

LINFOMA VISCERAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

VISCERAL LINFOMA. PRESENTATION OF A CASE

Autores: Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez¹

Manuel Pérez de Corcho Iriarte²

Jorge José Pérez Assef³

Maribel Araujo Mejías⁴

José Miguel Hernández Hernández⁵

Institución: ¹⁻³⁻⁴⁻⁵Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces

Iraola Ciego de Ávila

²Universidad de Ciencias Médicas Facultad de Ciencias Médicas “José Assef

Yara” Ciego de Ávila

Correo electrónico: manolito@ali.cav.sld.cu

RESUMEN

En Ciego de Ávila existen evidencias significativas de que el cáncer es una patología de alta incidencia y en Cuba ocupa el primer lugar, con un alto índice de defunciones, resultando infrecuente el linfoma visceral, lo que dio origen a este artículo. Los métodos y técnicas de investigación permitieron el análisis para procesar toda la información de la investigación, a través de medios automatizados, todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional y extranjera actualizada. El caso que se presenta es de una persona de 57 años de edad, femenina, morfotipo racial blanco, que desde hace alrededor de 38 días presenta fiebre de 39-40 grados centígrado, tos con escasa expectoración blanquecina, orina de color rojo ladrillo con abundante espuma. En su evolución médica diaria se describe que los parámetros vitales permanecieron inestable a predominio de la temperatura de 38.1 °C no se recoge la hora en que se elevó la misma, mantiene el resto de los síntomas y signos con los que hospitalizo. La evolución fue inestable, con un pronóstico infausto y una supervivencia nula, hasta su muerte 11 días posteriores a su ingreso. Lo infrecuente del diagnóstico de linfoma visceral, nos obliga a revisar

el método clínico para evitar el riesgo de tener este problema de salud sin conocerlo la persona que lo sufre.

Palabras clave: Cáncer, Linfoma Visceral.

ABSTRACT

In Ciego de Ávila, there is significant evidence that cancer is a high-incidence pathology, and in Cuba it ranks first, with a high death rate, with infrequent visceral lymphoma resulting in this article. The methods and techniques of investigation allowed the analysis to process all the information of the investigation, through automated means, all the obtained data were compared with the updated national and foreign literature. The case presented is a 57-year-old female, white racial morphotype, who for about 38 days had a fever of 39-40 degrees centigrade, a cough with little whitish expectoration, red brick urine with abundant foam. In its daily medical evolution it is described that the vital parameters remained unstable to the predominance of the temperature of 38.1 °C it does not collect the hour in which it was elevated, it keeps the rest of the symptoms and signs with which I hospitalized. The evolution was unstable, with an unsatisfactory prognosis and no survival, until his death 11 days after his admission. The infrequent diagnosis of visceral lymphoma obliges us to review the clinical method to avoid the risk of having this health problem without knowing the person who suffers.

Keywords: Cancer, Visceral Linfoma.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en el 2008 causó 7,6 millones de defunciones, aproximadamente un 13% del total (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asevera, que el cáncer en América Latina es la segunda causa de muerte (Organización Panamericana de la Salud, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2004).

El cáncer en Cuba constituye un problema de salud que se agrava con infecciones intercurrentes durante la hospitalización (Sansó et al., 2010).

En Ciego de Ávila existen evidencias significativas, que el cáncer es una patología de alta incidencia (Pérez et al., 2010).

En Cuba el cáncer ocupa el primer lugar, con un alto índice de defunciones, resultando infrecuente el linfoma visceral, lo que dio origen a este artículo (Sansó et al., 2010).

Entre los principales factores de riesgo figuran, mayor proporción de personas de edad avanzada en el mundo, disminución general de la mortalidad por patologías transmisibles y por afecciones cardiovasculares en algunos países, así como la incidencia creciente de ciertas formas de cáncer (Soler et al., 2011).

En las personas afectas de linfomas no Hodgkin y Hodgkin, existe un defecto de inmunidad celular que los predisponen a infecciones bacterianas (nocardia, salmonella, listeria, micobacterias), fúngicas (cándida, criptococo, histoplasma, coccidioides), víricas (citomegalovirus, herpes-varicela zoster, virus de Epstein-Barr) y por otros organismos como parásitos y protozoos (pneumocystis Jiroveci o Carinii, toxoplasma, strongyloides).

