



ABDOMEN AGUDO NEOPLÁSICO EN PACIENTE CON VIH/SIDA

ACUTE ABDOMEN SECONDARY TO NEOPLASM IN A HIV/SIDA PATIENT

Herrera-Lomónaco Sandra¹

Barrios-Barreto Rina²

Angulo-Díaz Indira³

Oliveros-Jiménez Diana³

Correspondencia: ndirapangulod@gmail.com

Recibido para evaluación: marzo-4-2014. Aceptado para publicación: septiembre-8-2014.

RESUMEN

Introducción: los pacientes con VIH/SIDA pueden presentar como complicaciones, cuadros de abdomen agudo que pueden ser de tipo infeccioso, neoplásico o idiopático. La frecuencia de neoplasias epiteliales, mesenquimales y hematolinfoides, suelen estar incrementadas en los enfermos de VIH/SIDA.

Caso clínico: paciente masculino de 23 años de edad, con diagnóstico de VIH realizado tres años antes y sin tratamiento regular de la terapia antirretroviral, por haberla suspendido voluntariamente. Presentó cuadro de dos días de evolución consistente en diarrea, dolor en fosa iliaca derecha, emesis y signos clínicos de irritación peritoneal. Con diagnóstico de abdomen agudo secundario a apendicitis aguda, fue llevado a laparotomía. En el acto quirúrgico se encontró perforación intestinal en región ileocecal. Se realizó desbridamiento, enterorrafia y apendicectomía, con adecuada recuperación postoperatoria. El diagnóstico histopatológico fue linfoma no-Hodgkin B difuso de células grande (LBDCG) de región ileocecal. Dado de alta para manejo oncológico e integral del VIH/SIDA.

Conclusión: el LBDCG es el tipo de linfoma más frecuentemente reportado en asociación con el VIH/SIDA. El caso presentado es inusual, y la perforación intestinal llevó a abdomen agudo simulando un evento apendicular. La falta de uso de terapia antirretroviral, probablemente contribuyó a desarrollo y evolución del LBDCG. **Rev. cienc.biomed. 2014;5(2):351-356.**

PALABRAS CLAVE

Abdomen agudo; Neoplasia; Linfoma no-Hodgkin; VIH.

SUMMARY

Introduction: patients with HIV/SIDA might present as complications, symptoms of acute abdomen that could be of infectious, neoplastic or idiopathic etiology. The frequency of epithelial, mesenchymal and hemato-lymphoid neoplasm, tend to be increased in the HIV/SIDA patients.

Case report: a 23-year-old male with diagnosis of HIV since three years ago and without regular antiretroviral treatment due to voluntary suspension. He presented symptoms

¹ Médico. Especialista en Patología. Docente. Departamento de Diagnóstico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

² Médico. Estudiante de Postgrado. Patología. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

³ Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia.

of two days of evolution consistent in diarrhea, pain in right iliac region, vomiting and clinical signs of peritoneal irritation. Then, with diagnosis of acute abdomen secondary to acute appendicitis, he was carried to laparotomy. During the surgery procedure, intestinal perforation in the ileocecal region was found. Debridement, enterorrhaphy and appendectomy were done, with adequate postoperative improvement. The histopathological diagnosis was Diffuse Large-B-cell Non-hodgkin Lymphoma of the ileocecal region. He was discharged for the oncological and integral management of the HIV/SIDA.

Conclusion: the Diffuse Large-B-cell Non-Hodgkin Lymphoma is the type of lymphoma most frequently reported in association with the HIV/SIDA. The presented case is unusual, where the intestinal perforation caused acute abdomen imitating appendicular event. The lack of use of antiretroviral treatment probably contributed to the development and evolution of the Diffuse Large-B-cell Non-Hodgkin Lymphoma. **Rev. cienc.biomed.2014;5(2):351-356.**

KEYWORDS

Acute abdomen; Neoplasm; Non-Hodgkin lymphoma; HIV.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la fase final de la infección por el VIH. Entre sus características se destaca la disminución del número de linfocitos T-CD4+ y la consecuente alteración del sistema inmunitario, situación que incrementa el riesgo de contraer infecciones oportunistas o enfermedades neoplásicas que en ocasiones pueden ser letales (1,2).

Una de las manifestaciones clínicas más comunes en estos pacientes son los síntomas abdominales, con una prevalencia aproximada del 50% a 90% del total de los enfermos con SIDA, en algún momento de la enfermedad (3,4).

