

Linfoma renal: revisión a propósito de un caso

Albina Elena Casamayor-Barreto,¹ Mirian Zárate,² Aníbal Apaza-Canaza,² Patricia Eugenia Espada-Salgado,³ César Chávez-Córdova,⁴ Jhon Ángeles,⁵ Jorge Torres⁵

RESUMEN

Se realiza una revisión de literatura médica actualizada sobre el tema, a propósito del diagnóstico de un linfoma renal primario con infiltración multiorgánica en una paciente de 30 años con dolor articular migratorio, disminución de fuerza muscular y parestesias, edema de miembros inferiores, roncales y subcrepitantes en ambos pulmones, puntos renoureterales positivos, monoparesia de miembro superior derecho y paresia de hemicara izquierda. Tras la biopsia renal y mediante estudio anatomopatológico, se concluyó el diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas renales primarios de parénquima no son comunes (menos de 1% de los linfomas), la afectación renal es más frecuente asociado a linfoma no Hodgkin. El origen es incierto porque el parénquima no contiene tejido linfoide. Tumor puede originarse en cápsula renal rica en linfocitos o grasa perinéfrica e invade el parénquima renal o puede incrementar la presencia de linfocitos en áreas de inflamación crónica. Existen formas de presentación, como: múltiples lesiones (presentando riñones agrandados, es lo más común), lesión focal, enfermedad perinéfrica (extensión directa de adenopatía retroperitoneal), nefromegalia (sin distorsionar de la forma renal) y afectación del seno renal. Este caso se presentó como nefromegalia bilateral, con diseminación multisistémica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, con dolor articular migratorio, disminución de fuerza muscular y parestesias, presenta cuadro súbito de descompensación hemodinámica. Al examen físico presenta edema de miembros inferiores, roncales y subcrepitantes difusos en ambos pulmones, puntos renoureterales positivos, monoparesia de miembro superior derecho, paresia de hemicara izquierda.

Laboratorio: urea, 175 mg/dL; creatinina, 3,4 mg/dL; Na⁺, 141 mEq/L; K⁺, 3,86 mEq/L; DHL, 1692 mg/dL; B2 MGB, 11,2. Orina: Thevenon, ++; leucocitos, 10-15/campo, algunos degenerados y aglutinados; hematíes, más de 100/campo.

DISCUSIÓN

La etiología es desconocida aunque se ha relacionado con diversos factores como procesos inflamatorios crónicos y pielonefritis crónica, síndrome de Sjogren, lupus eritematoso sistémico o el virus de Epstein-Barr. Se han postulado diferentes teorías histogénicas de la enfermedad. Se ha propuesto que la neoplasia pueda tener un origen en los ganglios del seno renal o de la

Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) EsSalud. Lima, Perú.