Cobra importancia recordar que aquellas personas que han sido esplenectomizadas durante cirugía por cáncer pancreático, gástrico, linfomas, leucemias, trombopenias autoinmunes, son igualmente susceptibles de infección por gérmenes encapsulados (salmonella, neumococo, haemophilus, neisseria, babesia, capnocytophagus, malaria).

Existen factores predisponentes a complicaciones infecciosas en la persona con cáncer, como son la neutropenia post quimioterapia, disrupción de las barreras cutáneo-mucosas, punciones digitales, punciones venosas, aspirado de médula ósea, inserción de accesos venosos permanentes, mucositis por quimioterapia/radioterapia, esplenectomía y asplenia funcional, corticoides y otros fármacos linfotóxicos (ciclosporina, ILK-2, metotrexato, fludarabina), trasplante de progenitores hematopoyéticos, inmunodeficiencia asociada con el cáncer primario (Leucemias, Linfomas, Mieloma Múltiple), cáncer en etapa avanzada, cáncer hematológico refractario, malnutrición (Neutropenia y Fiebre; Internet, 2011).

Criterio de varios expertos manifiestan que el cáncer, va en aumento en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, con gran auge en los países industrializados.

Evitar el cáncer en las personas del municipio Ciego de Ávila, lleva implícito acciones en las cuales se involucran la Atención Primaria de Salud (APS), apoyada por los órganos de dirección estatal, con vinculación estrecha de los organismos políticos y de masas, para llevar a cabo programas de promoción de salud encaminados a disminuir este problema en la nueva sociedad que se construye.

Los avileños afronta dificultades en la prevención del cáncer, las cuales se manifiestan o articulan con los hábitos de vida, lo cual se ve reflejado en la morbilidad y letalidad de la población avileña, relacionado con los trastornos hepáticos crónicos como la cirrosis hepática, intoxicación por alcohol, accidentes, suicidio y los trastornos cardíacos, la vigilancia de los patrones de conducta exige alta responsabilidad familiar y colectiva para evitar los factores de riesgo.

El objetivo fundamental del artículo es describir una asociación de linfoma visceral, con otras patologías, así como revisar estos problemas de salud (Goldman, et al., 2012).

MATERIALES Y MÉTODOS

Los métodos y técnicas de investigación permitieron el análisis para procesar toda la información de la investigación, a través de medios automatizados, todos los datos obtenidos se compararon con la literatura nacional y extranjera actualizada.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

Persona C M O, con H C # 803883, de 57 años de edad, femenina, morfotipo racial blanco, con antecedentes de dermatitis crónica, alérgico a la indometacina y el ácido acetil salicílico, que desde hace alrededor de 38 días presenta fiebre de 39-40 grados centígrado, no precedida de escalofrío, que aparece en cualquier horario del día pero exacerba en horas de la tarde y al anochecer que desciende con la administración de dipirona, conjuntamente

refiere la presencia de tos con escasa expectoración blanquecina, orina de color rojo ladrillo con abundante espuma, por lo que es ingresado en la sala A del Servicio de Medicina Interna, del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" Ciego de Ávila, en la cama # 8, el día 9 de septiembre de 2012 a las 10: 30 AM, fallecido el 20 de septiembre de 2012. 6:20 AM, con una estadía de 11 días.

Examen físico: Sistema respiratorio: presencia de estertores crepitantes (húmedos) en las base de ambos hemitórax.

Sistema digestivo: Dolor a la palpación tanto superficial como profunda en el epigastrio.

Exámenes complementarios: Hemograma con diferencial y Eritrosedimentación., Aspartato aminotransferasa (ASAT), Alanina aminotransferasa (ALAT), Gammaglutamil transpeptidasa (GGT); Glucemia; Creatinina; Rx de tórax vista P- A.; Ultrasonido Abdominal.

1er día de ingreso, 11 de septiembre de 2012. 8:45 AM.