El cuadro de abdomen agudo puede ser infeccioso, neoplásico o idiopático. De igual forma, las neoplasias epiteliales, mesenquimales y hematolinfoides, suelen estar incrementadas (3). Los linfomas no-Hodgkin se pueden presentar en el 3% de los pacientes con VIH, siendo 60 veces más frecuentes que en la población general. Los tipos histológicos más frecuentes son el Linfoma B Difuso de Células Grandes (LBDCG) y el Linfoma de Burkitt. Las localizaciones extranodales suelen predominar en el sistema nervioso central y en el tracto gastrointestinal (1-4).

El objetivo es estudiar el caso de un paciente con VIH/SIDA, que presentó cuadro clínico de abdomen agudo de aparente origen apendicular.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 23 años de edad, con diagnóstico de VIH de tres años de evolución, sin tratamiento al momento de la consulta, que había suspendido voluntariamente desde tiempo atrás. Ingresó por cuadro clínico de dos días caracterizado por deposiciones diarreicas, picos febriles no cuantificados, dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, emesis y distensión abdominal marcada.

Negó antecedentes quirúrgicos, transfusiones, alergias y eventos asociados al VIH. Al examen físico de ingreso se encontró: Tensión arterial: 130/86 mm/Hg, frecuencia cardíaca: 104 latidos x minuto, frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto, temperatura oral: 39°C y SaO₂: 99%.

Paciente en regulares condiciones músculo nutricional, palidez mucocutánea leve, normocéfalo, taquicárdico, murmullo vesicular universal, abdomen depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en mesogastrio, hipogastrio y fosa iliaca derecha. Presencia de signos de irritación peritoneal, Bloomberg positivo y Rovsing positivo.

Se determinaron, niveles de hemoglobina: 7.7 gr/dl., leucocitos: 14.920 /mm³; linfocitos T- CD4 (ayudadores): 26/ μL; linfocitos T-CD8 (citotóxicos): 104 / μL; Carga viral: 36.000 copias/ml y PCR: 18.3. Ecografía abdominal: hepatomegalia y líquido libre en cavidad abdominal e interasas. TAC abdominal: gran cantidad de líquido libre en cavidad

abdominal, derrame pleural leve bilateral, atelectasia basal izquierda e imagen sugestiva de pequeño neumotórax derecho. Con diagnóstico de abdomen agudo secundario a apendicitis aguda, fue programado para cirugía de urgencias.

Se realizó laparotomía exploratoria, encontrando perforación intestinal a nivel de la región ileocecal, con signos de peritonitis. Se realizó desbridamiento de la zona perforada más enterorrafia y apendicetomía. Posterior al evento quirúrgico el paciente fue trasladado a UCI para manejo médico con diagnóstico de sepsis de origen gastrointestinal, con evolución satisfactoria. Posteriormente, fue dado de alta, para manejo y seguimiento por oncología clínica, así como manejo integral del VIH/SIDA.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria reportó: proliferación de células grandes vesiculares de citoplasma escaso, con patrón de crecimiento difuso, entremezclados con linfocitos maduros y ulceración, en el área de la perforación de la región ileocecal (Figuras N°1, N°2 y N°3). En el apéndice cecal, se observaron cambios de inflamación aguda periapendicular.

Se realizó estudios de inmunohistoquímica, observándose reactividad difusa de CD-20 en la población de células grandes con co-expresión de CD-30, BCL-2, reactividad en células T acompañante para CD3 e índice de proliferación celular elevado, medido con ki-67 (70%). Los hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos confirmaron el diagnóstico de LBDCG de región ileocecal.

DISCUSIÓN

Los linfomas de células B en individuos portadores del VIH son más frecuentes que en la población general. Además, la enfermedad se comporta de forma más agresiva, siendo el LBDCG, el de mayor prevalencia, 50% de los casos, seguido del linfoma de Burkitt que tiene prevalencia del 40% (5,6).

