



IMAGEN 7-2012: INFILTRACIÓN RENAL POR LINFOMA DE BURKITT



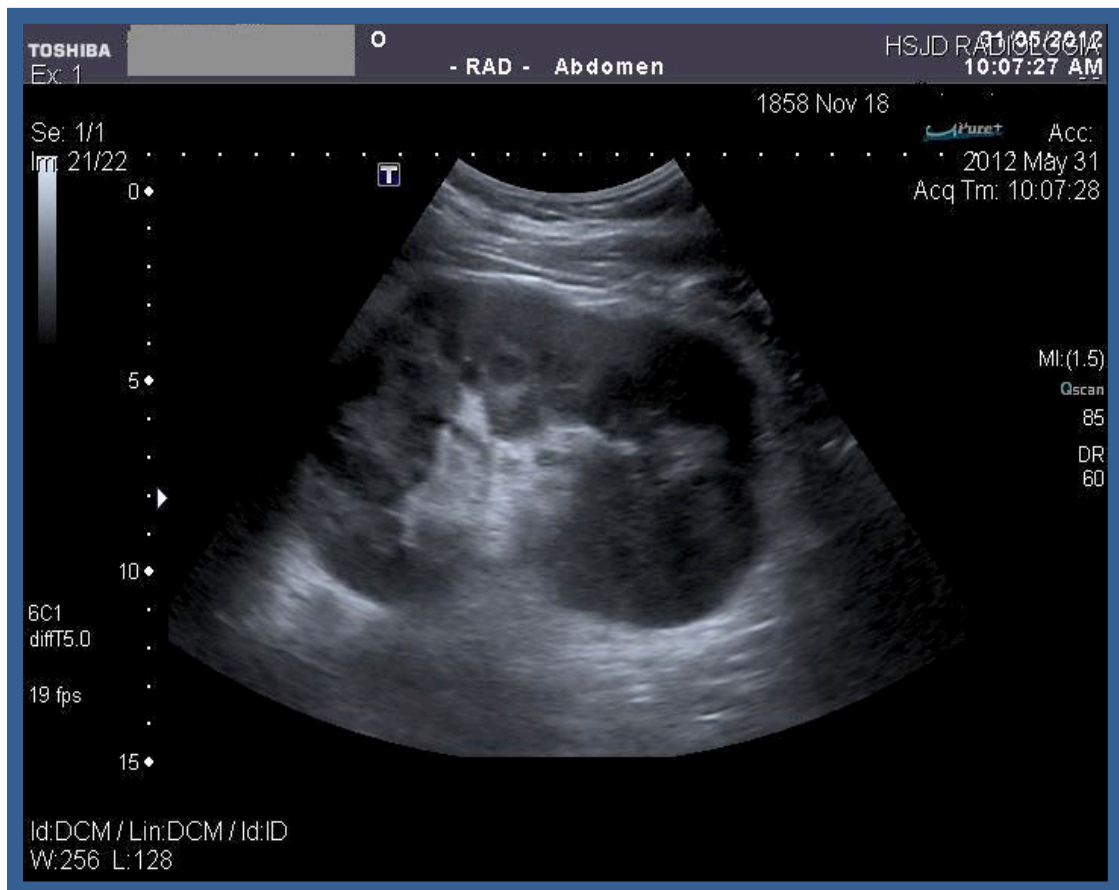
Imagen y Reporte de Caso

Recibido: 15/07/2012
Aceptado: 18/07/2012

Jorleny Rodríguez Varela ¹
Wilbert Araya Vargas ²

¹ Médico Residente en Radiología e Imágenes Médicas, SEP, UCR-CENDEISSS. Hospital México. 7jrodriguezv@gmail.com

² Especialista en Radiología e Imágenes Médicas. Asistente del Servicio Radiología. Hospital San Juan de Dios. Profesor Escuela de Medicina de la U.C.R. warayav@gmail.com





CARACTERIZACIÓN DEL CASO

Masculino de 26 años, con antecedentes de hernias lumbares diagnosticadas en diciembre del 2011, hernioplastia inguinal bilateral, sin otros antecedentes médicos de relevancia. Ingresó al Servicio de Emergencias Quirúrgicas del Hospital San Juan de Dios con cuadro de una semana de evolución, caracterizado por dolor ocular derecho, progresivo, asociado a pérdida de la agudeza visual y diplopia, sin historia de trauma. Se realizó TAC (sin medio de contraste) de cráneo y órbitas (Fig. 1), en donde se observó masa en el ápex orbitario derecho, que comprometía toda la órbita posterior, rodeando al nervio óptico, sin infiltrarlo.

