiga. Lo que corresponde a un Estadio III de Ann Arbor. Se realiza biopsia de cérvix y PAAF axilar. La anatomía patológica informa de: Linfoma difuso de células B tipo centro germinal. Recibe 3 líneas de tratamiento quimioterápico y profilaxis de SNC siendo parcial la respuesta. Es propuesta en hospital de referencia para terapia con CARTS anti CD19, pero en el último ingreso por rectorragia sufre deterioro multiorgánico, falleciendo 6 días después.

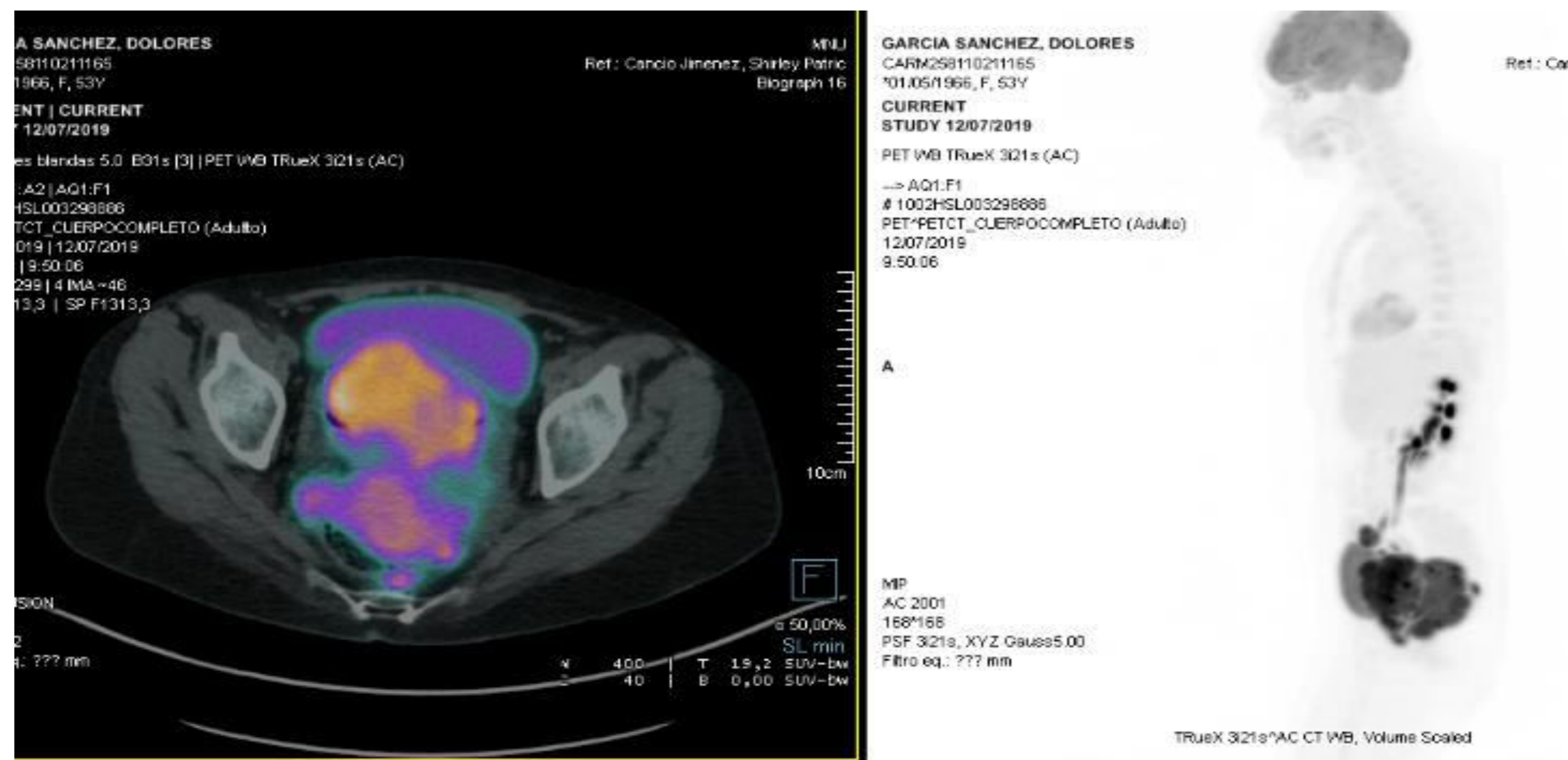


Imagen 1: PET-TC masa pélvica de 12 cm.

