

PRESENTACIÓN DE CASO

Linfoma de Burkitt abdominal

Abdominal Burkitt Lymphoma

José Ridal González Álvarez¹, Miguel Ángel Rodríguez Hernández², Alfredo Cruz Cordero³, Zenia Rodríguez Hernández⁴, Emilio Andrés Rodríguez Ramírez⁵

¹Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: jridal@princesa.pri.sld.cu

²Dr. en Medicina. Policlínico Docente "Hermanos Cruz". Pinar del Río. Correo electrónico: migue@princesa.pri.sld.cu

³Especialista de Primer Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: alfredoc@princesa.pri.sld.cu

⁴Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: zenia@princesa.pri.sld.cu

⁵Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesor Asistente. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: emilio54@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 5 de julio del 2013.

Aprobado: 9 de diciembre del 2013.

RESUMEN

El *linfoma de Burkitt* es un tipo de linfoma no Hodgkin, infrecuente, que afecta principalmente a niños y adolescentes. Se presenta un adolescente masculino, blanco, de 12 años de edad y antecedentes de salud anterior, con un dolor en epigastrio, tipo cólico de pocos días de evolución, que fue incrementándose, sin modificaciones con la tos, estornudos o cambios de posición ni preferencia de horario, irradiado a fosa ilíaca derecha, sin vómitos, fiebre u otra sintomatología. Se realizan estudios imagenológicos, endoscópicos e histológicos, diagnosticándole un tumor de colon, es intervenido quirúrgicamente. El *linfoma de Burkitt* es una rara entidad que necesita de la clínica y la combinación de varios métodos de imagen para aproximarse a la sospecha diagnóstica y representa un gran desafío, por lo que alertamos a los pediatras a sospecharlo ante los dolores abdominales y tumoraciones de abdomen.

DeCS: Linfoma de Burkitt/dolor abdominal; Niños.

ABSTRACT

Burkitt's lymphoma is a type of uncommon non-Hodgkin lymphoma, affecting mainly children and adolescents. A white male teen, 12 years of age, presents with previous health record, epigastric pain, cramping of some days of length, which was increasing, unchanged coughing, sneezing or changes in position, irradiated to the right iliac fossa, without vomiting, fever or other symptoms. Imaging, endoscopic and histological studies were performed. He was diagnosed with a colon tumor, removed later on. Burkitt lymphoma is a rare entity that requires clinical observation and combining several imaging methods to come close to the suspected diagnosis, and represents a big challenge, so we alert pediatricians to suspect of abdominal pain and abdominal tumors.

DeCS: Burkitt lymphoma; Abdominal pain; Child.

INTRODUCCIÓN

El *linfoma no Hodgkin* representa la tercera neoplasia en frecuencia de la infancia¹. El subtipo histológico indiferenciado (Burkitt y no Burkitt) es el de mayor incidencia en pacientes pediátricos.²

El Burkitt puede ser endémico (África Ecuatorial y Nueva Guinea) o esporádico.³ La forma de presentación más frecuente de este tumor es la toma abdominal, puede también localizarse en otros lugares: colon, apéndice, divertículo de Meckel, ovarios, riñones e hígado.³⁻⁵ Es una neoplasia de células B de alto grado, se manifiesta con una afectación extranodal y tiene dos formas mayores, la forma endémica o africana y la forma no endémica o esporádica.^{5,6} El Linfoma de Burkitt (LB) es un tumor de la niñez pero también es observado en adultos.⁷

Los raros casos de L.B. en adultos están asociados con inmunodeficiencia e inmunosupresión.⁸ El LB es uno de los tumores malignos de más rápido crecimiento en humanos, con una tasa de duplicación muy elevada de aproximadamente 26 horas.¹

El LB es una proliferación monoclonal de linfocitos B, caracterizado por células no hendidas, de aspecto y tamaño homogéneo, su núcleo oval contiene múltiples nucleolos, su citoplasma es intensamente basofílico y con vacuolas de contenido lipídico. Las células de Burkitt producen un patrón difuso de compromiso tisular que bajo el microscopio se caracteriza por la presencia de una apariencia en "cielo estrellado", también observado en otros linfomas altamente proliferativos, con macrófagos dispersos con restos nucleares en su interior.^{4, 6}

Dada la rápida evolución de esta entidad es nuestra intención alertar a los Pediatras sobre su presencia en niños con dolor abdominal.

CASO CLÍNICO

Se presenta un adolescente masculino, blanco, de 12 años de edad, nacido a las 39 semanas de gestación por cesárea, peso al nacer de 6,4 libras, APGAR 9,9, lactancia materna por 4 meses y antecedentes de buena salud.

El paciente presentaba dolor epigástrico a tipo cólico, de moderada intensidad de nueve días de evolución, que no se modificaba con la tos o el estornudo o cambios de posición, sin preferencia de horario, irradiado a la fosa ilíaca derecha, sin vómitos, fiebre u otra sintomatología y cedía espontáneamente; en algunas ocasiones tenía otras molestias abdominales dadas por repletos y flatulencia, no antecedentes de constipación crónica, diarreas o transgresiones dietéticas.

