

LINFOMA DE BURKITT EN UN PACIENTE ADULTO SIN INMUNOCOMPROMISO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Díaz García JD, Fuentes Venegas A, Munguía Ramos D y col. Linfoma de Burkitt en un paciente adulto sin inmunocompromiso. *Rev Arg Med* 2017;6[2]:107-110

BURKITT LYMPHOMA IN AN ADULT PATIENT WITHOUT IMMUNOCOMPROMISE

Juan Daniel Díaz García,¹ Abel Fuentes Venegas,¹ Diana Munguía Ramos,¹ Enrique Chávez Serna,¹ Ana Lilia Morales Leyte²

Recibido: 1 de junio de 2018.
Aceptado: 22 de junio de 2018.

¹ División de Medicina Interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

² División de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México.

RESUMEN

El linfoma de Burkitt es una neoplasia de linfocitos B de alto grado. Representa menos del 1% de los linfomas no Hodgkin del adulto. Suele ser más frecuente en niños y pacientes inmunosuprimidos. Los reportes en pacientes mayores de 65 años son sólo anecdóticos. Se suelen presentar como tumoraciones cervicales o submandibulares asociadas, en la mayoría de los casos, a un compromiso del tracto digestivo y metástasis en el sistema nervioso central. Se lo considera el linfoma con mayor velocidad de progresión. El interés de este caso radica en la baja prevalencia del linfoma de Burkitt en el adulto y en la mala evolución que suele acompañar a los pacientes adultos mayores de 65 años.

PALABRAS CLAVE. Linfoma de Burkitt, linfoma no Hodgkin, caquexia, paciente inmunocompetente, metástasis.

ABSTRACT

Burkitt's lymphoma is a high-grade B-cell neoplasm. It represents less than 1% of adult non-Hodgkin's lymphomas. It is usually more frequent in children and immunosuppressed persons. The reports in patients older than 65 years are only anecdotal. Cases usually present with cervical or submandibular tumors, mostly associated with a compromise of the digestive tract and very often metastasis in the central nervous system; it is considered the lymphoma with the highest progression rate. The interest raised by this case lies in the low prevalence of Burkitt's lymphoma in adults, and the poor evolution usually associated in adult patients over 65 years old.

KEY WORDS. *Burkitt lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, cachexia, immunocompetent patient, metastasis.*

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Juan Daniel Díaz García. Calzada de Tlalpan 4800, Belisario Domínguez Sección 16, 14080 Tlalpan, CDMX, México. Tel.: (+5255) 3413-3330. Correo electrónico: judan_digar@hotmail.com

Introducción

El linfoma de Burkitt es un linfoma altamente agresivo de células B, no Hodgkin. Se reconocen tres formas clínicas: endémica (africana), esporádica (no endémica) e inmunodeficiencia asociada (epidémica) (1).

Alrededor de la mitad de los pacientes con linfoma de Burkitt son menores de 40 años y un tercio pertenece al subconjunto de adolescentes y adultos jóvenes, definido por una edad de entre 15 y 25-40 años. Los informes en pacientes con edades a partir de 65 años son sólo anecdóticos y sumamente raros si no existe alguna inmunodeficiencia (2,3).

El diagnóstico de linfoma de Burkitt se basa en la evaluación patológica del tejido afectado, generalmente una masa abdominal o algún otro sitio extraganglionar.

Este linfoma es muy sensible a los programas de quimioterapia con multifármacos rotativos e intensivos, diseñados con ese fin específico y potenciados por el anticuerpo monoclonal anti-CD20 rituximab (4-6).

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 65 años sin antecedentes heredofamiliares de importancia, con antecedente de focomelia congénita izquierda, sin antecedentes crónico-degenerativos conocidos, tabaquismo intenso con un índice tabáquico de 50 paquetes/año y alcoholismo significativo durante 50 años. El cuadro clínico estaba caracterizado por un aumento del volumen en la región mandibular derecha que se acompañó de astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso de 15 kilos en tres meses y diaforesis nocturna.