La población norteamericana e hispana es más susceptible al desarrollo de LBDCG, mientras que en África y países asiáticos, la incidencia es menor. En América del nor-

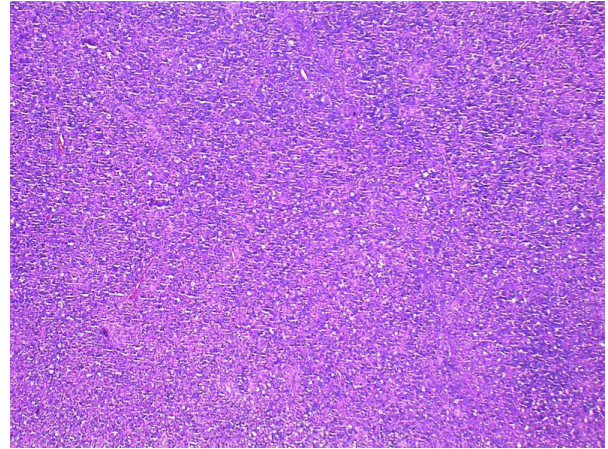


Figura N° 1.

Proliferación monótona de células de tamaño grande. Región ileocecal. H&E-4x.

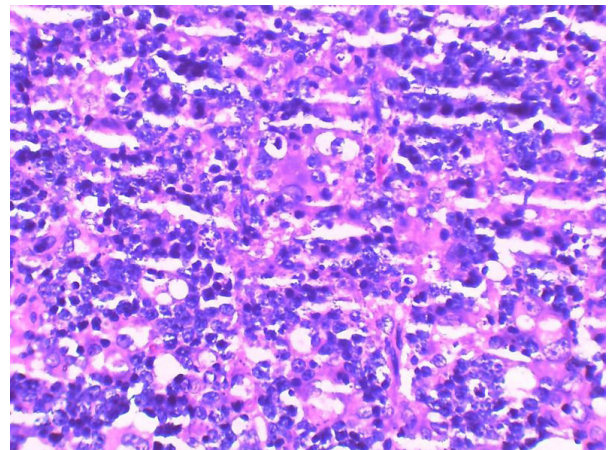


Figura N° 2.

Células vesiculares de citoplasma escaso, con patrón de crecimiento difuso, entremezcladas con linfocitos maduros. Región ileocecal. H&E-10x.

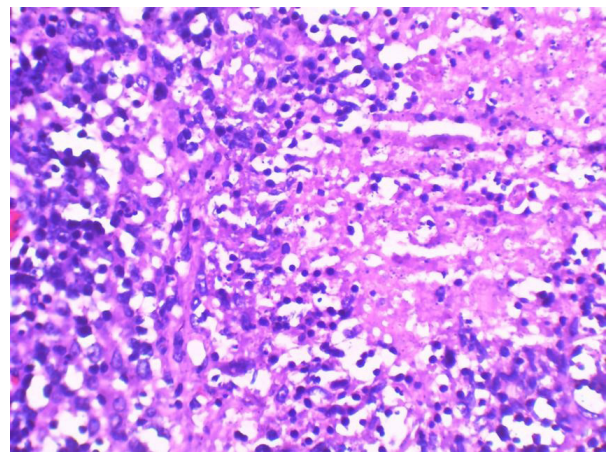


Figura N° 3.

Células neoplásicas rodeadas de tejido de granulación. Zona de ulceración. Región ileocecal. H&E-40x.

te el riesgo relativo en personas de raza blanca es mayor en comparación con los de raza negra, lo cual posiblemente se relaciona con la regulación genética del sistema inmune (6). En los reportes de literatura mundial no se ha identificado variabilidad con relación al sexo. En Colombia no se cuenta con registros epidemiológicos de esta patología, en portadores del VIH.

Se ha encontrado que en los pacientes inmunosuprimidos, la ausencia de regulación en las acciones celulares mediadas por linfocitos T, puede explicar el riesgo aumentado para linfoma no-Hodgkin, asociado a alteraciones en el desarrollo de la célula B, debido a la presencia de viriones que interactúan con la proteína CD40L, las cuales participan en las vías de activación celular, contribuyendo a reordenamientos en el DNA, hipermutaciones somáticas y cambios en la respuesta inmunitaria. Por tanto, la disminución progresiva del conteo de linfocitos CD4 por debajo 50/ μ L asociado a la presencia de RNA viral mayor de 100.000 copias/ μ L, favorece el desarrollo de la neoplasia (7-10).

En el presente caso, los paraclínicos mostraron déficit de CD4 ayudadores (26/ μ L) y ausencia del uso de terapia antirretroviral, lo que pudo contribuir al desarrollo de la enfermedad. La presencia de infecciones concomitantes como el virus de Epstein-Barr, se ha relacionado con mayor riesgo relativo de LBDCG y específicamente de la variante plasmocitoide. De igual, forma existen reportes en la literatura de esta entidad asociada con sarcoma de Kaposi-Herpes Virus (KSHV) y Enfermedad de Castleman multicéntrica, entre otras (7-9).

