

Resumen #736

Linfoma primitivo de cavidades extracavitario. Presentación de un caso

<sup>1</sup>Asis OG, <sup>2</sup>Agustí J, <sup>3</sup>Martínez-Ciarpaglini C, <sup>3</sup>Ferrández-Izquierdo A

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba. Argentina; <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Universidad de Valencia. España; <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica Departamento de Patología. Universidad de Valencia. España. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia, INCLIVA3

**Persona que presenta:**

Asis OG, asis-gabriela@hotmail.com

**Área:**

Clínico / Quirúrgica

**Resumen:**

El linfoma primitivo de cavidades extracavitario (LPCE) es un linfoma B nodal o extranodal. La clasificación de la OMS (2017) de Tumores de Tejidos Linfoides y Hematopoyéticos lo denomina Linfoma Primario de Derrames. Se presenta mayormente en hombres, edad media 24 a 76 años, HIV positivo en el 96% de los casos. Clínicamente, se manifiestan como masas sólidas nodales (58%) o extranodales (42%) sin derrame linfocitario cavitario a diferencia del linfoma primitivo de cavidades caracterizado por derrame linfomatoso pleural, peritoneal o pericárdico. Se encuentra casi siempre asociado al virus herpes humano 8 (HHV-8) también en hombres jóvenes VIH positivos o SIDA.

Presentación del caso: paciente mujer de 79 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude por presentar lesión de aspecto adenopático en hueso axilar derecho. Ante la sospecha de metástasis de carcinoma de mama sin primario conocido, se decide realizar mamografías y TC. La TC informa adenopatías axilares derechas de 24,6 a 26,3mm. Se lleva a cabo la exéresis de dichos nódulos. El material es enviado al Laboratorio de Anatomía Patológica y procesado con técnicas de rutina, coloración de H&E e Inmunohistoquímica (IHQ). La histopatología demostró: infiltrado ganglionar por células grandes de hábito linfoide plasmablásticas, inmunoblásticas o anaplásticas con patrón sinusoidal y elevado índice mitótico. Se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales: Linfoma T/NK anaplásico de Células Grandes ALK-1+, Linfoma Plasmablástico, Linfoma B de Células Grandes ALK-1+, Linfoma B Difuso de Células Grandes NOS y Metástasis de Carcinoma o Melanoma. Se realizan estudios de IHQ para: CD20, CD79a, CD3, CD138, EMA, ALK-1, CK AE1/AE3 y S-100. Carcinoma y melanoma se descartaron por negatividad para AE1/AE3 y para S-100 respectivamente. Solamente se detectó positividad focal para CD3 y EMA. Ante ello, planteamos la posibilidad excepcional de un Linfoma Primitivo de Cavidades Extracavitario. En esa dirección efectuamos técnicas de hibridación in situ para EBER y HHV-8 las cuales resultaron positivas.

El LPCE es una neoplasia extremadamente rara y de mal pronóstico que debemos conocer y cuyo diagnóstico se basa fundamentalmente en la asociación conjunta a infección por VEB y HHV-8 en ausencia de marcadores de línea B y T.

**Palabras Clave:**

Linfoma de cavidades, Extracavitario, inmunohistoquímica, HIV, VHB

Extracavitary primitive lymphoma of cavities. Case presentation

<sup>1</sup>Asis OG, <sup>2</sup>Agustí J, <sup>3</sup>Martínez-Ciarpaglini C, <sup>3</sup>Ferrandez-Izquierdo A

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba. Argentina; <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Universidad de Valencia. España; <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica Departamento de Patología. Universidad de Valencia. España. Fundación de Investigación del Hospital Clínico de Valencia, INCLIVA3

**Persona que presenta:**

Asis OG, asis-gabriela@hotmail.com

**Abstract:**

Extracavitary primitive lymphoma of cavities (EPLC) is a nodal or extranodal B-cell lymphoma. The WHO classification (2017) of Tumors of Lymphoid and Hematopoietic Tissues calls it Primary Lymphoma of Effusions. It occurs mostly in men, average age of 24 to 76 years, HIV positive in 96% of cases. Clinically, they manifest as solid nodal masses (58%) or extranodal masses (42%) without cavitory lymphocytic effusion, unlike the primitive lymphoma of cavities, characterized by pleural, peritoneal or pericardial lymphomatous effusion. It is almost always associated with human herpes virus 8 (HHV-8) also in young HIV positive men or AIDS.

Case presentation: A 79 year old female patient with no medical-surgical antecedents of interest who presents an adenopathic lesion in the right axillary hollow. Given the suspicion of metastasis of breast carcinoma with unknown primary, it was decided to perform mammograms and CT. CT reports right axillary adenopathies from 24.6 to 26.3mm. The exeresis of the nodules is carried out. The material is sent to the Pathological Anatomy Laboratory and processed with routine techniques, H&E staining and Immunohistochemistry (IHC). The histopathology showed: lymph node infiltrate by large plasmablastic, immunoblastic or anaplastic lymphoid habit cells with sinusoidal pattern and high mitotic index. The following differential diagnoses are presented: ALK-1 + Large Cell Anaplastic T / NK Lymphoma, Plasmablastic Lymphoma, ALK-1 + Large Cell Lymphoma B, NOS Large Cell Diffuse B Lymphoma and Carcinoma or Melanoma Metastasis. IHC studies are carried out for: CD20, CD79a, CD3, CD138, EMA, ALK-1, CK AE1 / AE3 and S-100. Carcinoma and melanoma were ruled out due to negativity for AE1 / AE3 and S-100 respectively. Focal positivity was only detected for CD3 and EMA. In view of this, we propose the exceptional possibility of and extracavitary primitive lymphoma of cavities. In that direction, we carried out in situ hybridization techniques for EBER and HHV-8, which were positive.

EPLC is an extremely rare neoplasm with poor prognosis that we should know, and whose diagnosis is based mainly on the association of EBV and HHV-8 infection in absence of line B and T specific markers.

**Keywords:**

-Cavities lymphoma, Extracavitary, immunohistochemistry, EBV, HHV-8