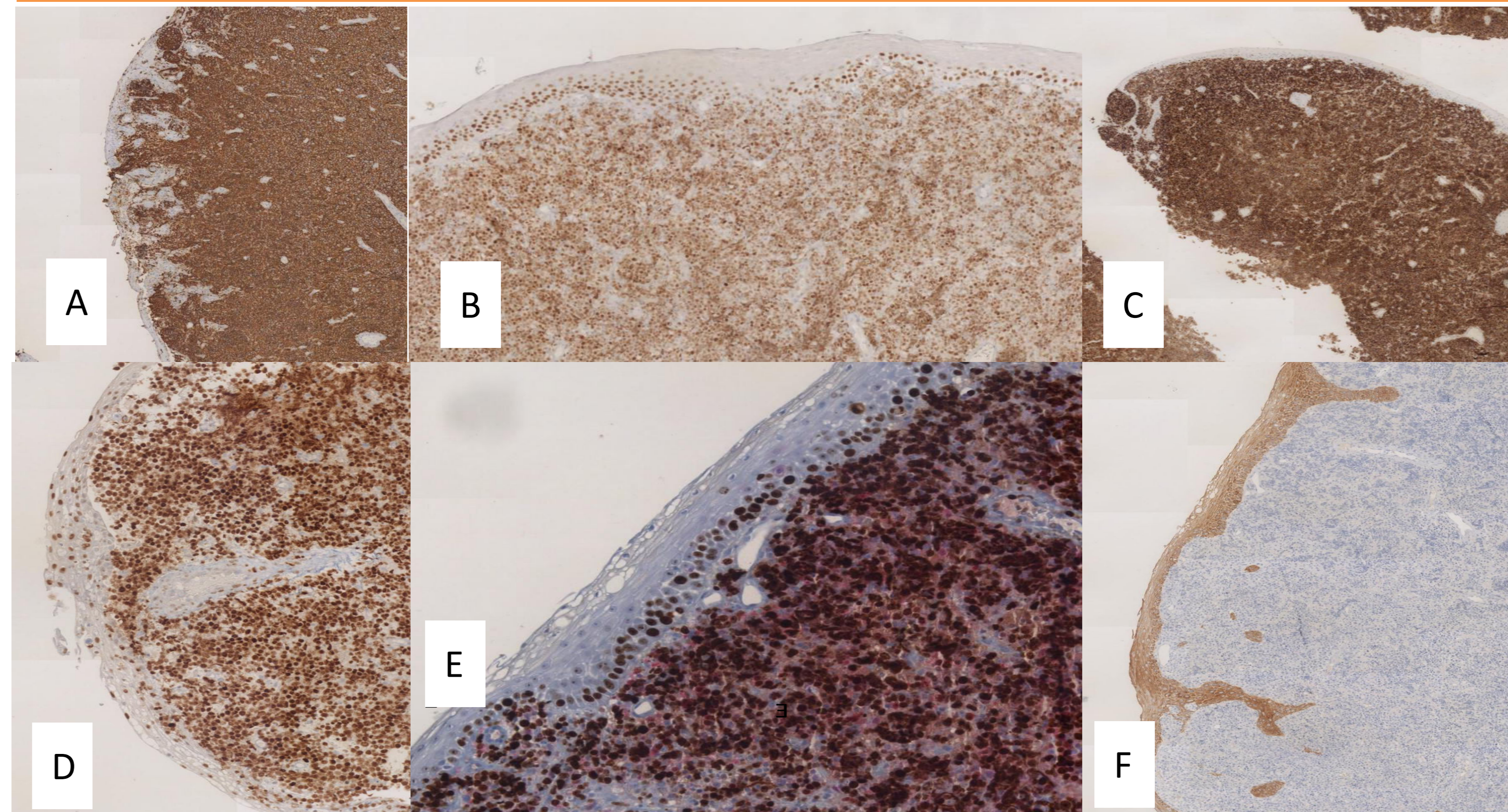


Imagen 3: Linfoma difuso de células B de tipo germinal (LBDCG) CD20 + (A), C Myc>95% (B), BCL-2+ (C), BCL-6+ (D), Ki67> 95% (E) y ck5-6 (F). Hace sospechar que se trate de LBDCG triple expresor.