Durante su internamiento se documentó, insuficiencia renal aguda y VIH estadio III C, se concluyó que desde el punto de vista de afectación renal, podría corresponder a nefropatía asociada a VIH, por lo que se envió ultrasonido renal y nuevos controles de laboratorio.

A la exploración sonográfica en el Servicio de Radiología, se evidenció ambos riñones de ubicación normal, aumentados de tamaño, con infiltración difusa de tipo nodular, compromiso de las pirámides renales y presencia de incontables nódulos vascularizados que producen lobulación de los contornos renales y compresión del seno renal, sin causar dilatación del sistema colector (Fig. 2). Además, hepatomegalia con focalización sólida en el segmento II, hipoeicoica. Vesícula de aspecto reactivo, vía biliar intrahepática no dilatada mientras que la extrahepática presentó barro biliar de 14 mm. Páncreas de aspecto francamente heterogéneo, con focalizaciones sólidas, hipoeicoicas, redondeadas, de bordes bien definidos, de similares características a las observadas en ambos riñones (Fig. 3). Retroperitoneo sin evidencia de masas ni conglomerados adenopáticos. Leve esplenomegalia. No líquido libre.

Conclusiones por ultrasonido

Infiltración nodular renal, pancreática y hepática que sugieren como primera posibilidad linfoma en el contexto de paciente con VIH.

No se tomó muestra de tejido renal por alto riesgo de sangrado.

Al cuadro clínico se agregó un síndrome medular

completo, con nivel sensitivo de T4, sin hallazgos tomográficos relevantes.

Se tomó muestra de LCR, que fue positivo por neurolúes y aspirado de médula ósea.

Figura 1. TAC de cerebro sin medio de contraste que describe masa en órbita derecha.



Figura 2. US renal que muestra imágenes nodulares.

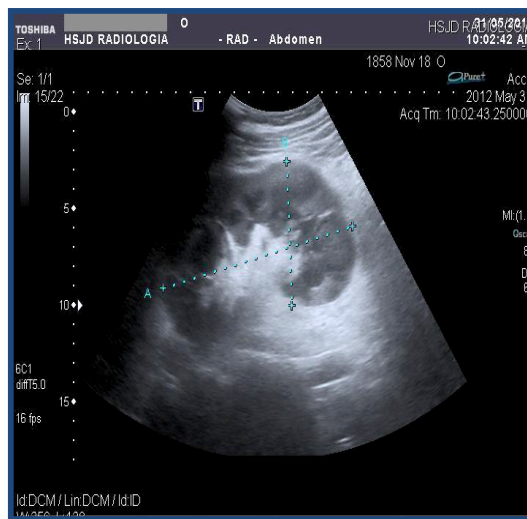
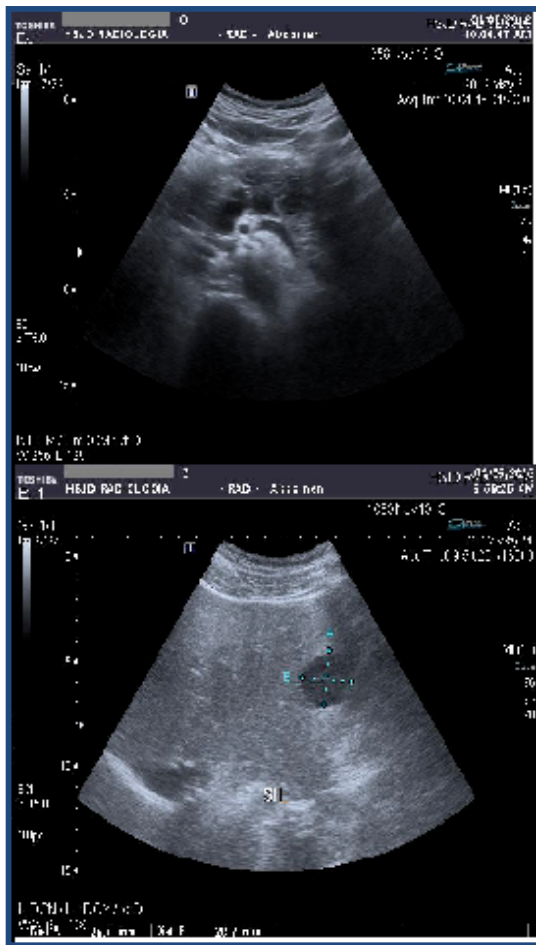


