



## 1876 - ENFERMEDAD DE CASTLEMAN Y LINFOMA DE HODGKIN: EL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

**Grisell Starita Fajardo**<sup>1,2,3</sup>, Ana Matorras Gutiérrez de Terán<sup>1,2</sup>, María Pilar Iranzo Alcoleda<sup>1,2</sup>, Martín Fabregate Fuentes<sup>1,2</sup>, Raquel García Latorre<sup>1,2</sup>, Miguel Ángel Gómez Bermejo<sup>1,2</sup>, Javier Soto Pérez-Olivares<sup>1,2</sup> y Andrés González García<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>2</sup>IRYCIS, Madrid, España. <sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

<sup>4</sup>Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España.

### Resumen

**Objetivos:** La enfermedad de Castleman (EC) es un cuadro linfoproliferativo no clonal, con perfil inflamatorio y expresión clinicopatológica particular. Se clasifica en EC unicéntrica y EC multicéntrica (ECM), a su vez esta se divide según su etiología: asociada al virus herpes humano 8, al síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, gammapatía monoclonal, cambios cutáneos) y ECM idiopática. El objetivo fue comparar características clínicas, analíticas y radiológicas en dos cohortes de pacientes con EC y linfoma de Hodgkin (LH), intentando identificar diferencias claves que permitan optimizar el diagnóstico.

**Métodos:** Estudio observacional de corte transversal. Pacientes con diagnóstico establecido de EC y LH, pareados por edad y sexo, en un hospital terciario. Se recogieron características clínicas, analíticas y radiológicas al momento del diagnóstico. Las variables categóricas se expresan como frecuencias (%) y se compararon con la prueba chi-cuadrado. Las variables continuas con distribución normal como media  $\pm$  desviación típica y comparaciones con prueba t-Student, o como mediana [rango intercuartílico] con prueba U de Mann-Whitney en caso contrario. Análisis multivariante mediante regresión logística, derivando *odds ratio* (OR) e intervalo confianza al 95%. Se incluyeron las variables con  $p < 0,1$  en el análisis univariante, junto con covariables según plausibilidad biológica/evidencia previa. Análisis estadístico IBM SPSS v22.

**Resultados:** N = 20 pacientes con EC, de estos, una (5%) ECU y el resto ECM, junto con n = 20 controles con LH. El 45% (9/20) de cada grupo eran mujeres, sin diferencias significativas por edad ( $51 \pm 19$  vs.  $46 \pm 20$  años;  $p = 0,382$ ). Los pacientes con EC presentaban mayor prevalencia de comorbilidades: hipertensión arterial (50 vs. 10%;  $p = 0,006$ ), dislipemia (35 vs. 10%;  $p = 0,058$ ), insuficiencia cardíaca (25 vs. 5%;  $p = 0,077$ ). Con respecto a los síntomas, se observó que en el grupo con EC era más frecuente la fatiga (65 vs. 25%;  $p = 0,011$ ) y el malestar general (50 vs. 5%;  $p = 0,001$ ), y en menor medida la hepatoesplenomegalia (40 vs. 15%;  $p = 0,077$ ). Además, la presencia de clínica congestiva (20%), cutánea (15%), dolor abdominal (15%) y neuropatía periférica (25%) únicamente se evidenciaron entre los pacientes con EC. La característica radiológica diferencial fue la presencia de hilio graso conservado (50 vs. 5%;  $p = 0,001$ ). En relación a los parámetros bioquímicos, los pacientes con EC presentaban valores más elevados de triglicéridos (132 [93] vs. 87

[50] mg/dL;  $p = 0,001$ ), y tendencia a menores concentraciones de LDH sérica (193 [109] vs. 211 [75] UI/L;  $p = 0,070$ ) y ferritina (114,8 [184,7] vs. 163,3 [355,0];  $p = 0,077$ ). En el análisis multivariante, los factores que se asociaron de manera independiente al diagnóstico de EC fueron los síntomas de fatiga (OR: 55,301 [4,825-633,816];  $p = 0,001$ ) y la concentración de LDH sérica (OR: 0,982 [0,966-0,999];  $p = 0,040$ ).

*Conclusiones:* Debido a la presentación heterogénea y baja prevalencia de la EC, el diagnóstico suele retrasarse y confundirse con otros síndromes linfoproliferativos, lo que conlleva a diferir el tratamiento hasta el diagnóstico anatomopatológico, con las consecuencias que esto ocasiona. Consideramos prioritario identificar datos clínicos, analíticos o radiológicos diferenciales que nos permitan orientar el diagnóstico de forma rápida tanto para el paciente, como para guiar al patólogo a la hora de analizar las biopsias.