

SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA - HOSPITAL SANTOJANNI
INFILTRACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR LINFOMA DE BURKITT EN
PACIENTE CON VIH/SIDA

Capcha Garcia A. F.; Caruso A. E.; Pisapio E.; Licandro B.; Moreno S.; Daher J.

Introducción: El linfoma de Burkitt (BL) es un linfoma no Hodgkin de células B altamente agresivo y poco frecuente (<1%). Una de sus tres formas clínicas es la asociada a la inmunodeficiencia. En el 5 - 25% de estos pacientes hay compromiso del sistema nervioso central, siendo la afectación de las leptomeninges la complicación más frecuente.

Caso: Paciente masculino de 48 años de edad con antecedentes de tabaquismo, consumo de cocaína y sospecha de neuralgia del trigémino; consultó al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por ptosis palpebral izquierda asociada a diplopía, lumbalgia y trastornos de la marcha. Refirió además anorexia y pérdida de peso de un mes de evolución. A su ingreso se constató parálisis del III par craneal izquierdo, ataxia y masa duropétreas móvil en flanco y fosa ilíaca derecha. En la TC de abdomen se observó una masa pélvica derecha paravesical asociada a conglomerado ganglionar. Laboratorio: LDH: > 1900 UI/L. Se realizaron: punción lumbar con LCR normal y serología para HIV que resultó positiva. Carga viral: 2.950.000 copias y CD4: 42 cel/mm³. Evolucionó con compromiso de los siguientes pares craneales: IV, V, VIII, X y XI, alteración de la sensibilidad profunda, atrofia muscular, hipotonía, arreflexia y ataxia de miembros inferiores. Se realizó resonancia magnética de cerebro y de columna cervical, dorsal y lumbar con contraste que mostró señal alterada con patrón focal y difuso proveniente de la médula ósea de vértebras, arcos costales, esternón y coxales, compatible con proceso neoproliferativo, adenomegalias retroperitoneales y abombamiento difuso de los discos intersomáticos L4-L5 y L5-S1. Posteriormente presentó bacteriemia primaria recurrente por Salmonella no typhi, por lo que realizó tratamiento con ceftriaxona. Se realizó PAMO con histopatología que mostró caracteres morfológicos y perfil inmunológico compatible con infiltración en médula ósea por un linfoma no Hodgkin de células B maduras con amplias áreas de necrosis, probable linfoma Burkitt. La citometría de flujo de médula ósea evidenció hallazgos inmunofenotípicos compatibles con linfoma de Burkitt. Citometría de flujo de líquido cefalorraquídeo: presencia de linfocitos B clonales (77,5%) con hallazgos similares a los de la muestra de médula ósea. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona por progresión de cuadro neurológico y quimioterapia sistémica e intratecal con ciclofosfamida más mesna. Intercurrió con neumonía bilateral y plaquetopenia menor a 20000/mm³, y finalmente evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda y óbito.

Comentario

La prevalencia del linfoma no Hodgkin en pacientes con infección por VIH representa el 3 - 5%. Las manifestaciones neurológicas deben ser tomadas como un signo de alarma para la sospecha de neoplasias oncohematológicas en pacientes inmunodeprimidos. En este caso el linfoma de Burkitt mostró compromiso del SNC por infiltración leptomeníngea y permitió detectar el estadio VIH/SIDA en el que se encontraba el paciente.

CASO CLÍNICO/CASUÍSTICA