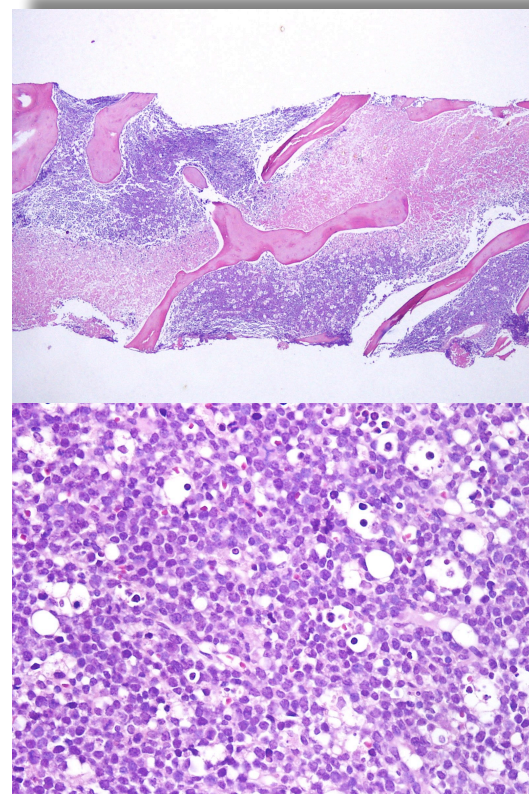


Figura 3. US de abdomen que documentó focalizaciones pancreáticas y hepáticas.



características histológicas observadas en conjunto con el inmunofenotipo mostrado por las células tumorales corresponden a una infiltración de la médula ósea por un Linfoma de Burkitt (Fig. 4).

Figura. 4 Infiltración de médula ósea.



Para descripción de los hallazgos, referirse al texto.

Reporte de aspirado de médula ósea e inmunohistoquímica

“El corte histológico corresponde a médula ósea la cual se encuentra totalmente infiltrada por una neoplasia de estirpe linfóide, constituida por células de tamaño intermedio, con núcleos redondeados, algunos con nucléolo visible y escaso citoplasma. Estas células se disponen en patrón difuso y están acompañadas por numerosos macrófagos con cuerpos tingibles. Se observan, además, zonas de necrosis”.

Inmunohistoquímica

Positiva para: CD20, CD10 y Pax5
Negativa para: bcl2, CD5, CD23, CD99 y TdT.

Comentario del aspirado de Médula ósea: Las

En el transcurso de su internamiento presentó sangrado digestivo alto. La endoscopia documentó lesión exofítica de aproximadamente 4 a 5 cm, de franco aspecto infiltrativo, localizada en pared anterior de cuerpo gástrico; además, lesiones ulcerativas satélites de cuerpo y antro.

El paciente falleció mes y dos días luego de su admisión, con los siguientes diagnósticos:

1. Sangrado digestivo alto secundario a la infiltración de la mucosa gástrica.
2. Linfoma de Burkitt.
3. VIH estadio IIIC.
4. Neurolúes.
5. Síndrome medular.



DISCUSIÓN

El hallazgo de infiltración renal nodular, en el contexto de un paciente con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no tratado, que desarrolla una insuficiencia renal aguda, puede orientar hacia la enfermedad coexistente del linfoma.

Dentro de los diagnósticos diferenciales por imagen que deben ser considerados, en pacientes portadores de VIH y afectación renal, se mencionan: enfermedades relacionadas con las infecciones (fundamentalmente las oportunistas), enfermedades relacionadas con hallazgos de áreas focales con aumento de la ecogenicidad (calcificaciones o nefrocalcinosis) y presencia de abscesos renales (que se manifiestan por lo general como una masa heterogénea unilateral asociada a hidronefrosis por obstrucción).

Dentro de las neoplasias, pueden verse el carcinoma de células renales y el sarcoma de Kaposi. El primero puede presentarse como masa renal con trombosis de los vasos, mientras que el segundo (que puede afectar cualquier órgano, incluyendo la piel, los pulmones, el tracto gastrointestinal, las glándulas suprarrenales o la vejiga) rara vez compromete los riñones, donde más bien se ha documentado como hallazgo de autopsia y rara vez exhibe manifestaciones clínicas específicas o radiológicas. En los casos en que las da, el hallazgo característico es la presencia de riñones grandes, con pérdida de la diferenciación corticomedular y nódulos retroperitoneales que causan uropatía obstructiva produciendo, hidronefrosis o hidrouréter.

Respecto a la posibilidad de que los hallazgos renales correspondan a nefropatía por VIH, ésta no se considera la primera posibilidad diagnóstica, debido a que esta entidad generalmente se presenta en el ultrasonido con riñones de tamaño normal o aumentado en diámetro longitudinal, con pérdida de la diferenciación cortico-medular, dado por incremento de la ecogenicidad de la cortical y pérdida aparente de la grasa del seno renal. Atta y cols refieren al respecto que: “los niveles de la ecogenicidad renal son diagnósticos para establecer o excluir la nefropatía por VIH”⁽¹⁾.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, debe considerarse la posibilidad del linfoma y específicamente para este caso, el Linfoma de

Burkitt, el cual es un tumor frecuentemente asociado a situaciones de inmunodepresión que suele presentarse sin diagnóstico previo de VIH/SIDA y con un sistema inmunológico relativamente preservado, sin embargo, en pacientes con VIH, se aumenta el riesgo de padecerlo y su grado de agresividad es mayor, pese a las mejoras en las terapias antiretrovirales.

