



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I/H-37. - LINFOMA DE BURKITT

J. Caballero Castro¹, M. Gracia Sánchez¹, M. Vidal Marín¹, M. Villanueva Gimeno¹, V. Muñoz Mendoza¹, I. Cuesta Gallardo², J. Vicario Bermúdez¹, C. Fonseca López¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Hematología. Hospital Obispo Polanco. Teruel.

Resumen

Objetivos: Es un linfoma B no Hodgkin maduro y agresivo, con alto grado de proliferación celular, su incidencia es de alrededor del 30% en los pacientes infectados por el VIH, y su aparición determina el diagnóstico de Caso SIDA. Se postula que la estimulación policlonal de los linfocitos B favorece precede la formación del linfoma. Con tratamiento quimioterápico puede alcanzarse la curación en un 30-50% de los pacientes. Presentamos el caso clínico de un paciente, por su escasa incidencia.

Métodos: Estudio de la historia clínica del paciente.

Resultados: Paciente varón de 41 años con antecedentes de infección VIH, VHC genotipo 1a y VHB en fase hepatopatía crónica avanzada con hipertensión portal, y trastorno de la personalidad, en tratamiento antirretroviral y psiquiátrico con buen cumplimiento. Ingresó por cuadro de un mes de evolución con fiebre de hasta 39,2 °C asociado a malestar general, escalofríos, sudoración profusa, sin signos de focalidad infecciosa, asimismo refiere presencia de bultos submandibulares indoloros bilaterales. Al examen febril, hemodinámicamente estable, conglomerado de adenopatías submaxilares izquierdas y preauriculares de 6 × 4 cm, hepatomegalia de 6 cm y esplenomegalia de 10 cm, resto del examen dentro de la normalidad. Se realiza estudio analítico con evidencia de leucocitos 2.000 mmcc, Hb 13,2 g/dl, Hto 39,5%, plaquetas 64.000 mmcc, VSG 11 mm/1^ah, coagulación normal, en bioquímica destaca proteínas totales 5,7 g/dl, albúmina 3,3 g/dl, bilirrubina total 2,17 mg/dl, B directa 0,91, B indirecta 1,26, GGT 105 UI/L, FA 60 UI/L, serología para Brucella negativa, para citomegalovirus, toxoplasma, herpes simple, herpes varicela zóster y Epstein Barr sugestivas de enfermedad antigua: IgG y negativos IgM, lúes negativo. Urocultivo negativo. CD 4: 20/mm³ y 3,2%. CD 8: 350/mm³ y cociente CD4/CD8: 50/mm³, carga viral VIH: 5,2 (unidades logarítmicas). Radiografía de tórax sin hallazgos. PAAF de adenopatía submandibular izquierda sugestiva de linfoma, TAC cérvico-toraco-abdominal con presencia de múltiples adenopatías cervicales profundas de predominio izquierdo, esplenomegalia homogénea. Ante dichos resultados se procede a realizar biopsia de adenopatía cervical que muestra infiltración por un proceso linfoproliferativo maligno de patrón difuso y con un aspecto en “cielo estrellado” prominentes, los linfocitos neoplásicos son de tamaño intermedio con núcleos redondeados bastante monomorfos, cromatina en grumos y varios pequeños nucleolos; el citoplasma es escaso. El índice mitótico es muy alto. El estudio inmunohistoquímico dio el siguiente resultado en las células neoplásicas: Positividad intensa y difusa para CD20, CD79a, CD10, bcl-6 y negatividad para CD3, CD5, Tdt, bcl-2, CD30 y Cyclina D-1, El Ki-67 mostró positividad en el 100% de las células, compatible con linfoma de Burkitt. En colaboración con el S. de Hematología el paciente es trasladado a su hospital de referencia para recibir tratamiento.

Discusión: Durante los últimos años se ha observado un incremento progresivo de las neoplasias asociadas a infección por VIH, pero solo algunos muestran relación directa con el virus de la inmunodeficiencia humana, y su aparición implica el diagnóstico del SIDA, tales como sarcoma de Kaposi, linfomas no hodgkinianos (linfoma de Burkitt) y linfoma cerebral primario. La cohorte EuroSIDA reportó un incremento relativo de LNH desde 4% en 1994 a 16% en las última series publicadas, en la proporción de neoplasias diagnosticadas en esta población.

Conclusiones: El Linfoma de Burkitt es una rara entidad de diagnóstico anatómico patológico, a tener siempre en cuenta en pacientes con infección VIH que presenten adenopatías de tamaño significativo. Es más frecuente a mayor nivel de inmunosupresión, su diagnóstico implica la declaración de Caso SIDA.