1. Médicos residentes de 3° año

2. Médico asistente del servicio de Radiología.

3. Médicos residentes de 2° año.

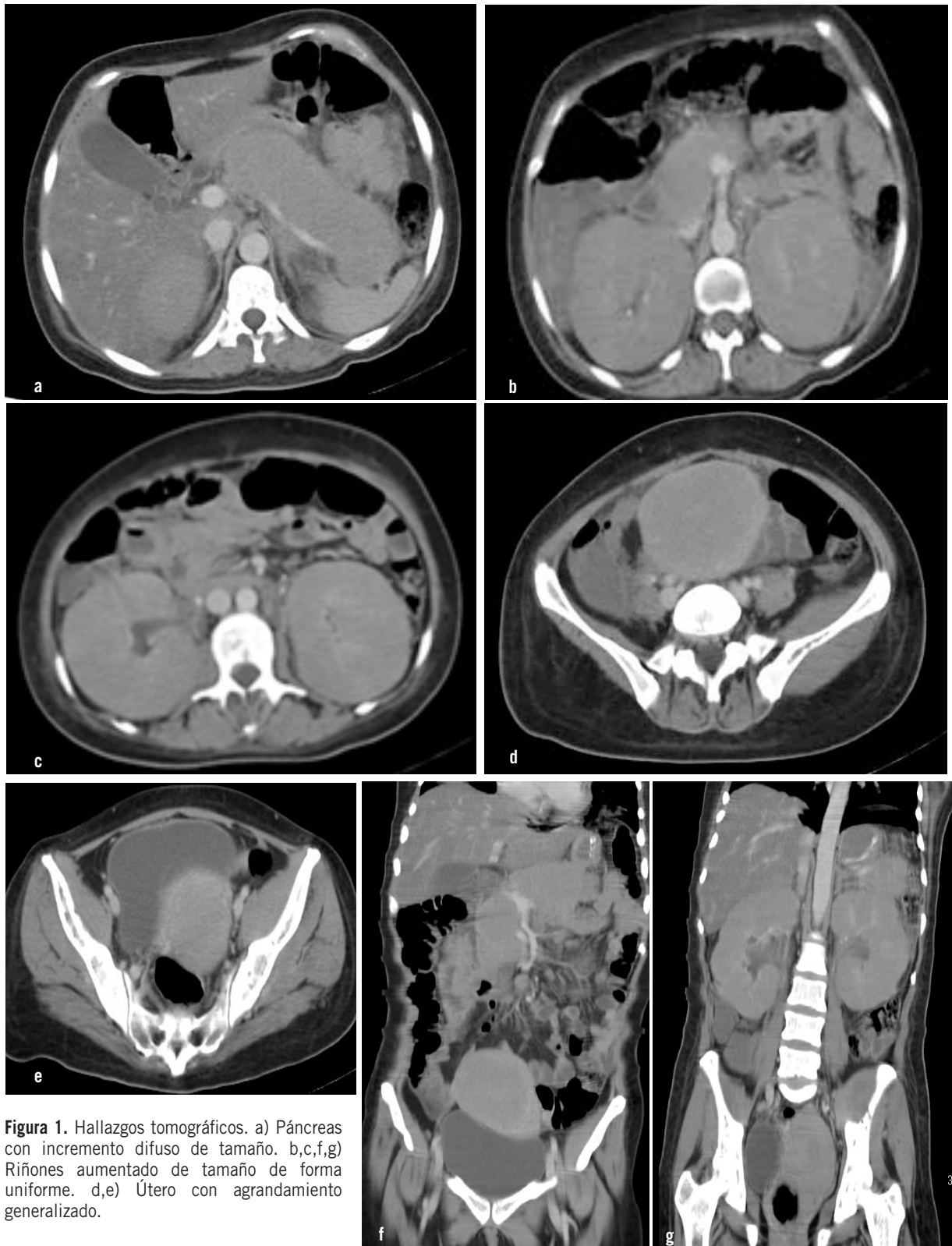


Figura 1. Hallazgos tomográficos. a) Páncreas con incremento difuso de tamaño. b,c,f,g) Riñones aumentado de tamaño de forma uniforme. d,e) Útero con agrandamiento generalizado.

red linfática de la cápsula renal formando cordones de células. Duanay postuló la existencia de procesos inflamatorios previos por el cual se reclutan células linfoides en el parénquima renal.

Suele afectar a adultos con edad media de 60 años, con ligero predominio de varones; de todas formas también se ha descrito en niños. El caso clínico es excepcional debido a que se presentó en una mujer joven de 30 años. Con frecuencia son unilaterales, siendo muy raros los bilaterales como en el presente caso.

La clínica es similar a las del resto de tumores renales, siendo el dolor el síntoma más frecuente; puede presentarse con proteinuria, síndrome nefrótico o con un fallo renal progresivo con oliguria o anuria cuando afecta a ambos riñones. En nuestro caso presento síntomas multisistémicos, por estar en estadio avanzado.

Tiene una alta agresividad con una rápida diseminación sistémica, esto marcó el curso de la enfermedad de la paciente, llegando a fallecer.

Los estudios de imagen pueden orientar el diagnóstico, apareciendo en la ecografía como masas hipoecoicas homogéneas, aunque la prueba de imagen de elección en el linfoma renal primario es la tomografía donde suelen aparecer típicamente como masas hipovasculares con realce mínimo tras el uso del contraste con una atenuación homogénea a diferencia de la heterogeneidad del carcinoma de células renales; en algunos casos se ha utilizado la resonancia magnética para caracterizar masas renales complejas. El diagnóstico de certeza es anatomopatológico debiendo realizarse mediante punción-biopsia. La mayoría corresponden a linfomas no-Hodgkin de células B, aunque se han descrito otros tipos de linfomas. La gammagrafía ósea y la biopsia de médula ósea completan el estudio. El diagnóstico no fue fácil, al inicio se sospechó de lupus eritematosos sistémico, sin embargo el análisis laboratorial no estaba a favor,

por esto luego de obtener la tomografía computarizada mostrando nefromegalia bilateral y después de presentar un cuadro brusco de descompensación hemodinámica se decide realizar la biopsia renal y el estudio anatomopatológico.

El tratamiento de elección es la pauta combinada ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona (CHOP) más rituximab, ya que aumenta el porcentaje de respuesta completa y prolonga el período libre de enfermedad y la supervivencia sin incrementar de manera significativa la tasa de efectos secundarios siendo los más frecuentes la aparición de leucopenia, fiebre y escalofríos. La radioterapia adyuvante puede ser útil. El pronóstico es muy pobre con una mortalidad de 75% al año, y se podría mejorar con un diagnóstico precoz y el tratamiento con quimioterapia sistémica combinada con rituximab. En nuestra paciente se iniciaron pautas de quimioterapia con rituximab, pero el desenlace no fue adecuado.

CONCLUSIÓN

El linfoma renal primario es muy raro. El diagnóstico se realiza mediante biopsia renal, la variedad de nefromegalia bilateral es aún más infrecuente, pudiendo simular otras patologías, retardando el diagnóstico y tratamiento, el pronóstico es malo si el diagnóstico es en estado multisistémico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Urban BA, Fishman EK. Renal lymphoma: CT patterns with emphasis on helical CT. *Radiographics*. 2000;20:197-212.
2. Sheth S, Ali S, Fishman L. Imaging of renal lymphoma: patterns of disease with pathologic correlation. *Radiographics*. 2006;26(4):1151-68.
3. Stallone G, Infante B, Manno C, et al. Primary renal lymphoma does exist: case report and review of the literature. *J Nephrol*. 2000;13:367-372.
4. Torrecilla Garcia-Ripoll JR, Pascual Samaniego M, Martín Blanco S, et al. Primary renal lymphoma. *Actas Urol Esp*. 2003;27(7):555-8.
5. Ahmad AH, MacLennan GT, Listinsky C. Primary renal lymphoma: a rare neoplasm that may present as a primary renal mass. *J Urol*. 2005;173: 239.

Fecha de recepción: 10 de febrero de 2012.

Fecha de aprobación: 14 de abril de 2012.