Al ingreso a la unidad de urgencias, el paciente presentó signos vitales que estaban dentro de los parámetros normales. En la exploración física, se lo encontró deshidratado, caquético, con palidez generalizada y con un tumor en la región submandibular de aproximadamente 8 cm, redondeado, adherido a planos profundos, no doloroso y pétreo. Asimismo, se detectó un aumento del volumen del perímetro abdominal, donde se identificó un tumor palpable en el epigastrio y el hipocondrio derecho de consistencia pétreo, con percusión mate durante la exploración y no doloroso. Se solicitaron análisis de laboratorio, y entre los resultados se destacaron: hemoglobina, 11,1 g/dl; hematocrito, 34,5%; volumen corpuscular medio, 79,3 fl; hemoglobina corpuscular media, 25,5 pg; deshidrogenasa láctica, 1501 U/l y proteína C reactiva, 22,6.

Entre los estudios de imágenes, se realizó una tomografía de cuello, donde se evidenció la presencia de adenopatías bilaterales en el plano cervical (Fig. 1). También se solicitó una tomografía contrastada de abdomen y tórax, donde se observó una masa lobulada heterogénea con el medio de contraste endovenoso de gran dimensión, que ocasionó el desplazamiento de estructuras adyacentes

y una abundante cantidad de líquido libre en la cavidad abdominopélvica.

Fue valorado por el servicio de cirugía de cabeza y cuello, quienes le realizaron una biopsia por aspiración con aguja fina del tumor localizado en el cuello. La citología reportó una sugestiva neoplasia de estirpe linfóide. Luego se realizó una biopsia incisional del ganglio linfático, que presentó una sustitución de su arquitectura por una neoplasia maligna de estirpe linfóide (CD45+), caracterizada por presentar células medianas con escaso citoplasma y un núcleo con cromatina dispersa con nucléolos rechazados a la periferia, CD20+, BCL-2-, CD10+, con el resultado de un alto índice mitótico (Ki67+ >90%) con abundantes macrófagos y cuerpos teñibles. El diagnóstico anatomopatológico fue linfoma de Burkitt (Figs. 1 y 2).

Durante su hospitalización, el paciente presentó una respiración agónica con un descenso abrupto de la frecuencia cardíaca; los familiares solicitaron libre evolución y el paciente falleció minutos después.

Discusión y conclusión

El linfoma de Burkitt es una neoplasia que en general afecta a niños y adolescentes; en los adultos suele estar relacionado con el VIH pero es infrecuente en personas sin inmunocompromiso. Representa menos del 1% de los linfomas no Hodgkin del adulto (1).

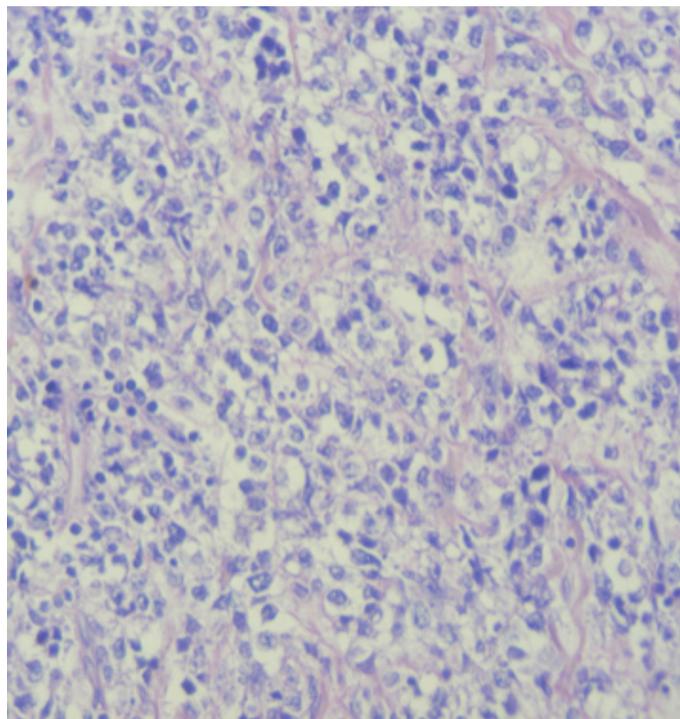


Figura 1. Imagen patológica (40x) de linfoma de Burkitt con células de núcleo mediano, nucléolos evidentes y rechazados a la periferia, con escaso citoplasma. Con frecuencia se observan macrófagos con cuerpos teñibles.

