



CASO CLÍNICO LINFOMA DE BURKITT

Noé Agustín Nájera Zambrano

LINFOMA DE BURKITT

- El linfoma de Burkitt es una neoplasia maligna del sistema hematopoyético que presenta un comportamiento biológico agresivo y la Organización Mundial de la Salud lo clasifica dentro del grupo de los linfomas de células B maduras.

- Basado en diferentes características clínicas genotípicas y virológicas el linfoma de Burkitt se divide en tres variantes:
- a) *endémica*, propia de África Ecuatorial, con mayor incidencia en niños entre 4 y 7 años de edad y estrecha relación con el virus de Epstein Barr; b) *esporádica*, de distribución mundial, afecta a adultos jóvenes con mayor frecuencia en sitios abdominales
- c) asociada al VIH. El linfoma es más frecuente en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

- Aunque el tratamiento de elección del linfoma de Burkitt abdominal es la quimioterapia, existen controversias respecto de qué papel desempeña la cirugía en estos casos, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de las veces el diagnóstico se establece en el curso de una laparotomía.

CASO CLINICO

- Adolescente del sexo femenino, de 14 años, que ingresa con gran tumor en el hemiabdomen inferior; acompañado de dolor en esta zona y en la región lumbar, pérdida de peso y anorexia. Presenta leucocitosis (15,600) con neutrofilia (79 %) y eritrosedimentación de 20 mm/h, LDH normal. La ecografía muestra dos tumoraciones pélvicas, de contenido anecógeno heterogéneo asociada con ascitis. La tomografía axial computarizada, informa masa intraabdominal voluminosa en el mesogastrio y el hipogastrio. En los días sucesivos se aprecia un rápido aumento de su tamaño.

