



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



INSUFICIENCIA RENAL COMO DEBUT DE LINFOMA NO HODGKIN DE BAJO GRADO DE CÉRVIX UTERINO

M^a Victoria Cuevas-Ruiz, Pedro Abáigar, Beatriz Cuevas-Ruiz,
Covadonga García-Díaz

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de Burgos. Burgos. España

[mvcuevas @ hubu.es](mailto:mvcuevas@hubu.es)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2013;2:41-43.

RESUMEN:

Los linfomas no Hodgkin (LNH) extranodales son poco frecuentes y la afectación genitourinaria primaria suele ser excepcional.

La manifestación más habitual de los linfomas genitales es la hemorragia o la masa vaginal, el subtipo histológico más frecuente es el LNH difuso de célula grande y el pronóstico es bueno en las formas localizadas.

PALABRAS CLAVES: Linfoma cervix uterino. Clorambucil. Rituximab

SUMMARY:

Non-Hodgkin lymphomas (NHL) are rare extranodal and primary genitourinary involvement is usually exceptional.

The most common manifestation of genital lymphomas is bleeding or vaginal mass, the most common histological subtype is diffuse large cell NHL and the prognosis is good in localized forms.

KEYWORDS: Lymphoma uterine cervix. Chlorambucil. Rituximab

INTRODUCTION

Los linfomas no Hodgkin (LNH) extranodales son poco frecuentes y la afectación genitourinaria primaria suele ser excepcional¹⁻³.

La manifestación más habitual de los linfomas genitales es la hemorragia o la masa vaginal, el subtipo histológico más frecuente es el LNH difuso de célula grande y el pronóstico es bueno en las formas localizadas⁴⁻⁶

Presentamos el caso de un Linfoma no Hodgkin de bajo grado del cérvix uterino que debutó con insuficiencia renal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 72 años, de raza caucásica, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, obstrucción crónica al flujo aéreo con bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo, con elevación de transaminasas por lo que había sido estudiada por el

Servicio de Digestivo, habiendo rechazado la realización de biopsia hepática; así mismo, presentaba insuficiencia venosa crónica y linfedema. No era fumadora ni bebedora y de profesión había ejercido como enfermera.

Seguía tratamiento con Valsartan 160, Hidroclorotiazida 25, Ácido acetilsalicílico 100, Omeprazol 20, Atorvastatina 20, Alopurinol 100, Inhalador de Budesonida/Formoterol e Inhalador de Tiopropio.

En octubre de 2010 es remitida a consulta externa de Nefrología para estudio de elevación de creatinina (valor de creatinina: 1.6 mg/dl); se realizó Ecografía abdominal, en la que se apreciaba un riñón derecho de pequeño tamaño, de 7.7 cm, con cortical muy adelgazada de forma global y riñón izquierdo de 13 cm, con conservación del espesor cortical e hidronefrosis bilateral.

El TAC abdominal solicitado, mostraba un riñón derecho de pequeño tamaño con nefrograma retrasado respecto al riñón contralateral. Ureterohidronefrosis bilateral, grado II en riñón derecho y III en el riñón izquierdo. Se observaban ambos uréteres dilatados hasta pelvis a la altura de la bifurcación de arterias ilíacas primitivas. De localización parauterina izquierda se observaba una estructura triangular de la misma densidad que el útero que parecía corresponder con el parametrio. Así mismo, se apreciaba un aparente engrosamiento de fascia pararrectal derecha asociado a presencia de estructuras vasculares ingurgitadas pudiendo corresponder a varices periuterinas.

Se procedió a la realización de una cistoscopia que reveló un estrechamiento de la zona de inserción de ambos uréteres.

Ante los hallazgos inespecíficos y el empeoramiento de la función renal, en febrero de 2011 se realizó inserción de endoprótesis ureteral bilateral y, posteriormente una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) abdominal en la que se objetivó un aumento de tamaño difuso del cervix uterino con obliteración de los planos grasos que rodean el cervix así como de regiones parametriales y planos grasos parvesicales junto con datos de procesos infiltrativo que afecta a los recessos pélvicos laterales con obliteración de regiones uretero-vesicales, alteraciones que pueden indicar la presencia de un proceso tumoral infiltrativo difuso en el cervix uterino y en pelvis menor.

Se contactó con el Servicio de Ginecología que realizó una biopsia del cervix uterino, el 15 de julio de 2011 siendo el diagnóstico anatomopatológico de sospecha de Linfoma. Se realiza una nueva biopsia un mes después, objetivándose infiltración por un Linfoma No Hodgkin de inmunofenotipo B CD20 (+), de bajo grado. El estudio de inmunohistoquímica mostraba que las células con expresan CD20 y coexpresión de CD43. No se observaba expresión para CD10, CD23, Ciclina D-1 e IgD; por tanto, se diagnosticó de un Linfoma no Hodgkin de inmunofenotipo B, de bajo grado, sin poderse clasificar histológicamente debido a que la muestra era pequeña y poco representativa.

Con este resultado, es remitida a consulta externa de Hematología. Cuando acude, no refería síndrome constitucional ni síntomas B y en la exploración física, no se palpaban adenopatías laterocervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales, tampoco se palpaban visceromegalias y presentaba edemas maleolares habituales

Con respecto a las exploraciones complementarias, destacar que el hemograma presentaba valores dentro de la normalidad, apreciándose aumento de VSG de 28 mm/ 1 h, urea 70 mg/dl; creatinina 1.3 mg/dl; Gamma-GT 67 UI/l; LDH 367 UI/l; F. Alcalina 108 UI/l. La serología infecciosa de hepatitis B, C, VIH fue negativa. No se realizó biopsia ósea, por decisión de la paciente y el TAC cervico-toraco-abdominal descartó afectación a distancia.