Es valorado en el *servicio de urgencias*, y posteriormente, ingresó en cirugía por empeoramiento de estos síntomas,

Examen físico:

Mucosas: Ligeramente hipocoloreadas y húmedas, FC: 80 latidos por minutos

FR: 22 respiraciones por minuto, TA: 100/60 mmHg.

Abdomen: Suave, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. Se palpa masa tumoral que abarca desde el flanco derecho hasta el ángulo hepático, duro, no doloroso a la palpación, adherido a planos profundos, que no sobrepasa la línea media.

Región inguinal: se palpan múltiples adenopatías de pequeño tamaño, no dolorosas, no adheridas a planos profundos.

Normopeso

Exámenes de laboratorio: Hb 118 g/L, Hto 0,37l/L, Ltos $11,8 \times 10^9$ /L, Linfocitos 0,26, Polimorfos-0.74, Eritrosedimentación 33 mm/h, Conteo de plaquetas 200×10^9 /L, TP C-13 P-15, TPT C-30 P-28, TGP 17UI/L, TGO 5UI/L, Urea 3,9mmol/L, Creatinina 49mmol/L, Ácido úrico 210mmol/L, Colesterol 5,2mmol/L, Triglicéridos 0.91mmol/L, Orina negativa, Fibrinógeno 6.2 g/L.

Estudios imagenológicos.

US abdominal: se observa en el flanco derecho una imagen tumoral compleja de 9,4x 4,2 cm con áreas centrales redondeadas de baja ecogenicidad que impresiona el paquete ganglionar, independiente del riñón derecho y del hígado, sin visceromegalia ni líquido libre intraabdominal (figura 1).



Fig.1. Imagen tumoral compleja de flanco derecho.

USG de ganglios periféricos: en la región inguinal derecha se observan adenopatías de un tamaño promedio de 16 mm situadas a 1,6 cm de profundidad en relación a la piel, no otras adenopatías. *Rx de estómago, esófago y duodeno:* engrosamiento del relieve mucoso gastroduodenal.

Tránsito intestinal: retardado; el contraste llega al intestino grueso en 6 horas posteriores a su administración. Presenta signos de hipersecreción y presencia de parasitismo intestinal por *Áscaris lumbricoides*. Desplazamiento del intestino delgado hacia el hemiabdomen izquierdo (Figura 2).



Fig. 2. Rayos X. Tránsito intestinal.

En vistas tardías se obtuvo una imagen del colon por ingestión, dando la impresión que el paso del contraste del ciego hacia la porción ascendente del colon era a través de una imagen en desfiladero, así como el ensanchamiento y la distorsión del patrón mucoso del colon en su porción transversa (mitad derecha) y al ángulo hepático con defectos de repleción irregulares a ese nivel (figuras 3).

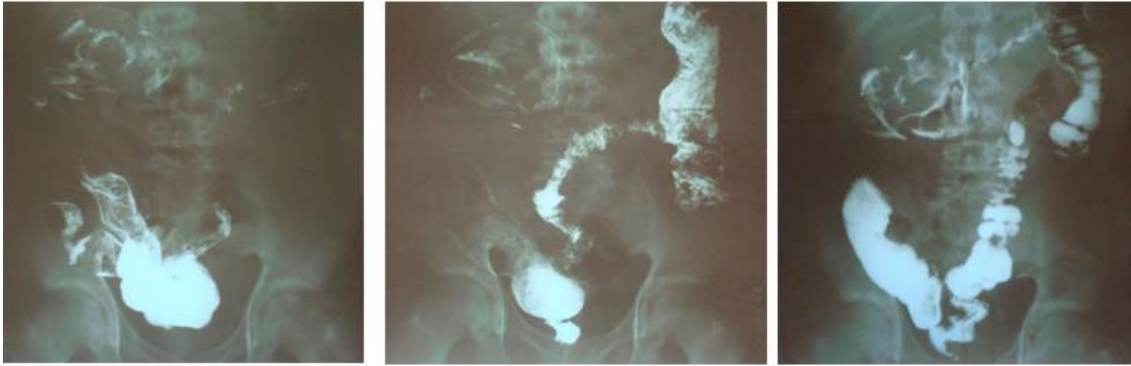


Fig.3. Rayos X. Tránsito intestinal. Vistas tardías.

Colon por enema: En las vistas realizadas no se observó opacificación el hemicolon derecho, visualizándose a nivel del ángulo hepático extenso defecto de repleción irregular con ensanchamiento de la luz y paso brusco de lo normal a lo patológico, con pérdida del relieve mucoso normal de haustros. (Figuras 4)



Fig. 4. Rayos X. Colon por enema.

Se realizó una colonoscopia (Nro. 608) detectándose tumor de colon derecho. (Figura 5).