Es considerado de alto grado de malignidad por su capacidad rápida de replicación. Si se lo detecta en estadios tempranos, puede tener posibilidades altas de remisión con la quimioterapia, pero en los casos de detección tardía, la supervivencia es muy corta. Una de sus complicaciones es la lisis tumoral con fallo renal y los cambios fisiopatológicos que esto implica (2).

Existen tres formas clínicas de linfoma de Burkitt: endémica, esporádica y por inmunodeficiencia asociada. La primera, endémica, se localiza en países del cinturón de la malaria en África ecuatorial, en altitudes con alta precipitación anual y elevadas temperaturas. Afecta principalmente a niños de entre 4 y 10 años, con predominio hombre-mujer de 2:1 y se presenta

como un tumor extraganglionar particularmente en la mandíbula, los huesos faciales y la órbita. En menos del 10% hay un compromiso de la médula ósea. Más del 90% de los casos tienen relación con la infección por el virus de Epstein-Barr.

La forma esporádica es la variante que se reconoce en todo el mundo. Se presenta como un tumor abdominal pero puede afectar ovarios, riñones y mamas. La incidencia de este linfoma es en niños y adultos menores de 30 años, con predominio en sexo masculino de 4:1, con compromiso abdominal y, en general, infiltración ósea (30%), y en el sistema nervioso central (SNC) (15%).

La tercera presentación es el linfoma de Burkitt asociado a inmunodeficiencia. Esta variante se relaciona con la infec-

