



Protocolo de práctica asistencial de las linfocitosis crónicas

S. Alonso Álvarez y J.M. Bastida Bermejo*

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Palabras Clave:

- Linfocitosis crónica
- Infección
- Hemopatía

Keywords:

- Chronic lymphocytosis
- Infection
- Hematological disorders

Resumen

Introducción. La linfocitosis crónica consiste en el aumento persistente del recuento absoluto de linfocitos (habitualmente más de 4.800/mm³) en sangre periférica.

Etiopatogenia. Las causas de este aumento pueden ser clonales o reactivas.

Diagnóstico. La historia clínica y la exploración física son esenciales para el diagnóstico, así como algunas pruebas de laboratorio (frotis de sangre periférica). Otras pruebas complementarias como la citometría de flujo son fundamentales para clasificar la linfocitosis (clonal o policlonal). Una vez establecida la causa, el tratamiento y pronóstico serán los de la causa primaria o de la hemopatía linfoide clonal específica.

Abstract

Practice protocol for chronic lymphocytosis

Introduction. Chronic persistent lymphocytosis is the increase of the absolute lymphocyte count (usually > 4.800 / mm³) in peripheral blood.

Etiology. Lymphocytosis can be classified between clonal or reactive.

Diagnosis. The diagnosis involves a complete medical history and some laboratory tests; peripheral blood smear is essential and other tests, as flow cytometry, can be also used to classify lymphocytosis (clonal or polyclonal). Once the cause is established, treatment and prognosis are those of the primary cause or clonal lymphoid blood disorder.

Introducción

La linfocitosis crónica se define como el incremento absoluto de linfocitos (más de 4.800/mm³), en adultos, de forma persistente. En la población pediátrica, las cifras son variables, se consideran normales incluso hasta 9.000/mm³. La linfocitosis se produce a expensas de cualquiera de las subpoblaciones¹: linfocitos T (60-80% del total), los linfocitos T colaboradores (60-70% de los linfocitos T) y los linfocitos

T supresores y/o citotóxicos (30-40% de los T), linfocitos B (10-20% del total) y/o las células *natural killer* (NK) (5-10%).

Epidemiología

El patrón de presentación e incidencia es heterogéneo y depende de la etiología. La causa más frecuente de linfocitosis crónica clonal en los adultos es la leucemia linfática crónica (LLC), cuya incidencia (5 casos/100.000 habitantes/año) aumenta con la edad. En adolescentes y adultos jóvenes, predomina la linfocitosis reactiva, siendo la infección vírica su causa más frecuente.

*Correspondencia

Correo electrónico: jmbastida@saludcastillayleon.es

Etiología/etiopatogenia

La linfocitosis crónica se clasifica según su etiopatogenia en linfocitosis reactiva o policlonal y en clonal. Las linfocitosis reactivas se producen por una expansión policlonal de los linfocitos (tabla 1). Generalmente, su instauración es aguda aunque se pueden cronificar si no se resuelve su causa. No se suelen presentar linfocitosis superiores a 20.000/mm³. Las linfocitosis clonales se deben al aumento de linfocitos tumorales, en el contexto de un síndrome linfoproliferativo (SLP). La causa más frecuente de linfocitosis crónica clonal es la LLC y/o su entidad predecesora, la linfocitosis B monoclonal (tabla 1).

Manifestaciones clínicas

La forma de presentación suele ser un hallazgo analítico, generalmente casual. La linfocitosis reactiva suele comenzar con las manifestaciones clínicas que acompañan a la enfermedad de base (tabla 1). En cuanto a la linfocitosis clonal, las manifestaciones más características son los síntomas B: sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre, las adenopatías y la esplenomegalia (tabla 1). El síndrome de hiperviscosidad es extremadamente raro. Se han descrito casos aislados con cifras superiores a 10⁶/mm³.

Diagnóstico

La historia clínica y la exploración física son fundamentales para establecer la sospecha diagnóstica, mientras que el frotis de sangre periférica puede orientar el diagnóstico. En función de la sospecha se realizarán pruebas específicas como serologías o autoinmunidad para descartar causas reactivas, mientras que la citometría de flujo (CMF) permitirá establecer el diagnóstico de hemopatía (fig. 1).

