

Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo

Large T-cell lymphoma in an HIV patient: a case study

Gandikota Raghurama Rao

M.D., Profesor, Director, Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra, GSL Medical College, Rajhamundry, India

N. Ram Koteswara Rao, M.D., Profesor, Director, Departamento de Patología, GSL Medical College, Rajhamundry, India

P. Ravi Mohan, M.D, D.M., Profesor Asociado, Departamento de Medicina, Andhra Medical College, Visakhapatnam, India

Y. Hari Kishan Kumar, M.D., Profesor Asociado, RRMCH, Bangalore, India

Amareswar Asapu, DDVL, F.H.M., Dermatólogo Consultor, Surya Skin Care and Research Center, Visakhapatnam, India

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida <i>(Quick Response Code, QR)</i>
	 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores. www.siicsalud.com/dato/casiic.php/145899

■ Introducción

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan alto riesgo de infecciones oportunistas y neoplasias malignas. Antes de la era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), las neoplasias malignas eran responsables del 10% de las muertes relacionadas con el VIH. Con la TARGA, las infecciones disminuyeron drásticamente, pero los pacientes con VIH aún tienen 1.5 a 2 veces más riesgo de cáncer.¹ Aunque el linfoma no Hodgkin de células B es la neoplasia encontrada con mayor frecuencia, los pacientes con infección por VIH también se ven afectados por enfermedades malignas de las células T.

El linfoma de células T grandes (CD30+ o CD30-) o linfoma anaplásico de células grandes (LACG), que es el segundo tipo más frecuente de neoplasia maligna originada en las células T, también ha sido informado en pacientes con infección por VIH.² Se presenta habitualmente como variante cutánea o sistémica primaria.

Aunque ambas variantes son idénticas morfológicamente, difieren en sus características clínicas y tratamiento. Hasta la fecha, la presencia de linfomas de células grandes CD30+ en individuos VIH positivos se limita a unos pocos informes de casos y pequeñas series de pacientes.³⁻⁶

■ Caso clínico

Se presentó un hombre de 30 años, VIH positivo, con una formación de crecimiento exofítico en la axila izquierda con múltiples lesiones satélites nodulares sobre el lado izquierdo del tórax, de tres meses de evolución. El paciente presentaba fiebre con tos y expectoración, además de una diarrea crónica de dos meses de evolución; también, había notado pérdida de peso. La enfermedad por VIH se había detectado un año atrás y no estaba bajo tratamiento con TARGA. En el examen físico se encontró una gran masa exofítica de 10 x 6 cm en la axila izquierda. La masa, de aspecto fungoide, era blanda, friable, sangrante al contacto y no se fijaba a estructuras subyacentes. Por debajo del crecimiento exofítico había múltiples lesiones satélites y unos pocos nódulos sobre el esternón (Figura 1a y 1b); asimismo, toda la piel del

área pectoral izquierda estaba eritematosa e indurada. Los ganglios linfáticos cervicales, axilares e inguinales del lado izquierdo estaban aumentados de tamaño; también se comprobó una leve hepatoesplenomegalia. Se observó restricción de los movimientos torácicos en el lado izquierdo, con presencia de crepitantes bilaterales. El sistema nervioso y el aparato cardiovascular eran normales al examen físico.

Como diagnósticos diferenciales se consideraron tuberculosis cutánea, micosis profunda y linfoma. Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del paciente. Presentaba un recuento de CD4+ de 274 células/ μ l, con una cifra de ARN de VIH por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de 160 000 copias. Los valores de los análisis hematológicos y bioquímicos estaban dentro de los límites normales, con excepción de la hemoglobina (10.4 g/dl) y la lactato deshidrogenasa (LDH: 940 U/l).

Las muestras y los cultivos de la masa fungoide fueron negativos para bacterias y hongos; asimismo, la tinción para bacilo



Figura 1 a y b. Masa exofítica con lesiones asociadas.