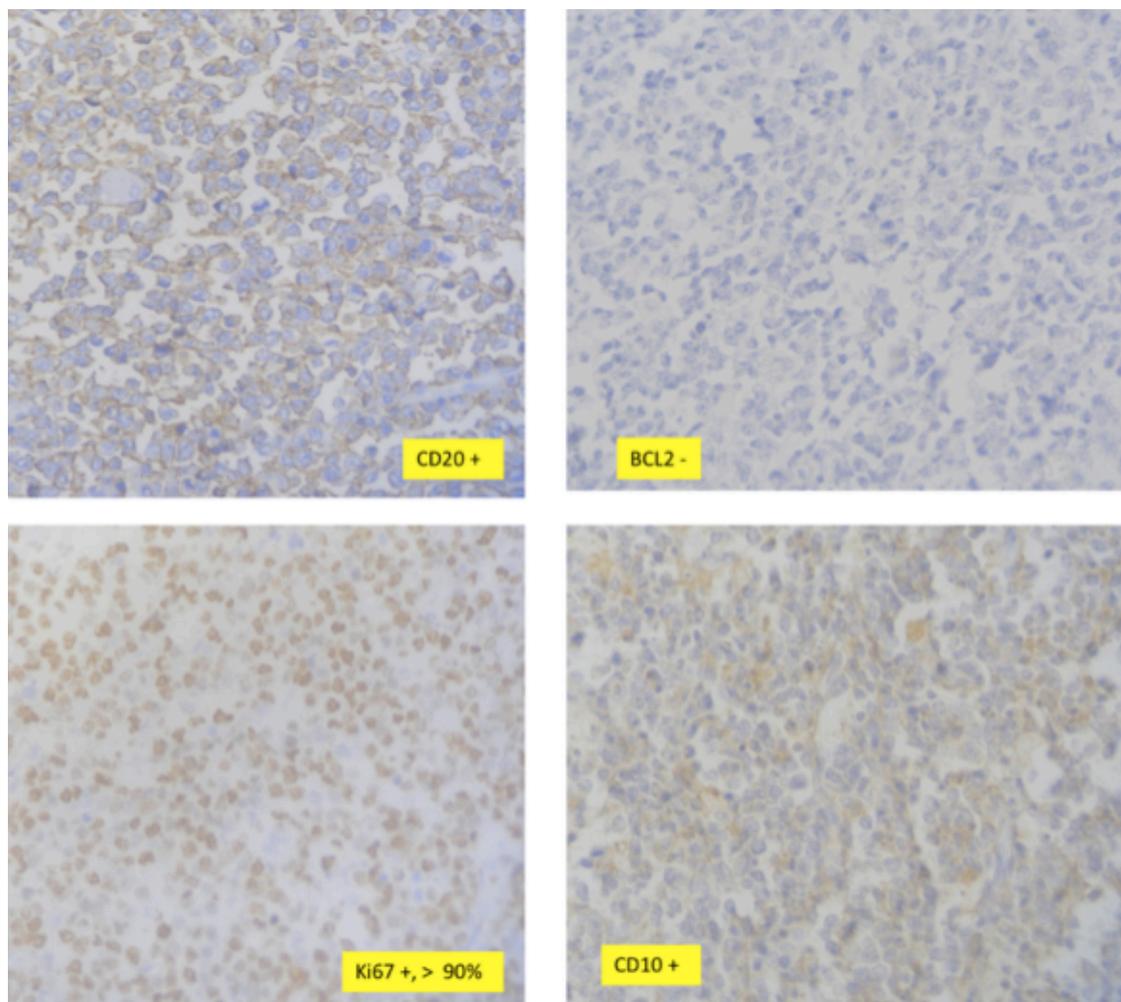


Figura 2. Inmunohistoquímica con CD20 positivo, BCL-2 negativo, CD10 positivo. Ki67 positivo >90% demuestra el alto índice mitótico de la neoplasia.

ción por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero su incidencia ha disminuido debido al uso de terapia anti-retroviral. La infección por virus de Epstein-Barr se observa en el 25-40% de estos casos. La morfología de las células neoplásicas en esta variante es atípica y puede mostrar diferenciación plasmocitoide. Esta variante puede observarse en otros estados de inmunodeficiencia como trastornos congénitos, y asimismo en pacientes receptores de trasplantes de órganos sólidos (3,4).

Los reportes en pacientes mayores de 65 años son sólo anecdóticos. Suelen presentarse como tumores cervicales o submandibulares, asociados, en la mayoría de los casos, con el compromiso del tracto digestivo.

El interés de este caso radica en la baja prevalencia del linfoma de Burkitt en el adulto, en su presentación clásica, y, aún más, sin que el paciente presente alguna inmunosupresión; además de comentar sobre la mala evolución que suele acompañar a los pacientes adultos mayores.

Agradecimientos

A las divisiones de Medicina Interna y de Anatomía Patológica del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México. [RAM](#)

Referencias bibliográficas

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016;127:2375-90
2. Magrath I. Epidemiology: clues to the pathogenesis of Burkitt lymphoma. *Br J Haematol* 2012;156:744-50
3. Morton LM, Wang SS, Devesa SS, et al. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. *Blood* 2006;107:265-76
4. Smith A, Howell D, Patmore R, et al. Incidence of haematological malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy Research Network. *Br J Cancer* 2011;105:1684-92
5. Mbulaiteye SM, Morton LM, Sampson JN, et al. Medical history, lifestyle, family history, and occupational risk factors for sporadic Burkitt lymphoma/leukemia: the Interlymph Non-Hodgkin Lymphoma Subtypes Project. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2014;48:106-14
6. Shiels MS, Pfeiffer RM, Hall HI, et al. Proportions of Kaposi sarcoma, selected non-Hodgkin lymphomas, and cervical cancer in the United States occurring in persons with AIDS, 1980-2007. *JAMA* 2011;305:1450-59