



P-573 - INUSUAL PRESENTACIÓN DE LIMFOMA DE BURKITT: CASO CLÍNICO

O. Uyanik, R.G. Medrano Caviedes, S. Rofin Serra, F. Caballero Mestres y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Objetivos: El linfoma de Burkitt (BL) es un tipo muy agresivo del infoma no Hodgkin de células B poco frecuente en adultos. Su manifestación extranodal más frecuente después de la invasión gástrica involucra íleon terminal y resulta en síntomas intestinales, como molestias abdominales o episodios de intususcepción. Sin embargo, la presentación como abdomen agudo es poco frecuente. Se informa un caso clínico de oclusión intestinal secundaria a BL esporádico de íleon para discutir la indicación de resección urgente frente a quimioterapia, y la anastomosis primaria versus ostomía. Se presenta un caso clínico de oclusión intestinal que se interviene quirúrgicamente de forma urgente con el resultado histopatológico de linfoma de Burkitt.

Caso clínico: Varón de 45 años acude a Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, acompañado de náuseas sin vómitos y ausencia de deposiciones en los últimos diez días. El examen físico revela signos vitales estables, afebril, distensión abdominal, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo disminuido y una masa abdominal palpable fija en el cuadrante inferior derecho. Análisis sanguíneo con hemograma y bioquímica normales. La radiografía abdominal revela distensión de todo el intestino delgado. La tomografía computarizada (TAC) abdominal destaca engrosamiento difuso e irregular de la pared intestinal, de una longitud de 12 cm, que incluye íleon, ciego y colon ascendente; múltiples adenopatías; infiltración del mesenterio y epiplón con escaso líquido peritoneal, sugestivo de neoplasia primaria oclusiva de ciego, diseminada. Se realiza hemicolectomía derecha urgente y resección segmentaria de íleon terminal con anastomosis termino-lateral íleo-cólica manual. El diagnóstico histopatológico informa de linfoma Burkitt, c-myc positivo y bcl-2 negativo. Los estudios de extensión revelan adenopatía infraclavicular izquierda en la TAC torácica; biopsia de médula ósea y estudio del líquido cefalorraquídeo son negativos para linfoma. Se realiza serología viral que resulta negativa para VIH 1, VIH 2 y EBV. Tras un curso postoperatorio sin complicaciones. Se clasifica como estadio IV-A y se inicia inmunquimioterapia (IQT) intensiva el sexto día postoperatorio según protocolo Burkimab 2008. Paciente presenta dolor abdominal, leucocitosis y distensión abdominal que obliga a la suspensión de la IQT con la sospecha de complicación anastomótica el octavo día postoperatorio. Se realiza TAC abdominal que informa de linfomatosis peritoneal (carcinomatosis por diseminación de linfoma) sin complicaciones quirúrgicas. Se decide proseguir el tratamiento IQT, valorando riesgo-beneficio de la rápida progresión tumoral y necesidad de tratamiento vs el riesgo de complicación quirúrgica. Al final del ciclo A1 el paciente muestra mejoría clínica con reducción de ascitis y regresión parcial de enfermedad en TAC de control. Actualmente el paciente está en remisión parcial después de la finalización del ciclo A2 a 6 meses de la cirugía.

Discusión: La resección quirúrgica de BL no está indicada en los protocolos de tratamiento actual. Sin embargo, cuando se presenta con clínica de oclusión intestinal es un reto diagnóstico, al que se puede llegar según los hallazgos radiológicos que harán sospechar apoyados en biopsia peroperatoria de tumores extensos

y atípicos puede ayudar a prevenir la realización de anastomosis en estas situaciones.