Habitualmente, los linfomas no Hodgkin (LNH) constituyen la segunda neoplasia en frecuencia en los pacientes portadores de VIH, tras el sarcoma de Kaposi, con una prevalencia de 3-5%.

Se ha visto dos formas de presentación: una forma endémica, la cual se desarrolla en países africanos, afectando predominantemente el área maxilar y orbitaria (en este caso, el primer hallazgo fue la sintomatología ocular); la otra forma de manifestación corresponde a una menos frecuente, la cual tiene menor incidencia en países occidentales, con afectación mayormente a órganos abdominales.

El LNH es una de las neoplasias con mayor índice proliferativo. Se puede presentar de forma diseminada, comprometiendo la médula ósea y localizaciones primarias extraganglionares atípicas, como por ejemplo riñones, páncreas, hígado, bazo y tracto gastrointestinal.

La literatura menciona que la forma de afectación renal de los linfomas puede tener una incidencia variable entre el 34-62%. En la valoración por ultrasonido, típicamente se encuentran lesiones homogéneas, hipoeoicas, con vascularidad y sin desplazamiento de los vasos renales. El TAC con medio de contraste, en fase nefrográfica, es la técnica de imagen de elección para la evaluación de todos los pacientes con linfoma, aumentando la especificidad y la sensibilidad para las lesiones más pequeñas⁽⁴⁾.

El compromiso renal es una situación poco frecuente y por tanto, reportada en pocos casos en la literatura. Se ha descrito varios patrones de infiltración: múltiples masas del parénquima, lesiones solitarias, extensión directa de adenopatías retroperitoneales, enfermedad perirrenal y nefromegalia entre otros.

El diagnóstico se confirma por biopsia renal,



insuficiencia renal aguda, ausencia de otras causas de insuficiencia renal y rápida respuesta al tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.

Como limitante en este caso, la defunción del paciente hizo imposible valorar directamente la respuesta al tratamiento con quimioterapia, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico.

Por último, no se contó con muestra de tejido renal *post mortem*, dado que el centro hospitalario no realiza de rutina necropsia en todas las defunciones de portadores de VIH/SIDA.

Dado lo anterior el diagnóstico se fundamenta en los tejidos estudiados durante el tiempo de hospitalización, principalmente la médula ósea y la descripción macroscópica de la endoscopia digestiva alta.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica Araya Rojas, médica asistente especialista del servicio de Patología del HSJD, por las imágenes y el reporte de biopsia de médula ósea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atta MG Longenecker JC Fine DM *et al.* *Sonography as a predictor of human immunodeficiency virus-associated nephropathy.* J Ultrasound Med 2004;23(5):603–610.
2. Saurina A Ramírez de Arellano M Chiné M Fulquet M Lladó I. *Fracaso renal agudo como forma de presentación clínica de linfoma de Burkitt renal en un paciente HIV positivo.* Nefrología 2001;21(6):601-605
3. Castellano I Hernández MT Gómez-Martino JR Covarsi A Bergua J González MA. *Acute renal failure as presentation of a Burkitt's lymphoma.* Am J Kidney Dis 2000;36(6):E32
4. Symeonidou C Standish R Sahdev P *et al.* *Imaging and Histopathologic Features of HIV-related Renal Disease.* Radio Graphics 2008;28:1339–1354.
5. Mbulaiteye SM Parkin DM Rabkin CS. *Epidemiology of AIDS-related malignancies an international perspective.* Hematol Oncol Clin North Am 2003;17(3):673-696.
6. Miralles P Berenguer J Ribera Santasusana JM *et al.* *Recomendaciones de GESIDA /*

PETHEMA sobre el diagnóstico y el tratamiento de los linfomas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc). 2008;130(8):300-311.

7. Navarro JF Liaño F García Larala J García González R Pascual J Ortuño J. *Lymphomatous infiltration of the kidneys as presentation of acquired immunodeficiency syndrome.* Nephrol Dial Transplant 1994;9:175-177
8. Ribas A Ribas-Mundo M. *Linfomas no hodgkinianos (LNH) asociados al virus de la inmunodeficiencia humana.* Sangre 1993;38(5):379-385
9. Roithmann S Toledano M Tourani JM *et al.* *HIV-associated non-Hodgkin's lymphomas: clinical characteristics and outcome. The experience of the French Registry of HIV-associated tumors.* Ann Oncol 1991;2(3):289-295