En su evolución médica diaria se describe que los parámetros vitales permanecieron inestable a predominio de la temperatura de 38.1 °C no se recoge la hora en que se elevó la misma, mantiene el resto de los síntomas y signos con los que hospitalizo.

Examen físico, permanecen aún los estertores crepitantes en ambas bases pulmonares así como el dolor en el epigastrio a la palpación.

Ese día se comienza con antibioticoterapia usando Penicilina Rapilenta i millón de unidades cada 12 horas.

Se mantiene el resto del día sin otro tipo de alteración.

2do día de ingreso, 12 de septiembre de 2012. 8:40 AM.

Permanece aún la fiebre de 38.5 principalmente en horas de la tarde.

Examen físico, se encuentran las mucosas húmedas e hipocoloreadas y permanece aún la sintomatología anteriormente mencionada.

3er día de ingreso, 13 de septiembre de 2012. 8:30 AM.

Examen físico, mucosas hipocoloreadas, los estertores crepitantes en ambas bases pulmonares así como el dolor a la palpación tanto superficial como profunda en el epigastrio.

Se reciben los complementarios indicados el día 10 de septiembre de 2012 en el ingreso:

Hemoglobina en 50 g/l.

Leucograma: LCN 8.6×10^9 , Neutrófilos: 0.48, Linfocitos: 0.58

Eritrosedimentación: 110 mm.

Ultrasonido abdominal: "Hígado homogéneo que no rebasa el reborde costal. Vesícula biliar con paredes de 7 mm sin imagen de litiasis que mide 57x30x34mm. Bazo en proyección al hilio se observa imagen ecogénica redondeada que mide 9 x 10 mm con un bazo accesorio. Riñones sin alteraciones. Vejiga normal. Próstata de tamaño normal."

4to día de ingreso, 14 de septiembre de 2012. 8:30 AM.

Persona afebril que refiere pérdida de apetito.

Examen físico, tinte icterico mantiene el dolor en epigastrio a la palpación, tanto superficial como profunda, complementarios:

Hierro sérico 11.8 mmol/L

Constantes corpusculares 7300

Conteo de reticulocitos $3 \times 10^9/L$

Conteo de plaquetas 156×10^9

5to día de ingreso, 15 de septiembre de 2012. 8: 45 AM.

La persona refiere mantener las orinas oscuras; el íctero ha aumentado en las últimas horas y al examen físico permanece el dolor anteriormente descrito; añadiéndose hepatomegalia con 3 traveses de dedo que rebasa el reborde costal, doloroso a la palpación, por lo que se le indica Ultrasonido abdominal. En sistema respiratorio no se auscultan ya estertores crepitantes.

7mo día de ingreso, 17 de septiembre de 2012. 8: 50 AM.

Persona que ha permanecido, el fin de semana, con anorexia, coluria; el íctero ha aumentado, tomando un color verdínico; se ha intensificado el dolor en epigastrio, el cual aparece de forma espontánea y se exacerba a la palpación, se irradia a todo el hipocondrio derecho, no alivia con la administración de analgésicos. La persona niega haber tenido fiebre u otro síntoma acompañante.

Se le realiza Ultrasonido abdominal: "Hígado homogéneo que rebasa 3 traveses de dedo el reborde costal. Vesícula de tamaño normal, con paredes

engrosadas que miden 8 mm; resto de las vías biliares normales. Páncreas con aumento de la ecogenicidad, homogénea. Presencia de líquido libre en cavidad abdominal”.

Este mismo día se reciben los siguientes complementarios:

Colesterol	1.6 mmol/L		
Triglicéridos	2.1 mmol/L		
Conteo de reticulocitos	2×10^{-3}		
Tiempo de protrombina	Control: 15; Paciente: 24;	INR: 1.79	
Prot. Totales y fraccionadas	Totales 60.4; Albúmina 30, Globulina 35		
Bilirrubina	Total 243, directa 147, indirecta 36		
ASAT	41	ALAT	: 69
GGT	30		

8vo. día de ingreso, 18 de septiembre de 2012. 11: 45 AM.