Anamnesis

Motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, fármacos y hábitos tóxicos. Investigar las posibles causas desencadenantes (viriasis, estrés, inflamación) así como el patrón temporal/evolución de la linfocitosis.

Exploración física

Exploración general por aparatos (causas locales/sistémicas), áreas ganglionares, hepatomegalia y esplenomegalia.

Pruebas de laboratorio

Hemograma

Es imprescindible valorar el recuento celular absoluto para descartar una linfocitosis relativa (en casos de neutropenia) y

detectar posibles alteraciones en otras series hematopoyéticas.

Frotis de sangre periférica

Es fundamental para objetivar la morfología linfocitaria y sospechar precozmente una hemopatía maligna.

Bioquímica general y pruebas específicas

Según la sospecha clínica (renal, hepático, autoinmunidad, marcadores tumorales, PCR, marcadores inflamatorios). En caso de sospechar una linfocitosis monoclonal, además se determinarán LDH, beta 2 microglobulina, proteinograma y dosificación de inmunoglobulinas.

Poblaciones linfocitarias (B, T y NK) en sangre periférica mediante citometría de flujo

En las linfocitosis reactivas (mononucleosis) suele haber un predominio de linfocitos T citotóxicos (CD8+) policlonales, mientras que en los SLP crónicos predominan los linfocitos clonales de origen B.

Serologías

Se solicitan en función de la sospecha clínica (tabla 1). Se debe descartar el síndrome mononucleósido (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus).

Citometría de flujo en sangre periférica

Analiza la expresión de proteínas (marcadores) de membrana y/o citoplasmáticos de las células. Permite analizar las pobla-

TABLA 1

Causas y principales manifestaciones clínicas de la linfocitosis crónica

Linfocitosis reactiva

Infecciones: síntomas generales, fiebre, adenopatías generalizadas, dolorosas, instauración aguda

Bacterianas: TBC, brucelosis, sífilis, tosferina, rickettsiosis, enfermedad por arañazo de gato

Viricas: VEB y CMV, VIH, HHV-6, VVZ, VHS, VHB, VHC, rubeola, adenovirus

Protozoos: toxoplasma

Parásitos: babesiosis

Otras causas

Fármacos: reacciones de hipersensibilidad, neutrofilia y/o eosinofilia asociada (hidantoínas, penicilinas, fenilbutazona, ácido paraamino-salicílico)

Estrés y tabaquismo: traumatismos, enfermedades agudas graves, etc.

Enfermedades autoinmunes e inflamatorias crónicas: adenopatías generalizadas, síntomas sistémicos y organoespecíficos (sarcoidosis)

Tumores sólidos: síntomas constitucionales, adenopatías generalizadas

Hipoesplenía: aumento de linfocitos grandes granulares tras esplenectomía

Linfocitosis B policlonal persistente: aparece generalmente en mujeres jóvenes y fumadoras. Puede asociar adenopatías o esplenomegalia y un aumento policlonal de IgM, con la expresión de HLA DR-7. Su curso clínico es estable⁵

Linfocitosis monoclonal

Las manifestaciones clínicas son las propias de los SLP: síntomas B, adenopatías localizadas o generalizadas, esplenomegalia (tricoleucemia 90%, linfoma esplénico con linfocitos vellosos 30-50%, LLC 25%, otros), lesiones cutáneas (micosis fungoide), eritrodermia (linfomas cutáneos)

LLC, leucemia de linfocitos grandes granulares, linfoma del manto leucemizado, linfoma folicular leucemizado, tricoleucemia, linfoma esplénico con linfocitos vellosos, linfoma linfoplasmocítico, leucemia/linfoma T del adulto, síndrome de Sézary, leucemia prolinfocítica, leucemia de células plasmáticas

CMV: citomegalovirus; HHV-6: virus del herpes humano tipo 6; HLA: antígeno leucocitario humano; IgM: inmunoglobulina M; LLC: leucemia linfática crónica; TBC: tuberculosis; VEB: virus de Epstein-Barr; VHC: virus de la hepatitis C; VHS: virus del herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VVZ: virus varicela zoster;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681529>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681529>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)