Los sitios comunes de localización extraneal de LBDCG son por orden de frecuencia: tracto gastrointestinal, siendo el 75% de los casos en estómago y duodeno, médula ósea, hígado, pulmón y sistema nervioso central (11,12). Se han descrito casos excepcionales de localización cutánea, incluyendo piel de la cara (13,14).

La principal manifestación sistémica suele ser la presencia de fiebre. Los síntomas gastrointestinales, se manifiestan con mayor

frecuencia con dolor abdominal, náuseas, diarrea y sangrado de vías digestivas (12).

El abdomen agudo en pacientes con VIH es de difícil diagnóstico dada la variedad de patologías que lo puede presentar. Los diagnósticos más reportados son: ileitis terminal, colecistitis aguda alitiásica, colecistitis aguda litiásica y linfomas (15). Según Ferat y González (15) desde el punto de vista histológico, las principales situaciones de abdomen agudo quirúrgico en pacientes con VIH son los linfomas, seguidos de la colecistitis crónica y la tuberculosis hepática.

Las perforaciones intestinales y cuadros apendiculares son menos frecuentes, ocupando el cuarto y el sexto lugar entre los hallazgos quirúrgicos, respectivamente. En el caso actual, el paciente presentó cuadro clínico sugestivo de apendicitis aguda y fue intervenido quirúrgicamente, encontrando perforación a nivel de región ileocecal. Finalmente, el estudio histopatológico arrojó el diagnóstico de linfoma no-Hodgkin tipo LBDCG, en concordancia con lo reportado mundialmente, como la variante más frecuente de linfomas de localización extraneal. (12,15).

En abdomen agudo quirúrgico en pacientes con VIH/SIDA, la tasa de mortalidad es entre 20 y 25%. Sin embargo, estas cifras han sido analizadas en paciente con cirugías electivas, no se tienen estimaciones en procedimientos quirúrgicos de urgencias (15).

El tratamiento del LBDCG en los pacientes con VIH/SIDA se debe iniciar tempranamente. Teniendo en cuenta: edad, existencia de otras afecciones orgánicas fuesen cardíacas, renales, pulmonares o hepáticas. Se debe identificar la presencia de todas las otras enfermedades oportunistas asociadas al SIDA. Existen protocolos concretos para la terapia a pacientes con SIDA y linfomas. La quimioterapia consiste en la combinación de fármacos que destruyen células malignas, siendo el estándar para tratamiento el régimen CHOP (ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisolona). Otra alternativa es el tratamiento con radiación, a través del cual se pretenden eliminar células malignas y reducir el tamaño tumoral. La combinación de la

radiación y la quimioterapia constituyen el tratamiento empleado con mayor frecuencia, ajustado a las necesidades individuales del paciente (16,17).

El adecuado control de la infección del VIH/SIDA con terapia antirretroviral altamente activa (HAART), ha tenido un efecto significativamente favorable en el pronóstico de los LBDCG en pacientes infectados por el virus del VIH. La información disponible apunta a que con estos esquemas se pueden obtener respuesta completa y supervivencias prolongadas (18).

Es razonable pensar que el pronóstico de los pacientes con LBDCG y VIH/SIDA, que reciban HAART será cada vez más parecido al de la población general y estará menos condicionado por la historia natural de la infección por el VIH.

En el presente caso el paciente, no ha recibido HAART, posee recuento bajo de linfocitos CD4 ayudadores y condiciones músculo nu-

tricionales regulares, situación que le puede limitar un tratamiento de tipo oncológico adecuado para el LBDCG, lo que pudiese indicar pronóstico desfavorable.

CONCLUSIONES

El LBDCG es una patología que se puede asociar al VIH/SIDA. Debe hacer parte de los potenciales diagnósticos cuando un enfermo del VIH presente abdomen agudo. La intervención temprana y el manejo adecuado del VIH/SIDA con protocolos HAART contribuyen a esperar menor presencia del LBDCG y mejores resultados en el manejo.