La persona se ha mantenido con la misma evolución del día anterior y en este momento es valorado por cirugía. El especialista llega a la conclusión de que la persona no tenía abdomen agudo en esos momentos y sugiere la valoración por Hematología, ya que ha encontrado, en el examen físico, petequias en miembros inferiores y algunos hematomas; la frecuencia Cardíaca en 112xmin. También sugiere completar el estudio de la ictericia, y mejorar el estado general de la persona.

9no. día de ingreso, 19 de septiembre de 2012. 1:10 AM.

Se llama de urgencia al médico de guardia, ya que el paciente comienza súbitamente con disnea intensa, taquicardia. El médico de guardia asiste al paciente y comprueba los siguientes signos vitales:

F Resp: 18xmin, Frecuencia Cardíaca: 86 lat.xmin, T.A.:90/60mmHg.

Abdomen distendido y doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio. El mismo decide indicar complementarios de urgencia y llamar a la guardia de cirugía por un posible abdomen agudo.

3:27AM.

El cirujano valora el caso; llegando a la conclusión de que el paciente no presenta abdomen agudo quirúrgico, y sugiere valorar en conjunto con el especialista de medicina interna que lo asiste.

11:50 AM.

Se discute el caso en colectivo y se indica Tomografía Axial Computarizada Simple de abdomen, que arroja: “Hígado homogéneo que rebasa 20mm. el reborde costal. Vesícula estimulada, no litiasis. Páncreas heterogéneo, que mide la cabeza 26x6mm, el cuerpo 25x8mm y la cola 23x5mm. Bazo homogéneo de tamaño normal; riñones normales; aorta de calibre normal, ateromatosa. Llama la atención engrosamiento de la pared anterior del estómago, de 27mm con defecto de lleno en la pared posterior que impresiona estar ocupada por alimentos. Línea hipodensa prehepática y región pararenal derecha. Derrame pleural bilateral de pequeña cuantía, con signos de pleuritis y formación de tracto fibroso.”

Se reporta de grave. Se mantiene el resto de la tarde y noche con T.A.: 80/50mmHg.; Frecuencia Respiratoria: 55xmin.; Frac. Cardíaca: 82xmin.; diuresis escasa. Se aqueja de intenso dolor abdominal y en ambos miembros inferiores. Es valorado por UCI y se queda pendiente trasladarlo en horas de la mañana para ese servicio.

10mo día de ingreso, 20 de septiembre de 2012. 6:20 AM.

La persona, de forma súbita, presenta parada cardiorrespiratoria, que es asistida por el médico de guardia, quien no puede revertir el caso y fallece.

Desde el punto de vista epidemiológico, también constituyen factores de riesgo las dietas carentes de verdura y frutas frescas, además de la ingesta de bebidas y alimentos calientes, unido a la presencia de nitrosaminas en determinados alimentos, que tienen la mayor incidencia (Cancio, et al., 2006).

Significativamente otras afecciones como el VIH/SIDA, se asocian con linfoma visceral (Hiari, 2001).

La práctica médica diaria se basa en la enseñanza de la Medicina Interna, que está experimentando numerosos cambios a los que debe adaptarse cualquier profesional de la salud, la vigencia presente y futuro del espíritu del internismo, ha impregnado numerosas actividades médicas durante el pasado y siempre tiene un apoyo final en la Anatomía Patológica, que es la que comprueba si el método clínico, fue empleado con certeza diagnóstica (Fenner, et al., 1993).

El linfoma visceral con metástasis a distancia tiene una supervivencia media de 6 meses y el tratamiento es paliativo (Fabricant, et al., 1999).

El diagnóstico diferencial del linfoma visceral, se realiza con los síndromes linfoproliferativos crónicos de expresión leucémica engloban un grupo heterogéneo de patologías que se deben a la proliferación monoclonal de células linfoides detenidas en distintas etapas de su proceso de diferenciación. Además del aspecto morfológicamente maduro de las células neoplásicas, estas dolencias tienen en común su tendencia a invadir, además de órganos linfoides como los ganglios linfáticos y el bazo, la médula ósea y sangre periférica (Islam, et al., 1999).

