

LINFOMA BURKITT GÁSTRICO: UNA UBICACIÓN INFRECUENTE

Leonardo Aveiga, Andres Lucia, Ignacio Malaga, Raul Matano, Karina Yonamine, Consentino Clara

Introducción:

El linfoma Burkitt es un subtipo de los linfomas no Hodgkin de las células B, se presenta en edad media, caracterizado por la translocación y desregulación del gen *MYC* en el cromosoma 8q24, tiene una prevalencia muy baja, estimada en 0,3 por 100.000 habitantes. Se describen tres formas clínicas: 1) Endémico, 2) Asociados a la inmunodeficiencia y 3) Esporádico común en la población pediátrica, se asocia a la coinfección del virus Epstein-Barr. Si bien son histológicamente similares, la presentación clínica y la genética son diferentes. A pesar de ser un linfoma, los sitios más comunes son: médula ósea, sistema nervioso central y tracto gastrointestinal, dentro de este último, el área íleo-cecal.

Su presentación clínica depende del órgano afectado y no es específica; en el aparato digestivo se manifiesta con dolor abdominal, ascitis, obstrucción y sangrado.

Es el tumor maligno de más rápido crecimiento por lo cual es potencialmente agresivo, predisponiendo a presentar síndrome de lisis tumoral espontáneo. Por ende el inicio oportuno e intensivo del tratamiento refleja mayores tasas de éxito en el paciente pediátrico, pero en adultos el pronóstico es malo.

Objetivo

Describir la presentación clínica, endoscópica e histológica del Linfoma Burkitt gástrico.

Materiales:

Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes patológicos de importancia, consulta por guardia presentando dolor abdominal, plenitud postprandial, astenia, adinamia y pérdida de peso de 1 mes de evolución. En las últimas 72 horas refiere hematemesis, motivo por el cual es derivado a nuestro centro. Examen físico de ingreso: Paciente hemodinámicamente estable con palidez generalizada, abdomen, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Tacto rectal positivo para melena.

Resultados:

- 1) Laboratorio reportó Hemoglobina de 8.2 g/dl y Hematocrito 26% plaquetas 539.000, VCM 72 ft, HCM 21 g/dl.
- 2) Endoscopia: a nivel de cuerpo alto y techo, sobre curvatura menor y cara posterior gástrica se observa una lesión deprimida extensa con bordes sobreelevados e irregulares, de fondo necrótico que mide más de 5 cm de diámetro (Fig 1).
- 3) Tomografía computarizada con hallazgos sugestivos de infiltración maligna del fondo, cuerpo y antro gástrico.
- 4) Ecoendoscopia lesión hipocogénica, heterogénea, de bordes mal definidos, que afecta todas las capas y se extiende hacia retroperitoneo (impresiona contactar con la cola de páncreas y tronco celiaco); múltiples adenopatías en tronco celiaco redondeadas hipocogénicas y homogéneas, conformando conglomerados. Se toman múltiples biopsias del borde de la ulcera (Fig 2).
- 5) Anatomía patológica con inmunohistoquímica informa, cortes histológicos muestran mucosa gástrica con infiltración por proliferación de células de hábito linfocítico atípicas, con un patrón de infiltración difuso. Resultado de Inmunohistoquímica: CD20: (+) positivo. BCL 6: (+) positivo. MUM 1: (+) positivo. *MYC*: (+) positivo. CD43: (+) positivo. CD 10. (+) positivo. KI- 67: 100%. compatible con infiltración de mucosa gástrica por Linfoma de Burkitt.

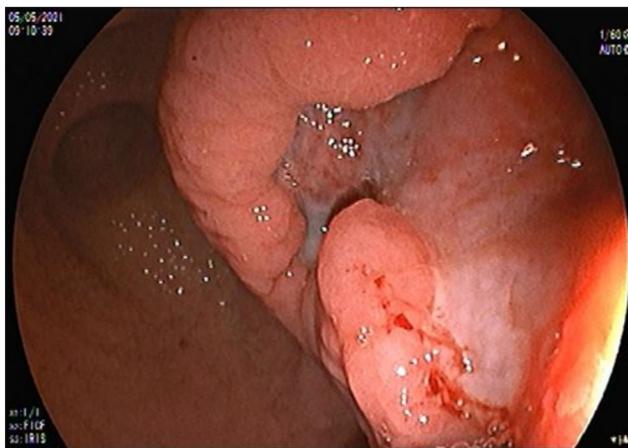


Fig. 1. Endoscopia digestiva alta

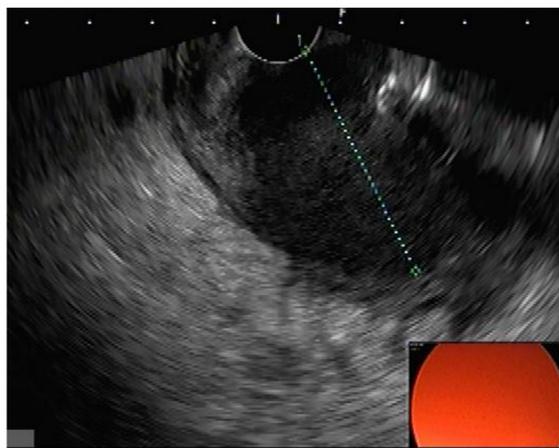


Fig 2. Ecoendoscopia con toma de biopsia

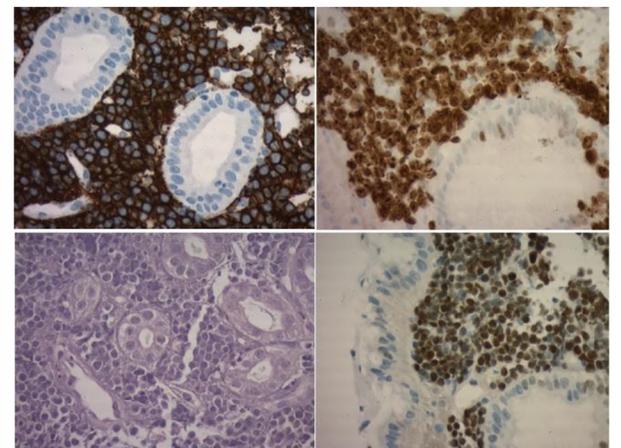


Fig 3. A. Microscopia e inmunohistoquímica

Conclusiones

Posterior al diagnóstico inició tratamiento con 1er ciclo de quimioterapia R-CODOX-M (Rituximab, Doxorubicina, Vincristina, Ciclofosfamida, Citarabina, Metotrexato) durante la internación evolucionó con síndrome de lisis tumoral y mucositis los cuales resolvieron con el tratamiento oportuno, decidiendo externación hospitalaria con vigilancia ambulatoria para continuar tratamiento de quimioterapia R-CODOX-M /IVAC.

Nuestro caso destaca la necesidad de concientizar los hallazgos endoscópicos de lesiones gástricas con aspecto neoplásico en pacientes jóvenes considerando como diagnóstico diferencial el linfoma de Burkitt, es una etiología poco común que probablemente se notifique o se identifique erróneamente. Dado que es una neoplasia muy agresiva por su rápido crecimiento el diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento son importantes para optimizar los resultados.