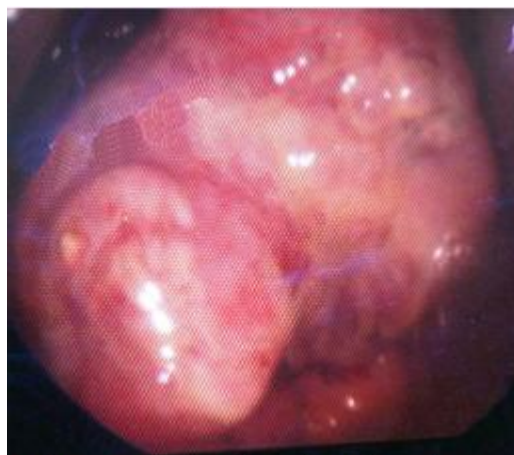


Fig. 5. Tumor de colon derecho.

Se le realizó biopsia tumoral (figura 6). Se informó: Células tumorales con numerosos nucléolos pequeños y un elevado índice mitótico. Nro. 13 B 368.

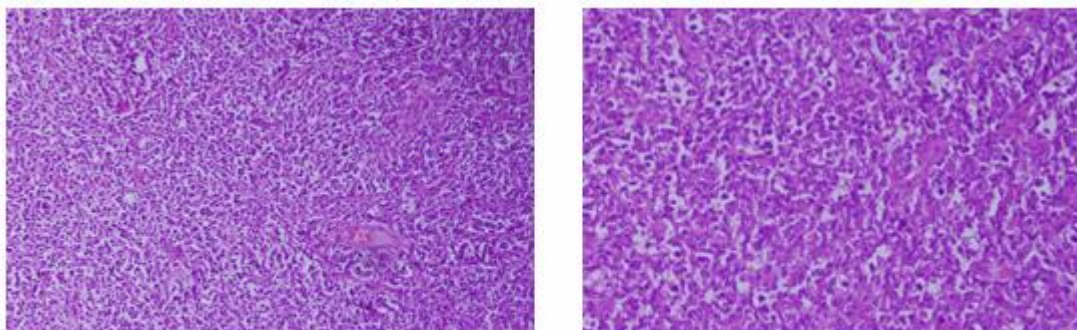


Fig. 6. Biopsia tumoral.

Fuente: Departamento Anatomía Patológica Hospital "Pepe Portilla"

Macrófagos pálidos intercalados con células tumorales dando una imagen de cielo estrellado.

El paciente ha tenido un post operatorio satisfactorio con recuperación clínica adecuada y sin complicaciones. Figura 7.



Fig. 7. Paciente en estado postoperatorio.

DISCUSIÓN

El *linfoma de Burkitt* es una variedad del linfoma no Hodgkin, que se caracteriza por un crecimiento rápido y alta malignidad; como ocurrió en el caso presentado, con una forma endémica del África Ecuatorial, asociada al virus del Epstein-Barr, una forma esporádica de distribución universal.¹⁻³ La mayor parte de los tumores abdominales primarios se debe a linfomas de células pequeñas no hendidas.⁶

El linfoma de Burkitt no es frecuente en Cuba⁶, diagnosticar uno en Cuba siempre es significativo, por lo que conocerlo es importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polo Amorín IL, Alvaredo Soria MA, Gómez Maciñeira C del R. Linfoma no Hodgkin del borde antimesentérico del intestino Delgado. *Medicentro* 2011;5 (2).
2. Pinilla Rafael, López Sarah, Quintana Juan Carlos, Al-Malahy Ahmed Al-Ezzi. Linfoma de Burkitt de localización abdominal: dos casos operados en el Hospital Al-Wahdah, Maabar, Yemen. *Rev Colomb Cir.* 2009 Jun; 24(2).
3. Bonet Fonseca Iván, Díaz Anaya Amnia, Francis Tabu, Fajardo Tornés Yarine Leonell. Linfoma de ovario. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2012 Sep; 38(3).
4. Juárez Villegas LE, Sadowinski-Pine S, Ibarra-Ríos D, Sánchez-Curiel Loyo M. Linfoma de Burkitt con infiltración a canal medular. Presentación de un caso. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2010 Abr; 67(2).
5. Murguía-Pérez M, Serrano-Rufino M, Bolaños-Aguilar MA, Mendoza-Ramírez S. Linfoma primario del apéndice cecal con presentación clínica de apendicitis aguda. *Revista Española de Patología.* 2013; 46(2).
6. Sierra Arego F, López Rodríguez CM, Linfoma de Burkitt. *Rev Cubana Cir.* 2012 Mar; 51(1).
7. Romero Guadarrama MB, Durán Padilla MA. Linfoma primario del cuello del útero. Presentación de un caso y su diagnóstico diferencial. *Medigraphic.* 2010 Mar; 73(2).
8. Corti Marcelo de Dios Soler M, Bare P, Villafañe MF, de Tezanos Pinto Miguel, Pérez Bianco R, et al. Linfomas asociados con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: subtipos histológicos y asociación con los virus de Epstein Barr y Herpes-8. *Medicina (B. Aires).* 2010 Abr; 70(2).

Dr. José Ridal González Álvarez. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Hospital Provincial Pediátrico Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Correo electrónico: jridal@princesa.pri.sld.cu