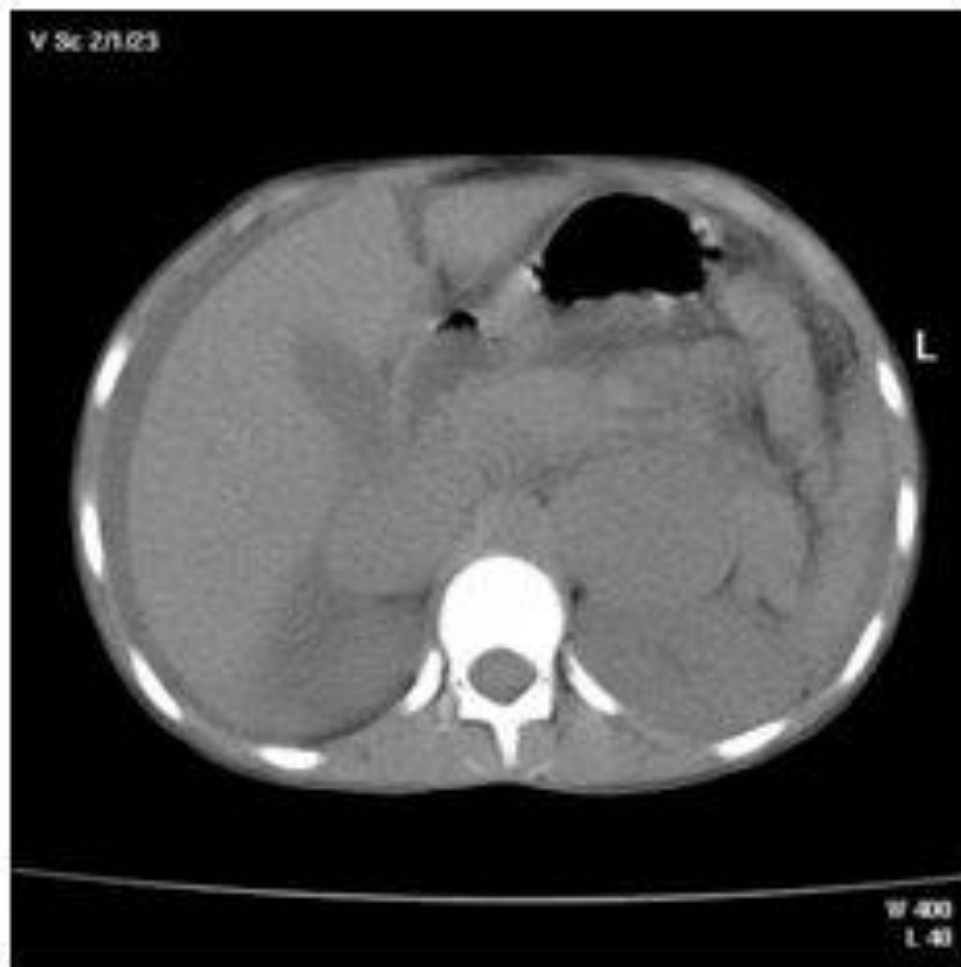
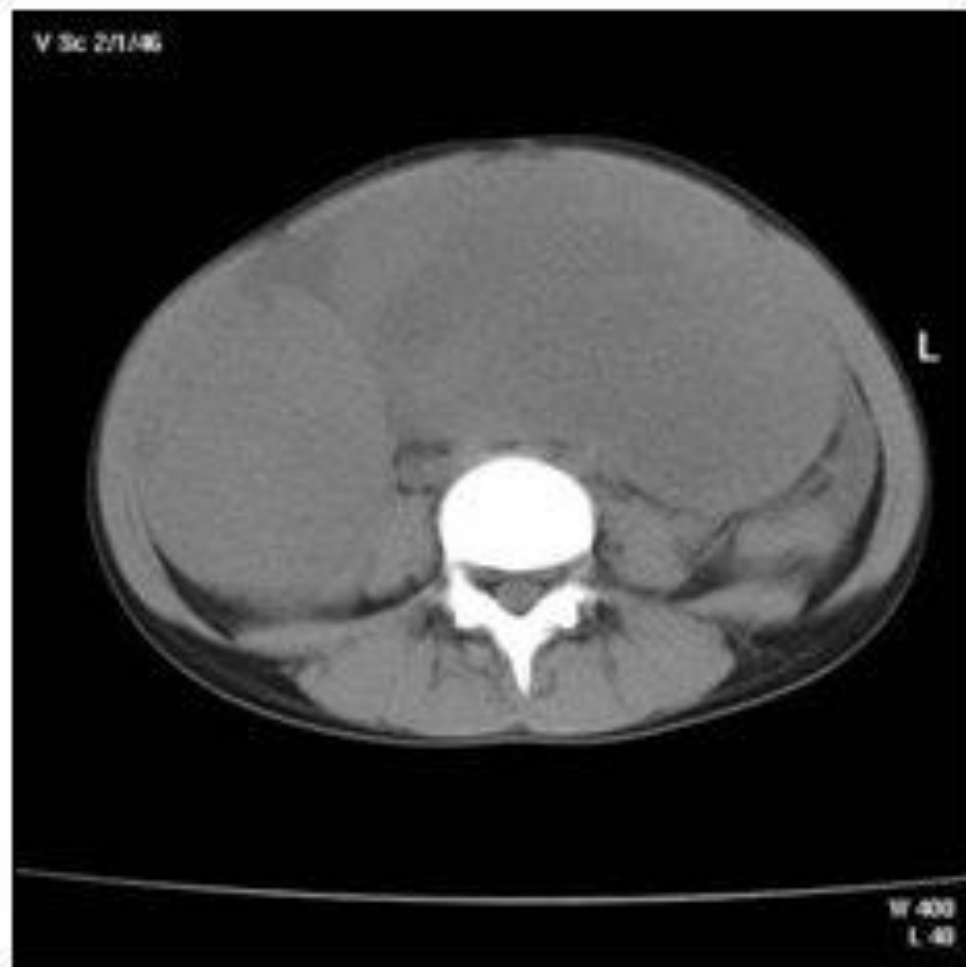


Figura 1. Tomografías computadorizadas de abdomen donde se observan los tumores ováricos y de suprarrenal izquierda.

- Con estos datos y ante el crecimiento rápido de los tumores se decide la laparotomía exploradora inmediata. En la intervención se descubre moderada cantidad de ascitis no hemorrágica, tumoración en ambos ovarios con un útero muy pequeño, la izquierda de 15 cm de diámetro y la derecha de 8cm, de aspecto cerebroide y en el íleon terminal una masa de 9 cm con varios nódulos linfáticos, así como ganglios en la zona de la cola del páncreas y tumoración de aproximadamente 8 cm de diámetro de la suprarrenal izquierda . Se realizó anexectomía bilateral, suprarrenalectomía izquierda con resección de ganglios en la región distal pancreática y resección segmentaria del ileon y meso , incluyendo varios ganglios con anastomosis término-terminal.