El diagnóstico definitivo, del caso resulto ser, un linfoma no Hodgkin visceral múltiple, bronconeumonía bacteriana bilateral a germen no precisado. Working Formulation: Inmunoblastico de células grandes .alto de grado de malignidad. Rappaport: histiocítico difuso, otros diagnósticos; toma del linfoma a hígado, pulmones y bazo, aterosclerosis severa de la aorta, coronarias, moderada de renales, cardiomegalia ligera por hipertrofia y dilatación izquierda, pulmón de estasis pasivo crónico, enfisema pulmonar, quiste urinífero de riñón izquierdo e ictericia visceral generalizada. La evolución fue inestable, con un pronóstico infausto y una supervivencia nula, hasta su muerte 11 días posteriores a su ingreso (Wikipedia, 2013).

CONCLUSIONES

Lo infrecuente del diagnóstico de linfoma visceral, nos obliga a revisar el método clínico para evitar el riesgo de tener este problema de salud sin conocerlo la persona que lo sufre. El linfoma no Hodgkin visceral múltiple, es de .alto de grado de malignidad. La práctica médica es cambiante a diario y el profesional de la salud está obligado a ello, por lo que tiene que adaptarse, con mucha fe en el futuro con el apoyo de las organizaciones de masa y políticas, dada la supervivencia media de 6 meses y que el tratamiento es paliativo, ya que la infiltración a vísceras, marca la evolución hacia la muerte, por lo que es necesario conocer esta patología, aunque es muy dolorosa para la persona sus familiares y el personal de salud que la trata.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Cáncer*, Nota descriptiva N°297.

Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh>. Visitado el 12 de febrero de 2013.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), *El cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina*. Disponible en http://new.paho.org/uru/index.php?option=com_content&task=view&id=216&Itemid=1. Visitado el 12 febrero de 2013.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), *Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión*, Washington, 2004. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-nccp.html>. Visitado el 22 de abril de 2013.

SANSÓ SOBERATS, F.J.; ALONSO GALBÁN, P. Y TORRES VIDAL, R.M.: «Mortalidad por cáncer en Cuba», *Rev Cubana Salud Pública*, 36(1), pp. 78-94. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100009&lng=es. Visitado el 23 de abril de 2013.

PÉREZ RIZO, Y.; PÉREZ DE CORCHO RODRÍGUEZ, M.A.; PÉREZ ASSEF, J.J.; ARAUJO MEJÍAS, M.; COUSE HERRERA, V.M. Y GONZÁLEZ CENDÁN, J.M.: «Problemas relacionados con la neutropenia febril en las personas con cáncer», *MediCiego*, 20(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no1_14/rev/t-8.html. Visitado el 10 de abril de 2014.

SOLER SANTANA, R.; SOLER SANTANA, A.L.; CARBONELL GARCÍA, I.C. Y BROSSARD CISNERO, M.: «Mortalidad por tumores malignos en Santiago de Cuba durante 2010», *MEDISAN*, 15(11), pp. 1510-1516. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201100110002&lng=es. Visitado el 27 de marzo de 2013.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A.I.; AREND, W.P.; ARMITAGE, J.O.; CLEMMONS, D.R.; JEFREY, M. Y DRAZEN, J.M.: *Goldman's Cecil Medicine*, 24th ed. EEUU, Saunders, an Elsevier, 2012.

CANCIO ENRIQUE, I.; SÁNCHEZ FUENTES, J.; REYMOND GONZÁLEZ, V. Y LÓPEZ RODRÍGUEZ, V.J.: *Información básica sobre la atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA*, Lazo Adentro, La Habana, 2006.

HIRAI, K.: *Current Topics in Microbiology and Immunology: Marek's Disease (Current Topics in Microbiology and Immunology)*, Springer, Berlin.

FENNER, F.J.; GIBBS, E.; PAUL, J.; MURPHY, F.A.; ROTT, R.; STUDDERT, M.J.; WHITE, D.O.: *Veterinary Virology*, (2nd ed.), Academic Press, Inc.

FABRICANT, C.G. Y FABRICANT, J.: «Atherosclerosis induced by infection with Marek's disease herpesvirus in chickens», *Am Heart J.* 1999, Nov. 138 (5 Pt 2), S465-8.