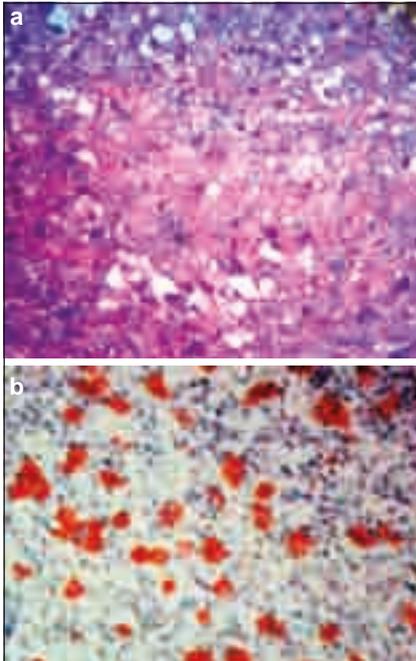


Figura 2 a y b. Inmunohistoquímica. Tinciones para CD30 y CD45.

los ácido-alcohol resistente de las muestras fue negativa para *M. tuberculosis*. Se tomaron biopsias de la masa exóftica y también de los nódulos, las cuales revelaron que la masa tumoral estaba compuesta por células grandes con núcleos vesiculares y nucléolos prominentes, dispuestas aisladamente y en forma de láminas, sin un patrón de diferenciación específico; algunas células eran binucleadas y otras multinucleadas.

En la periferia se observaron infiltrados de linfocitos pequeños. La piel de la superficie estaba parcialmente ulcerada y cubierta por material necrótico. El estudio inmunohistoquímico reveló células CD30+ (Ki-1) y CD45- (Figura 2a y 2b). La citología del material obtenido por punción aspiración con aguja fina (PAAF) de los ganglios linfáticos cervicales informó linfocitos atípicos; la punción de médula ósea no reveló células anormales.

Los estudios de tomografía computarizada (TC) y radiografías del tórax fueron normales, y la ecografía abdominal reveló hepatoesplenomegalia leve. Sobre la base de estos hallazgos se estableció el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células grandes CD30+. Se inició el tratamiento



Figura 3. Remisión posterior al tratamiento.

simultáneamente con TARGA (tenofovir más lamivudina más efavirenz) y esquema CHOP (ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina y prednisona). Luego de seis ciclos, el tumor había remitido completamente sin dejar rastros (Figura 3).

El paciente toleró el tratamiento sin manifestar reacciones adversas. No hubo recurrencias durante el período de seguimiento de un año, pero posteriormente no se presentó para continuar el seguimiento.

Discusión

Los pacientes con infección por VIH presentan mayor riesgo de neoplasias malignas durante el curso de la enfermedad. El linfoma no Hodgkin de células B se ha convertido en una de las enfermedades marcadoras de sida más frecuentes. Aunque los linfomas de células T continúan siendo raros entre los pacientes con VIH, se presentan con mayor frecuencia que en las personas inmunocompetentes.³ El linfoma de células grandes CD30+ puede aparecer como enfermedad de tipo visceral o cutáneo. El linfoma cutáneo de células grandes CD30+ en la enfermedad por VIH se origina predominantemente en las células T, en contraste con las variantes de células B que se presentan en otras localizaciones.¹

El linfoma de células T grandes también se ha denominado como linfoma anaplásico de células grandes en la clasificación REAL, pero en la clasificación EORTC se abandonó el término "anaplásico" debido a que estos tumores no siempre muestran células anaplásicas en la histología.^{7,8} Estos linfomas son de dos clases, CD30+ o CD30-. La diferenciación entre estas dos variantes es importante para comprender la evolución natural del linfoma. Los linfomas cutáneos primarios de células grandes CD30+ son neoplasias de evolución relativamente indolente, con una supervivencia estimada a cinco años de hasta el 90%, mientras que las variantes CD30-, por lo demás indistinguibles de las CD30+, son neoplasias agresivas con una supervivencia a cinco años del 15%.^{2,7}

Los linfomas de células T grandes CD30+ pueden ser la forma más común de linfomas cutáneos primarios de células T (LCCT) que no son micosis fungoide. Los linfomas cutáneos primarios de células grandes suelen presentarse como un nódulo solitario o localizado, frecuentemente ulcerado, con localización habitual en la extremidad o el tronco de una persona adulta. Hasta el 25% de estos pacientes pueden experimentar regresión completa o espontánea. Se observan con mayor frecuencia en adultos, mientras que los linfomas sistémicos CD30+ se presentan tanto en los niños como en los adultos. El diagnóstico se efectúa por medio de biopsia de piel y tinciones inmunohistoquímicas.²

