

Linfocitosis

¹Muñoz Galindo A, ²Lozano Mejorada R, ¹Quijada Gutiérrez L, ¹Abou-Assali R

¹Centro de Salud La Alamedilla

²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca

Varón de 65 años de edad, sin alergias medicamentosas, fumador ocasional y con un único antecedente de dislipemia en tratamiento con simvastatina (20 mg/día).

Acude a consulta para analítica rutinaria de control. En ella se observa leucocitosis a expensas de linfocitos: leucocitos 13000 y linfocitos 7990. El paciente refiere encontrarse asintomático.

En la exploración física no se objetiva la presencia de adenopatías, visceromegalias, o signos de infección. No presenta fiebre y niega haber tomado nuevos tratamientos.

Se decide la realización de un nuevo hemograma al cabo de cuatro semanas. En esta ocasión, la linfocitosis se ha incrementado hasta presentar 9930. Por ello, se solicita la realización de frotis de sangre periférica que aporta la siguiente información: anisopoikilocitosis con abundancia de equinocitos (segmentados 23 %, cayados 1 %, eosinófilos 3 %, monocitos 3 %, linfocitos 70 %), linfocitosis monomorfa con algunas formas pequeñas maduras y predominio claro de linfocitos grandes con alta relación núcleo-citoplasma, así como abundancia de células rotas en el frotis.

Desde el Servicio de Hematología se envía muestra a la Unidad de Inmunopatología. El informe de citometría de flujo del paciente refiere situación compatible con síndrome linfoproliferativo tipo leucemia linfática crónica B.

COMENTARIO

El término linfocitosis hace referencia a valores de linfocitos superiores a 5000. Tras el hallazgo de linfocitosis, debe realizarse una nueva determinación en el plazo aproximado de cuatro semanas. Si persisten los valores alterados, debe efectuarse un frotis de sangre periférica, aunque en el contexto de una neutropenia puede aparecer una falsa linfocitosis o una linfocitosis relativa.

ETIOLOGÍA

Entre las principales causas se encuentra la mononucleosis infecciosa, originada por el virus de Epstein-Barr, en la que la linfocitosis puede mantenerse hasta dos meses. Otros agentes causantes de un síndrome mononucleósico son el citomegalovirus y el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1. Otros cuadros víricos que pueden cursar con linfocitosis son las parotiditis, las hepatitis, la rubeola, la varicela y el sarampión. Otras entidades infecciosas no víricas que pueden ocasionar esta alteración son la toxoplasmosis, la brucelosis, la tuberculosis y la sífilis secundaria. En ellas, las manifestaciones clínicas permitirán orientar el diagnóstico.

Entre las causas no infecciosas, las principales son las reacciones de hipersensibilidad y las relacionadas con situaciones de estrés (politraumatizados, cardiopatía aguda, estatus epiléptico). Las reacciones de hipersensibilidad en relación con fármacos (fundamentalmente anticonvulsivantes) suelen aparecer a las 2-6s semanas de iniciar el tratamiento y se acompañan de fiebre y leucocitosis con eosinofilia y linfocitosis atípica. En pacientes esplenectomizados puede persistir la linfocitosis.

La principal causa de linfocitosis maligna son los síndromes linfoproliferativos. De todos ellos, al igual que en este caso, la leucemia linfática crónica es la más frecuente. Se caracteriza por la acumulación progresiva de linfocitos monoclonales inmunoincompetentes. No se conocen factores de riesgo para ella, salvo la raza blanca, la edad avanzada y la presencia de antecedentes familiares. La gran mayoría de los diagnósticos se producen en pacientes asintomáticos; cuando aparece clínica, suele ser de cansancio o fiebre con adenopatías o visceromegalias en la exploración física. El tratamiento y el pronóstico dependen del estadio en el momento del diagnóstico. En los estadios iniciales, la supervivencia puede llegar a ser similar a la de la población normal.

BIBLIOGRAFIA

- Carney D. Peripheral blood lymphocytosis-what is the threshold for further investigation? *Leuk Lymphoma* 2008;49:1659.
- Sánchez-Valle ME, Hernández Navarro F. Protocolo diagnóstico de la linfocitosis. *Medicine* 2004;9:1365-7.
- Vetsika EK, Callan M. Infectious mononucleosis and Epstein-Barr virus. *Expert Rev Mol Med* 2004;6:1.