



8 - SÍNTOMAS DELADORES. A PROPÓSITO DE UN CASO DE LINFOMA DE BURKITT INFILTRATIVO

J. López Coscojuela^a, M. Marco Brualla^b, C. Pueyo Úcar^a, D.A. Ferreras Gascó^a y C. Gramuglia Núñez^a

Resumen

Descripción del caso: Varón VIH+ con antecedente de sarcoma de Kaposi, en tratamiento y estudio por tumor submaxilar de tres semanas de evolución, sin mejoría con antibióticos e ibuprofeno, que acude por epigastralgia intensa con reflujo gastroesofágico y deposiciones oscuras durante tres días. Pérdida ponderal de ocho kilos en dos meses.

Exploración y pruebas complementarias: Abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación profunda en epigastrio; peristaltismo normal; no masas ni peritonismo activo; tacto rectal revela dedil con restos fecales no melánicos; masa cervical dura y ruborosa y adenopatías laterocervicales sin productos patológicos. Afebril. Resto, anodino. Analítica compatible con la normalidad. Gastroscopia revela úlceras gástricas de aspecto maligno, y TAC cuello-abdomen-pelvis, masa cervical izquierda con áreas de necrosis que engloba bifurcación carotídea y adenopatías en su vecindad, engrosamiento gástrico e infiltración peritoneal difusa y de ambas suprarrenales. Biopsia de lesiones visibles en gastroscopia indica linfoma de Burkitt.

Juicio clínico: Linfoma de Burkitt infiltrativo.

Diagnóstico diferencial: Úlcera péptica, isquemia intestinal, cáncer gástrico primario, gastritis.

Comentario final: Si bien la masa cervical había sido el síntoma precoz por el que había acudido a Urgencias en días pasados (por el que se le indicó una PAAF ambulatoria), la nueva clínica obligó a realizar un cambio de enfoque diagnóstico que incluyese y estudiase el aparato digestivo; dados los antecedentes del paciente, cabía sospechar una infección muy extensa y complicada (que no tenía una traducción clínica suficiente) o un proceso maligno ya desarrollado, por lo que se optó por la realización de body-TAC y endoscopia alta urgentes. Tras los hallazgos y en vista de los resultados de la analítica urgente, se propuso el traslado del paciente al servicio hospitalario de Hematología; tras primer bloque de quimioterapia protocolizada, shock séptico por probable foco pulmonar; analítica revela anemia con leucopenia grave dependiente de neutropenia (Hto 24,1%, Hb 7,8 g/L, leucocitos $0,1 \times 10^6/L$, neutrófilos $0 \times 10^6/L$).