

Linfoma periférico de células T

Mario José Cárdenas¹ y Erwin González Maza²

Resumen

Los linfomas periféricos de células T generalmente afectan a personas mayores de 60 años y se diagnostican con un poco más de frecuencia en hombres que en mujeres. Sin embargo, también se diagnostican linfomas periféricos de células T en adultos jóvenes y en niños. Se presenta el caso de un joven de 13 años de edad que presenta síntomas y un síndrome del lóbulo medio ocasionado por ganglios perihiliares secundarios a un linfoma periférico de células T.

Palabras clave:

Síndrome del lóbulo medio, linfoma periférico de células T, linfoma de células T, ganglios perihiliares.

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

DATOS GENERALES

Paciente masculino, de 13 años de edad, estudiante y soltero. Residente de Ciudad Vieja, Sacatepéquez.

MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Un mes previo a la consulta, el paciente fue evaluado en dos ocasiones por disnea. El paciente consulta a un facultativo, que le indica uso de agonistas beta-2 inhalados y antibiótico por vía oral durante 10 días. Sin embargo el paciente continúa con disnea, por lo que se consulta por emergencia en el Hospital Pedro de Bethancourt (HPB). Fue ingresado en nuestro centro hospitalario por presentar disnea severa en reposo y cianosis peribucal. La disnea fue progresando desde aparecer a grandes esfuerzos hasta presentarse en reposo. Se asoció a tos sin expectoración y sin predominio de horario. Refiere fiebre ocasionalmente que alivia con antipiréticos orales.

1 Residente de 3er año de Medicina Interna. Hospital Pedro de Bethancourt

2 Jefe de Departamento de Medicina Interna. Hospital Pedro de Bethancourt

EXAMEN FÍSICO

Al ingreso el paciente presentaba, pérdida de peso importante de 20 libras aproximadamente en el último mes, frecuencia cardiaca de 128 por minuto, frecuencia respiratoria de 40 por minuto, saturación de oxígeno de 72% al 21% de FIO₂. Se encontraba disneico en reposo con aleteo nasal, cianosis peribucal y presentaba adenopatías múltiples de 0,3 a 0,5cm en el cuello y en la región posterior y medial del esternocleidomastoideo. El tórax parece asimétrico, se percute matidez del campo pulmonar derecho en la región anterior, así como aumento de las vibraciones vocales al mismo nivel. Se auscultan pectoriloquia en la región derecha medial y anterior y sibilantes espiratorios a este mismo nivel. Presenta edema leve de miembros inferiores en la región maleolar.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Se le realiza examen de Hematología que muestra valores de glóbulos blancos en 10 000, 73% de neutrófilos; hemoglobina en 14gr/dl; hematocrito en 41,70% y velocidad de eritrosedimentación de 30mm/hora.

La química sanguínea evidencia los valores siguientes:



Figura 1. Imagen de rayos X



Figura 2. Tomografía pulmonar

creatinina 0,61mg/dl; BUN 10,14mg/dl; glucosa 90mg/dl; albumina 2,72 g/dl; TGO 53 U/L; TGP 93 U/L; LDH 665; sodio 12 y potasio 3,9.

Los valores de gases arteriales fueron: pH de 7,43; pCO₂ de 25mmHg; pO₂ de 47mmHg; HCO₃ de 16,6mmol/L; de lactato: 1,5mmol/L. La prueba rápida para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) resultó no reactiva. En el frotis periférico no aparecieron células inmaduras, ni cambios de importancia.