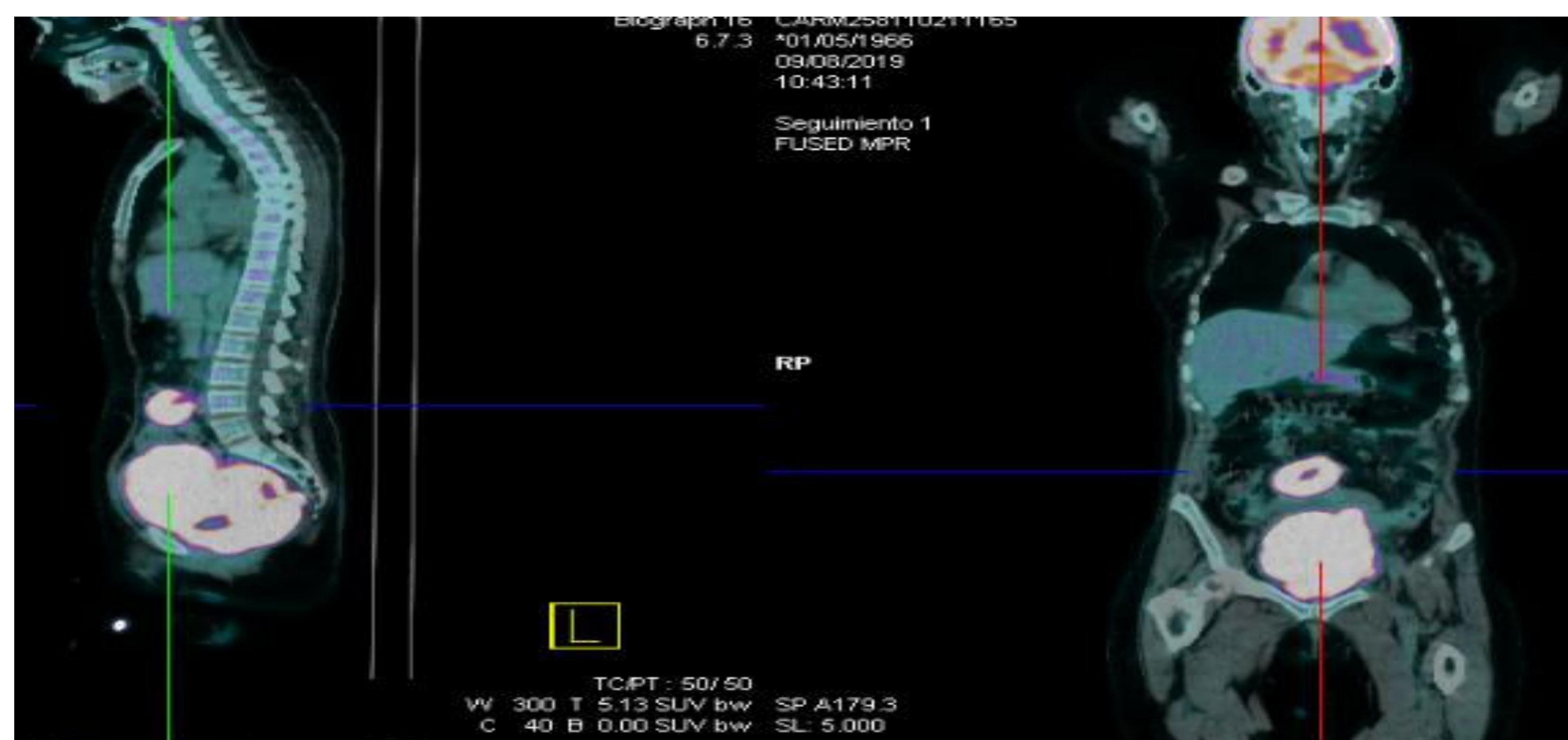


Imagen 2: PET-TC con afectación retroperitoneal paraórtico y respuesta completa de las adenopatías supra-diaphragmáticas.

### COMENTARIOS

El LNH como tumor ginecológico primario es de difícil diagnóstico por ser un tipo de neoplasia genital de baja frecuencia y por tanto con un bajo índice de sospecha. La etiología no se conoce y por tanto es de difícil prevención. El cribado citológico podría resultar útil para su detección pero en la literatura existe controversia por no verse afectado de forma frecuente el epitelio escamoso. Si no es diagnosticada a tiempo es grave, incluso pudiendo provocar la muerte como es el caso de nuestra paciente. El tratamiento consiste en largos ciclos de quimioterapia que afectan a la calidad de vida aunque si la terapia es temprana y en linfoma de poca extensión es muy eficaz. Actualmente existe una terapia novedosa con CARTS anti CD19 que resulta exitosa en casos refractarios a la quimioterapia como nuestra paciente, su aplicación como 1º línea de tratamiento está siendo estudiada.

### BIBLIOGRAFÍA

- Vannata, B., & Zucca, E. (2015). Primary extranodal B-cell lymphoma: current concepts and treatment strategies. *Chinese clinical oncology*, 4(1).
- Trenhaile, T. R., & Killackey, M. A. (2001). Primary pelvic non-Hodgkin's lymphoma. *Obstetrics & Gynecology*, 97(5), 717-720.
- Mehrdadi, A. Z. (2012). Primary bone marrow lymphoma: an uncommon extranodal presentation of aggressive non-hodgkin lymphomas. *The American journal of surgical pathology*, 36(2), 296-304.
- Miura, L. Y., Maure, M. A. D., Zomer, M. T., Ribeiro, R., Cavalcanti, T. C. S., & Kondo, W. (2018). A case of primary uterine lymphoma presenting with bleeding, pelvic pain, and dysmenorrhea. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2018.
- Islimy Taskin, M., Gokgozdoglu, L., & Kandemir, B. (2013). Primary ovarian large B-cell lymphoma. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2013.
- Chen, R., Yu, Z., Zhang, H., Ding, J., & Chen, B. (2015). Primary malignant lymphoma of the uterus and broad ligament: a case report and review of literature. *OncoTargets and therapy*, 8, 265.
- Aviv, A., Tadmor, T., & Pollack, A. (2013). Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: looking at pathogenesis, clinical issues and therapeutic options. *Annals of oncology*, 24(9), 2236-2244.