Figura 2. **Tumores de ovario derecho e izquierdo, respectivamente.**



Figura 3. **Tumor de suprarenal izquierda.**

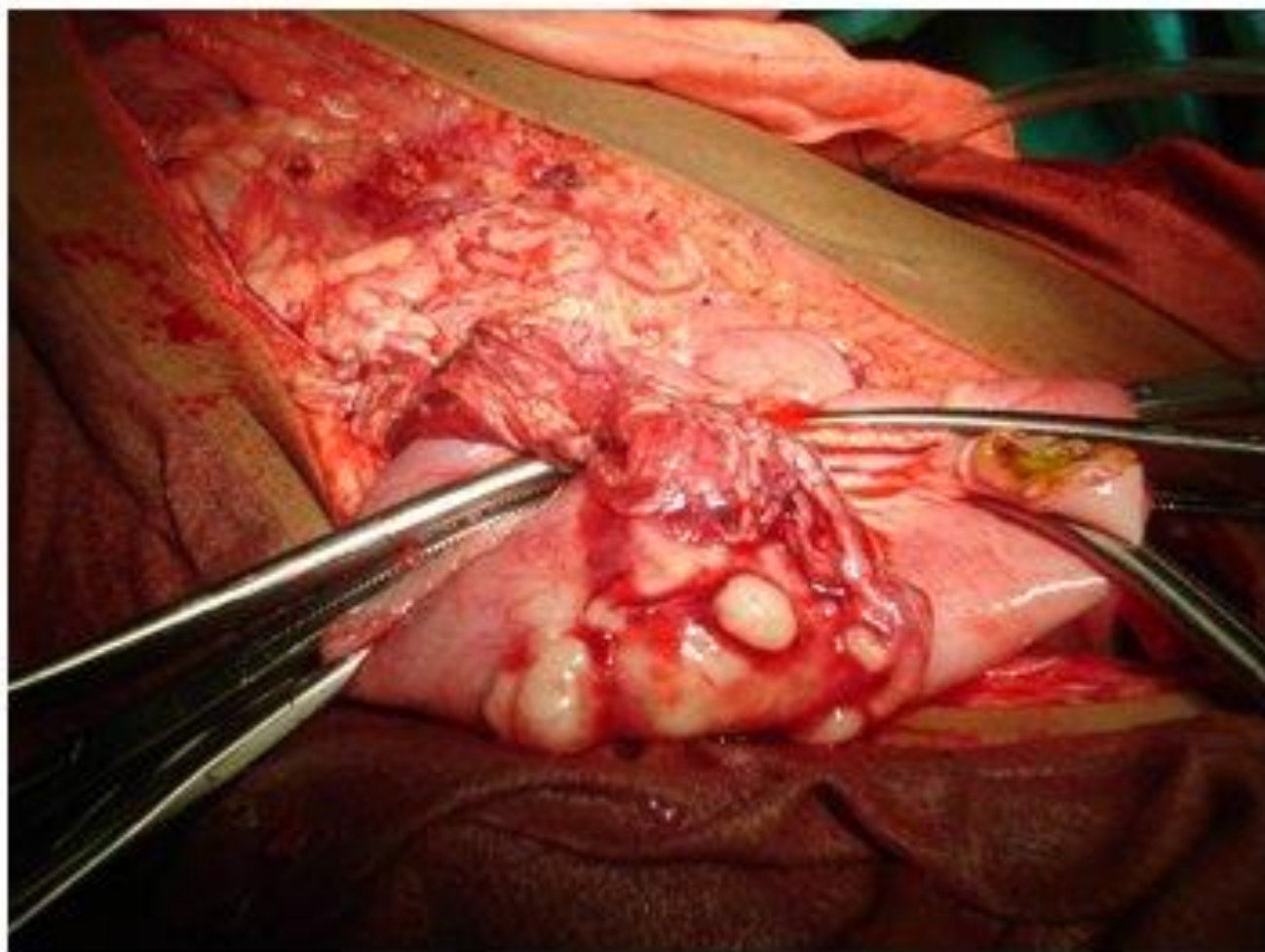


Figura 4. Tumor de ileon terminal.