CONFLICTOS DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de los autores. Honorarios profesionales, costos clínicos, quirúrgicos, imagenológicos y de laboratorios fueron cubiertos por la atención asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vinay K, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins & Cotran. Pathologic basis of disease. Elsevier Health Sciences. 2009;1:607-10.
2. De La-Serna J. Linfoma B difuso de células grandes. Madrid:AEAL. 2011, 19-25.
3. Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E. Incidence of haematological malignancy by subtype: a report from the Haematological Malignancy Research Network. Br J Cancer. 2011;105(11):25-6.
4. Morton LM, Wang SS, Devesa SS, Hartge P, Weisenburger DD, Linet MS. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States, 1992-2001. Blood. 2006;107:265-76.
5. Czepiel J, Kluba-Wojewoda U, Biesiada O, Mach T, Garlicki A, et al. The case of a diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) in a course of HIV. HIV & AIDS Review. 2010; 9(1):22-5.
6. Skrabek P, Turner D, Seftel M. Epidemiology of lymphoma no-Hodgkin. Transfus Apher Sci. 2013;43:133-38.
7. Wiggill T, Mayne E, Willem P. Challenges in Lymphomas diagnosis in HIV Positive Patients in South African Setting. Transfus Apher Sci. 2013;49:157-62.
8. 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.
9. Tedeschi R, Bortolin M, Bidoli E, Zannussi E, Pratesi C, Vaccher E, et al. Assemente immunovirological features in HIV related non-Hodgkin lymphoma patients and their impact on outcome. J of Clinical Virology. 2012;53:297-01.
10. Bortolin MT, Tedeschi R, Bidoli E, Zanussi S, Pratesi C, Vaccher E, Tirelli U, De Paoli P. Multiplex analysis of blood cytokines as prognostic tool in HIV related non-Hodgkin lymphoma patients: A potential role of interleukin-7. Cytokine. 2012;60(1):90-5.
11. Martelli M, Ferreri A, Agostinelli C, Di-Rocco A, Pirelli SI. Diffuse large B lymphoma. Critical Reviews in Oncology Hematology. 2013;87:146-71.
12. Kaplan L. HIV- associated lymphoma. Best Practic Res Clin Haematol. 2012;25(1):101-17.
13. Ocampo-García K, Dolores-Velázquez R, Barrera-Franco M, Requena J, Heredia M. Linfoma no Hodgkin centofacial relacionado a VIH. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2012;34(2):75-80.
14. Braz J. Non Hodgkin's lymphoma with cutaneous involvement in AIDS patients. Report of five cases and review of the literature. Infect Dis. 2010;14(1):81-85.
15. Ferat-Osorio E, Guzmán-Valdivia G, Rosales L, Treviño S. Características clínicas y evolución de pacientes con SIDA y dolor abdominal agudo. Gac Méd 2005;141(5):357-62.
16. Levine AM, Tulpule A, Espina B. Liposome encapsulated doxorubicin in combination with standard agents (cyclophosphamide, vincristine, prednisone) in patients with newly diagnosed AIDS rela-

- ted non Hodgkin's lymphoma: results of therapy and correlates of responde. J. Clin Oncol. 2004;22:62-70.
17. Cofiño E, Bandera JF, Berdasquera D, Rodríguez F. Linfoma no Hodgkin en pacientes con SIDA: una reflexión necesaria. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2007;23(4):25-30.
 18. Miralles P, Berenguer J, Ribera JM, Calvo F, Díaz J, Díez-Martín JL et al. Recomendaciones de GESIDA/PETHEMA sobre el diagnóstico y el tratamiento de los linfomas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin. 2008;130:300-11.



**Universidad
de Cartagena**
Fundada en 1827

**REVISTA CIENCIAS
BIOMÉDICAS**

Es el órgano de información científica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Colombia.

Publique su trabajo en esta revista enviando su manuscrito a:
revistacienciasbiomedicas@unicartagena.edu.co
www.revistacienciasbiomedicas.com

Revista ciencias Biomédicas es una publicación independiente, imparcial, abierta, revisada por pares, de elevada visibilidad internacional, con circulación online e impresa. Publica artículos en todas las modalidades universalmente aceptadas en inglés y en español, de temas referentes con

todas las ciencias biomédicas, incluyendo ámbitos clínicos, epidemiológicos o de estudios básicos.

El sistema de gestión de manuscritos es rápido y justo.

Revista Ciencias Biomédicas está incluida en varias bases de datos latinoamericanas e internacionales.

Antes de enviar su manuscrito, revise las recomendaciones para los autores, presentes en:
www.revistacienciasbiomedicas.com
www.revistacienciasbiomedicas.com.co