



160/2359 - Dolor lumbar e ictericia en paciente VIH

L. López Mallavia^a, J. Gutiérrez Sainz^b, M. González Ruíz^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 inmunodeprimidos con sospecha de patología tumoral se deben investigar el desarrollo de síndromes linfoproliferativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.