Los rayos X revelan signos indirectos de atelectasia del lóbulo medio, con tracción de la silueta cardíaca y también del diafragma derecho (Figura 1). Se realizan 5 baciloscopías que fueron negativas para bacterias alcohol ácido resistentes. La tomografía pulmonar muestra hiperdensidades pulmonares derechas, con presencia de broncograma aéreo y se evidencian también múltiples nódulos perihiliares y bronquiales derechos (Figura2). Debido a la severidad del caso paciente es ingresado en la unidad de cuidados intensivos en donde recibe tratamiento con antibiótico y se comienza a administrar agonistas β-2 de acción rápida y esteroides inhalados. Se decide realizar broncoscopia y biopsias de la mucosa bronquial.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El resumen de los hallazgos evidencia un síndrome del lóbulo medio,(1) ocasionado por obstrucción bronquial extrínseca por nódulos perihiliares que pueden ser causados por diferentes patologías. Sin embargo debido a la edad del paciente y al área endémica se tienen dos grandes sospechas: infección por tuberculosis pulmonar o ganglionar, o un proceso neoplásico. Entre las causas malignas de nódulos o ganglios intratorácicos que no se asocian a procesos infecciosos ya sea virales o micóticos, se encuentra como principal sospechoso el linfoma, que puede ser principalmente de origen mediastínico.(2) Debido a que el paciente no presentaba hepatomegalia o esplenomegalia, y no se correlacionó con un proceso infeccioso viral continúa la sospecha de tuberculosis o un proceso neoplásico apoyado por la historia de fiebre y pérdida de peso.

Se realiza broncoscopia con la toma de 8 muestras para biopsia de la mucosa bronquial, fijadas en formalina, que miden aproximadamente 0,5 x 0,2 x 0,1 cm.

El reporte de patología indica: cortes de parénquima pulmonar con aproximadamente 50% del área tisular necrótica y alveolos con septos engrosados debido a un infiltrado inflamatorio. Se aprecia perivascularitis linfocítica y agregados linfoides. No se evidencian granulomas o membrana hialina. Con tinción de Giemsa se observa un frotis hemorrágico y células columnares bronquiales sin anomalía. La tinción de Kinyoun resultó negativa para micobacterias. En resumen se propone como diagnóstico: neumonitis intersticial.

Debido a complejidad del caso se decide referir muestras a la Universidad de Stanford en California, Estados Unidos.

INMUNOHISTOQUÍMICA

Se realizaron marcadores específicos para CD3, los cuales fueron positivos evidenciando un infiltrado de linfocitos T. Además se realizó una prueba de virus Epstein-Barr, la cual fue “altamente” positiva. Por otro lado, se realizaron marcadores para CD30, que también resultaron positivos. Por último, los marcadores para granulocitos CD56 y CD15 fueron negativos.

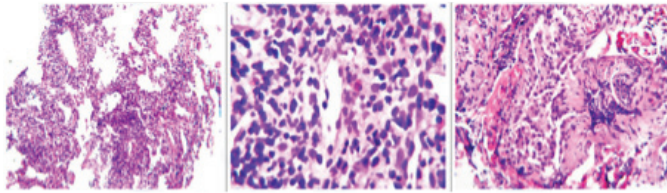
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Síndrome del lóbulo medio, ocasionado por un linfoma periférico de células T, positivo al virus de Epstein-Barr y a CD30.

■ DISCUSIÓN

Los linfomas se pueden dividir en dos tipos principales: el linfoma no Hodgkin y el linfoma de Hodgkin (o enfermedad de Hodgkin).

Los linfomas no Hodgkin pueden derivar de linfocitos B o T. Pueden ser de linfocitos tipo B, que son los que ayudan al organismo ante las infecciones mediante la producción de anticuerpos; o T, que protegen frente a los virus, hongos y bacterias.(3) Entre el 10 y el 15 por ciento de todos los



pacientes con linfoma no Hodgkin tiene un subtipo de linfoma de células T. Los linfomas periféricos de células T generalmente afectan a personas mayores de 60 años y se diagnostican con un poco más de frecuencia en hombres que en mujeres. Sin embargo, también se diagnostican linfomas periféricos de células T en adultos jóvenes y en niños. Los linfomas periféricos de células T son enfermedades poco comunes en los Estados Unidos. Algunos tipos de linfomas periféricos de células T son más comunes en Asia, África y el Caribe, posiblemente debido a la exposición a virus tales como el virus de Epstein-Barr (EBV, por sus siglas en inglés) y el virus humano de la leucemia de células T tipo 1 (HTLV-1, siglas en inglés).

