



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2359 - Dolor lumbar e ictericia en paciente VIH

L. López Mallavia^a, J. Gutiérrez Sainz^b, M. González Ruiz^c, P. García Bada^d, L. Barrio Fernández^e y M. Caloca Polo^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^dServicio Cántabro de Salud. ^eMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^fServicio de Urgencias. Hospital Sierrallana.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 43 años con antecedentes personales: HIV sin tratamiento antirretroviral (CD4 > 500). Fumador de 30 cigarros/día. Acude por dolor lumbar izquierdo irradiado por cara posterior de muslo hasta la rodilla de 1 mes evolución, sin mejoría a pesar de tratamiento analgésico indicado en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria y Hospitalaria. En la anamnesis destaca: pérdida de 15 kg de peso en el último mes, sudoración nocturna y orina colúrica en la última semana.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca: ictericia escleral, Blumberg positivo y puño-percusión renal izquierda positiva. En la analítica desatacan: bilirrubina de 4,7 g/dl, patrón de pruebas de función hepática con un predominio colestásico. GGT: 664 UI/ml, FA: 566 UI/ml y LDH 577. Amilasa: 434 UI/ml. Radiografía de columna lumbar: normal. Ecografía abdominal: se identifican varias lesiones focales intrahepáticas, y la vía biliar intra y extrahepáticas dilatadas desde colédoco intrapancreático donde se identifica una lesión de 3,2 cm en cabeza de páncreas. TC abdominal: se identifican múltiples adenopatías patológicas en región axilar bilateral, retroperitoneales, para-aórticas izquierdas, perirrenales e inguinales bilaterales. Así mismo, lesiones focales hipodensas en hígado y riñones. Biopsia escisional de adenopatía axilar que confirmó el diagnóstico.

Juicio clínico: Linfoma de Burkitt estadio IVB (infiltración focal de hígado y riñón). Infección VIH (C3). Enfermedad definitoria de SIDA.

Diagnóstico diferencial: Ante los hallazgos clínicos, la ictericia obstructiva y el síndrome general, junto con los signos ecográficos la sospecha inicial sugería una neoformación pancreática con metástasis hepáticas.

Comentario final: A pesar de la sospecha inicial en los pacientes VIH el riesgo relativo de linfomas no-Hodgkin es de 60-200 veces superior a pacientes VIH negativos. Por lo tanto en el caso de estos pacientes immunodeprimidos con sospecha de patología tumoral se deben investigar el desarrollo de síndromes infoproliferativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Carbone A, Vaccher E, Gloghini A, Pantanowitz L, Abayomi A, de Paoli P, et al. Diagnosis and management of lymphomas and other cancers in HIV-infected patients. Nat Rev Clin Oncol. 2014;11(4):223-38.

2. Tran H, Nourse J, Hall S, Green M, Griffiths L, Gandhi MK. Immunodeficiency-associated lymphomas. *Blood Rev.* 2008;22(5):261-81.
3. Kaplan LD. HIV-associated lymphoma. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2012;25(1):101-17.
4. Gloghini A, Dolcetti R, Carbone A. Lymphomas occurring specifically in HIV-infected patients: from pathogenesis to pathology. *Semin Cancer Biol.* 2013;23(6):457-67.