

## SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS B CON INMUNOFENOTIPO NO ESPECÍFICO

A. Alonso<sup>a</sup>, D. Subirá<sup>b</sup>, S. Castañón<sup>b</sup>, C. Serrano<sup>b</sup>, R. Gonzalo<sup>b</sup>, A. García-Raso<sup>b</sup>, M. Calleja<sup>b</sup>, A. Román<sup>b</sup>, P. Font<sup>a</sup>, C. Martínez-Chamorro<sup>a</sup>, M.A. Pérez<sup>c</sup> y P. LLamas<sup>b</sup>

*Clínica Rúber<sup>a</sup>, Fundación Jiménez Díaz<sup>b</sup>, Clínica Moncloa<sup>c</sup>. Madrid.*

El inmunofenotipo es importante en el estudio habitual de la linfocitosis. De un modo preciso, sólo la LLC-B, LNH folicular, LNH-B esplénico con linfocitos vellosos y la tricoleucemia son las neoplasias periféricas de célula B madura que tienen un inmunofenotipo específico.

**Objetivos:** Describir la proporción y perfil antigénico de los síndromes linfoproliferativos con inmunofenotipo no específico (SLINE). Comparar el diagnóstico inmunofenotípico y el diagnóstico final del paciente. Definir la utilidad de la citometría de flujo (CMF) en el diagnóstico de los SLINE.

**Métodos:** 123 muestras de sangre periférica recogidas en dos años como parte del estudio inicial de un síndrome linfoproliferativo B. El estudio por CMF utilizó los anticuerpos monoclonales CD5, CD10, CD20, CD22, CD23, CD38, FMC7, CD11c, CD25 y CD103. Se clasificó como SLINE aquellos procesos linfoproliferativos B de carácter monoclonal cuyo inmunofenotipo permitía excluir las entidades arriba mencionadas con inmunofenotipo específico. El diagnóstico final del paciente se basó en la suma de datos clínicos, moleculares (bcl1/bcl2), histológicos e inmunofenotípicos.

**Resultados:** Se calificó de SLINE a 21 muestras (17%), con una población B monoclonal que osciló entre 5 y 90% de los linfocitos. Todos carecían de CD10, CD11c++ y CD103 y los casos CD5+ reunían un máximo de 3 criterios de la clasificación inmunofenotípica propuesta para el diagnóstico de la LLC-B. Los informes inmunofenotípicos (IIF) de los SLINE fueron de 4 tipos: LNH del manto como primera posibilidad diagnóstica (7); descartar, entre otros, un LNH-B del manto (5); sospecha de LNH-B marginal (3) y "otros" LNH-B (6). Dentro de cada grupo no se observó un mismo patrón de comportamiento antigénico. El diagnóstico final del paciente se concretó en 20/21 casos y fue: 6 LNH-B del manto, 3 LNH-B marginal, 1 macroglobulinemia, 2 LLC-B atípicas y 8 LNH-B sin especificar (50% CD5+). El IIF del SLINE apuntó el diagnóstico de LNH-B del manto en 5 de los 6 casos, 2 de los 3 casos con LNH-B marginal y en el paciente con macroglobulinemia.

**Conclusiones:** 1. En los síndromes linfoproliferativos B hay un porcentaje no desdeñable de SLINE cuyo diagnóstico no puede establecerse sólo en base a datos del IIF. 2. Sin embargo, permite identificar la mayor parte de LNH del manto y excluir LNH de alto grado y los otros síndromes linfoproliferativos. 3. El 40% de los SLINE (8/20) no alcanza un diagnóstico final preciso que permita ubicarlos dentro de las categorías de la clasificación de la OMS. 4. Estos anticuerpos no reproducen un perfil antigénico homogéneo en los grupos diagnósticos de SLINE; parece necesario estudiar más antígenos para disminuir los casos de SLINE.