Con el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin-B de bajo grado en cervix uterino y pelvis menor estadio IE, se inició tratamiento quimioterápico con ciclos de Rituximab 375 mg/m² mensual + Clorambucil 0.8 mg/kg quincenal, recibiendo un total de seis ciclos (último, en febrero de 2012) con excelente tolerancia. La RMN realizada tras recibir 3 ciclos, mostraba una respuesta casi completa con práctica desaparición de las alteraciones previas a nivel de cuello uterino, motivo por el cual fueron retirados los catéteres ureterales el 28 de diciembre de 2011.

En la última revisión efectuada en agosto de 2013, la paciente permanece en remisión completa con RMN normal, salvo un riñón derecho de menor tamaño que el izquierdo en relación con atrofia. Con respecto a la función renal presenta un aclaramiento de creatinina de 44 ml/min

DISCUSIÓN:

Los linfomas no Hodgkin (LNH) extranodales suponen el 20% de todos los linfomas, siendo la afectación del área urogenital tanto en el hombre como en la mujer relativamente raros y esta localización supone menos del 5% de todos los linfomas primario extranodales, siendo la afectación secundaria más común que la primaria¹.

Con respecto a la localización dentro del tracto genitourinario, Kosari y cols² describen una serie de 147 LNH en la que la afectación de los órganos fue la siguiente: 59% ovario, 15,5%, útero, 11,5% cervix uterino, 7,5% vulva y 6,5% vagina.

Anagnostopoulos y cols³, realizan una revisión de todos los casos publicados de linfoma primario genital y analizan 178 casos que incluyen 118 linfomas de cervix uterino y 60 de cuerpo uterino. En el grupo de linfomas de cervix, la edad media de presentación fue de 46 años (rango-20-85 años) y el subtipo histológico más frecuente el LNH difuso de célula grande; con respecto al estadio según la clasificación de Ann Arbor, el más habitual fue el estadio I y los tratamientos aplicados variaron desde cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de éstos; pero solo en el 11,7% de los casos se utilizó Rituximab. Con una media de seguimiento de 40, 5 meses, en el 85,2% de los casos, no se evidenció recaída del linfoma³.

En la serie de Schniederjan y cols¹ cuyo estudio incluía 40 linfomas del tracto genitourinario, los linfomas de bajo grado

supusieron el 22.5% (12 casos de los 40 evaluados). La forma de presentación de estos linfomas puede ser una hemorragia postmenopáusica⁴, una hemorragia masiva con hidronefrosis bilateral⁵, y en ocasiones el debut es una masa vaginal indolora⁶.

Para valorar la extensión tumoral y posterior respuesta al tratamiento se utiliza TAC o RMN, pudiendo complementar el estudio con PET, que no se realizó en nuestra paciente dados los claros hallazgos de TAC y RMN en cuanto a la afectación local y la ausencia de afectación a distancia y la escasa rentabilidad de esta prueba en los linfomas de bajo grado.

El tratamiento comprende habitualmente, quimioterapia con rituximab y radioterapia en el caso de los linfomas de alto grado; en el caso de los linfomas de bajo grado se ha utilizado rituximab solo o asociado a quimioterapia. En la paciente descrita, se decidió asociar clorambucil a rituximab por la escasa masa tumoral y la comodidad del tratamiento oral junto con los bajos efectos secundarios⁷.

Nuestro caso presenta la peculiaridad de debutar con insuficiencia renal y sin manifestaciones ginecológicas como hemorragia o masa vaginal o cervical; así mismo, hay que destacar la excelente respuesta a un tratamiento quimioterápico con rituximab y clorambucil tras un seguimiento de 20 meses.

REFERENCIAS

- 1.- Schniederjan SD, Osunkoya AO. Lymphoid neoplasms of the urinary tract and male genital organs: a clinicopathological study of 40 cases. *Mod Pathol.* 2009; 22(8): 1057-1065.
- 2.- Kosari F, Daneshbod Y, Parwaresch R, Krams M, Wacker HH. Lymphomas of the female genital tract: a study of 186 cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 2005; 29(11):1512-1520.
- 3.- Anagnostopoulos A1, Mouzakiti N, Ruthven S, Herod J, Kotsyfakis M. Primary cervical and uterine corpus lymphoma; a case report and literature review. *Int J Clin Exp Med.* 2013; 6(4): 298-306.
- 4.- Parnis J1, Camilleri DJ, Babic D, Degaetano J, Savona-Ventura C. Lymphoma of the cervix. *Case Rep Hematol.* 2012; 2012: ID 326127.
- 5.- Isosaka M1, Hayashi T, Mitsunashi K, Tanaka M, Adachi T, Kondo Y, Suzuki T, Shinomura Y. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the uterus complicated with hydronephrosis. *Rinsho Ketsueki.* 2013; 54(4):392-396. (Abstract)
- 6.- Ragupathy K1, Bappa L. Primary vaginal non-Hodgkin lymphoma: gynecologic diagnosis of a hematologic malignancy. *J Low Genit Tract Dis.* 2013; 17(3): 326-329.
- 7.- Ustaalioglu BB, Bilici A, Seker M, Canpolat N, Ozdemir N, Salepci T, Gumus M. Primary non-Hodgkin lymphoma of cervix successfully treated with rituximab: positron emission tomography images before and after therapy: a case report. *Leuk Res* 2010; 34(4):108-110.

CORRESPONDENCIA:

Dra. María Victoria Cuevas Ruiz
Servicio de Hematología y Hemoterapia.
Hospital Universitario de Burgos.
Avda. de las Islas Baleares nº 3
09006 Burgos.
España
mvcuevas@hubu.es

Recibido: 27 de Agosto de 2013.
Publicado: 30 de Septiembre de 2013.