- El diagnóstico anatomopatológico definitivo informa linfoma de Burkitt y se aprecia una proliferación difusa de células linfoides atípicas con escaso citoplasma y grandes núcleos hipercromáticos, actividad mitótica muy evidente y apariencia de cielo estrellado como resultado de numerosos macrófagos con detritus nucleares.

- El posoperatorio transcurrió sin incidencias relativas a la intervención quirúrgica. Dos semanas después de la intervención quirúrgica se observó una ligera debilidad motora distal de los cuatro miembros, hipoestesia dolorosa y disminución de la amplitud de los reflejos osteotendinosos relacionados con polineuropatía paraneoplásica.

- Además, se encontró una paresia del sexto nervio craneal izquierdo; el fondo de ojo no demostró papiledema y la TAC de cráneo no evidenció lesión neoplásica intracraneal. No se encontraron células neoplásicas en el líquido cefalorraquídeo, y a los 17 días fue trasladada al servicio de oncología para tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIÓN DEL CASO


- El linfoma de Burkitt en su forma esporádica tiene una mayor incidencia en niños y adultos jóvenes. La edad media reportada es alrededor de los 10 años, con una relación de sexos masculino/femenino de 2,5:1. El sitio primario de aparición extraganglionar la mayoría de las veces se localiza en el abdomen o en la región cervical. Alrededor de dos tercios de los pacientes diagnosticados con linfoma no Hodking presentan enfermedad localmente diseminada o metastásica, y se informa la toma del sistema nervioso central en el 4 al 27 % de los pacientes, por lo general a causa de un diagnóstico tardío.

-

- El linfoma de Burkitt se caracteriza por células de pequeño y mediano tamaño, de crecimiento infiltrativo. La caracterización inmunofenotípica para el establecimiento del diagnóstico consiste en la presencia de marcadores de células B. La clasificación de los casos en variante esporádica es conceptual, las formas endémicas y no endémicas son idénticas. El diagnóstico diferencial del linfoma de Burkitt de variante esporádica comprende el linfoma linfoblástico y linfoma de células grandes, además de otros tumores infantiles de células redondas. Al contrario del linfoma de Burkitt, el linfoma linfoblástico tiene predilección por sitios supradiaphragmáticos, principalmente mediastínicos.

- Los linfoblastos presentan cromatina fina dispersa y los nucleolos no son evidentes. Numerosas mitosis y un patrón de cielo estrellado también pueden estar presentes. En la diferenciación entre estas dos neoplasias la inmunohistoquímica es fundamental, pues el linfoma linfoblástico la mayoría de las veces está compuesto por células T y el linfoma de Burkitt por células B.

- Aunque el cuadro clínico en estos pacientes puede sospecharse por la edad, datos clínicos y la radiología, el diagnóstico definitivo es siempre anatomopatológico, por lo que, a no ser que existan lesiones periféricas que puedan ser sometidas a biopsia o a citología aspirativa, no se establece hasta la laparotomía. Una vez diagnosticado, el tratamiento de elección es la quimioterapia, la cual debe iniciarse lo más precozmente posible.



Existen controversias respecto del papel del tratamiento quirúrgico. Para algunos autores, la cirugía no aporta beneficios y, por el contrario, puede ser motivo de un retraso del inicio de la quimioterapia y la causa de un síndrome de lisis tumoral, efecto secundario de la destrucción rápida de las células que liberan en el torrente sanguíneo grandes cantidades de componentes normales de ellas. Por consiguiente, pueden ocasionar daños en particular a los riñones y al corazón, también reportados con el uso de la quimioterapia, lo cual es muy importante prevenir hidratando suficientemente al paciente.

- Otros autores, por el contrario, defienden la cirugía exéretica seguida de la quimioterapia frente al tratamiento quimioterápico aislado, ya que disminuye la incidencia de masa tumoral residual. En nuestro caso, la naturaleza de la enfermedad fue insospechada hasta la confirmación anatomopatológica por laparotomía, lo cual es una situación frecuente.

- En estos casos estimamos que se debe valorar la resecabilidad de las lesiones y practicar una exéresis razonable, puesto que se han comunicado buenos resultados siempre que se pueda eliminar todo, o casi todo, el tumor macroscópico.^{8,12,16-18} Con ello se evita retrasar el inicio de la quimioterapia. La buena evolución de nuestra paciente, a quien resecamos todo el tumor aparente, apoya esta postura.