Los linfomas de células T tienen un comportamiento agresivo, con rápido crecimiento y extensión. Diversos estudios han identificado factores que predicen el pronóstico de los pacientes con linfoma T. Teniendo un mejor pronóstico aquellos pacientes con: CD30 positivo, LDH normal, edad joven, ausencia de afectación de la médula ósea y un tamaño tumoral pequeño.(4)

Peripheral T-cell lymphoma

Abstract

Peripheral T-cell lymphomas usually affect people older than 60 years and are diagnosed slightly more frequently in men than women. However, peripheral T-cell lymphomas are also diagnosed in young adults and children. We present the case of a 13-year-old boy with symptoms and a middle lobe syndrome caused by perihilar lymph nodes secondary to peripheral T-cell lymphoma.

Key words:

Middle lobe syndrome, peripheral T-cell lymphoma, T-cell lymphoma, perihilar ganglia.

■ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano PM, Pérez-Ortiz E, Puchaes-Manchón C. Síndrome del lóbulo medio. Rev Soc Española Emerg Urg 2009;21;475.
2. Viveros-Vargas JP, Hurtado-Monroy R. Adenomegalia. Artículo de revisión. Rev Fac Med UNAM. 2011;54:10-23.
3. Provencio M, Sánchez AC. Linfoma no-Hodgkin de Células T. (I parte) En: Linfoma de células T. Información general sobre la enfermedad. Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia (AEL) 2009. pp 1-34.
4. Leukemia & Lymphoma Society. Información sobre el linfoma periférico de células T. 2012.

Securing a child's future needs to start during parents' teen years

• ScienceDaily, February 21, 2018.



Researchers from the Murdoch Children's Research Institute (MCRI) and the University of Melbourne said that taking action once a woman knows she is pregnant is often starting too late. Young women and

men often carry lifestyle and health risks from adolescence into pregnancy, they added, even if this happens in their 20s or 30s.

Lead author Prof. George Patton said: "The first 1000 days of a child's life are crucially important, but that is too late to be taking action. Current policies to promote the best possible start to life in Australia along with most other countries are starting too late.

"Health and lifestyle in the months immediately before pregnancy matters for both young mothers and fathers-to-be," he said.

"The health system now only kicks into action with a woman's first antenatal visit, most often eight to 14 weeks into a pregnancy. We need the health service system to be engaged before pregnancy and it

should go beyond its current focus on contraception to tackle broader health risks and emotional well-being in both young women and men.

"Today's adolescents will be the largest generation to become parents in human history. We need to invest in their physical, social and emotional development to guarantee not only their own future health but that of their children."

The paper brought together data from around 200 countries and from more than 140 recent research papers. It considered mechanisms other than genes for how health and growth was transmitted between generations, including changes in a father's sperm or a mother's ovum, maternal influences around the time of conception and in later pregnancy, and parenting in the first two years after birth.

In high and middle income countries, the paper highlighted three main areas for action in adolescence: mental health, obesity and substance abuse.

Professor Patton said: "Maternal depression during pregnancy may affect a baby's development before birth and the mother-child bond after birth. Both depression in pregnancy and after birth are generally a continuation of pre-pregnancy mental health problems that date back to adolescence."

"Some risks for children like parental obesity and depression need a long-term approach. At a time when

obesity, mental health problems and heavy substance use have become common in young adults, prevention beginning in adolescence will be essential."

For many lower income countries, the paper recommended major actions around ending child marriage, delaying first pregnancy through contraception and girls staying in school, and tackling under-nutrition.

"We need health services to go beyond a traditional focus on reproductive health, to a more comprehensive and integrated engagement with adolescent and young adult health".

Current research suggests that physical and neurological growth continues into the 20s. This, combined with social changes such as the later adoption of adult roles, means adolescence is better considered to range between 10 and 24. Prof Susan Sawyer said: "An extended adolescence creates an opportunity for this generation to acquire greater assets and capabilities and that will make a huge difference not only for themselves but for their children."

Source: www.sciencedaily.com/releases/2018/02/180221131932.htm