Las características histológicas del linfoma cutáneo de células grandes CD30+ son similares en los pacientes VIH positivos y en los VIH negativos. Existen conglomerados dérmicos de células con abundante citoplasma eosinófilo pálido y núcleos vesiculares grandes, pleomórficos, que contienen nucléolos grandes. Frecuentemente hay presencia de células multinucleadas y figuras mitóticas. La epidermis puede no estar comprometida, o bien presentar hiperplasia irregular o estar ulcerada. Estos informes corresponden a la variante rica en neutrófilos del linfoma CD30+ en pacientes con VIH.⁵

En individuos VIH positivos, el linfoma de células grandes CD30+ puede presentarse como enfermedad visceral o de tipo cutáneo. En estos pacientes es muy difícil determinar si el linfoma es una forma puramente cutánea o sistémica, debido a que la evolución está alterada en las personas VIH positivas. Por lo tanto, los pacientes con este tipo de linfomas deben ser sometidos a una evaluación completa en busca de compromiso sistémico concomitante. Las lesiones cutáneas aisladas se tratan habitualmente con exéresis quirúrgica, radioterapia, o ambas. Las lesiones multifocales de la piel requieren quimioterapia.¹

Luego de una evaluación exhaustiva, los avutores consideraron que el paciente estaba afectado por un linfoma cutáneo primario de células grandes CD30+. En este caso se prefirió un

esquema CHOP, ya que la evolución de esta enfermedad es incierta en pacientes VIH positivos y no existen suficientes datos acerca del pronóstico de este tipo de linfomas en la era de la TARGA.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Wilkins K, Turner R, Dolev JC, LeBoit PE, Berger TG, Maurer TA. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. *J Am Acad Dermatol* 54(2):189-206, 2006.
2. Fung MA, Murphy MJ, Hoss DM, Grant-Kels JM. Practical evaluation and management of cutaneous lymphoma. *J Am Acad Dermatol* 46(3):325-57, 2002.
3. Hurtado-Cordovi J, Hanna L, Gotlieb V, Multz AS, Pigal A. A case of an unusually aggressive cutaneous anaplastic large T-cell lymphoma in an HIV patient treated with CHOP. *Case Rep Oncol Med* 2011;2011:805893. doi: 10.1155/2011/805893.
4. Akanmu AS. AIDS-associated malignancies. *Afr J Med Med Sci* 35:57-70, 2006.
5. Jhala DN, Medeiros LJ, Lopez-Terrada D, Jhala NC, Krishnan B, Shahab I. Neutrophil-rich anaplastic large cell lymphoma of T-cell lineage. A report of two cases arising in HIV-positive patients. *Am J Clin Pathol* 114(3):478-82, 2000.
6. Beylot-Barry M, Vergier B, Masquelier B, Bagot M, Joly P, Souteyrand P, et al. The spectrum of cutaneous lymphomas in HIV infection: a study of 21 cases. *Am J Surg Pathol* 23(10):1208-16, 1999.
7. Willemze R, Kerl H, Sterry W, Berti E, Cerroni L, Chimenti S, et al. EORTC classification for primary cutaneous lymphomas: a proposal from the Cutaneous Lymphoma Study Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. *Blood* 90(1):354-71, 1997.
8. Beljaards RC, Kaudewitz P, Berti E, Gianotti R, Neumann C, Rosso R, et al. Primary cutaneous CD30-positive large cell lymphoma: definition of a new type of cutaneous lymphoma with a favorable prognosis. A european multicenter study of 47 patients. *Cancer* 71(6):2097-104, 1993.

Información relevante**Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo****Respecto al autor**

G. Raghurama Rao. Profesor, Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra, Colegio Médico GSL, Rajahmundry, Andhra Pradesh, India. Fue premiado con el premio a la Excelencia en Docencia y el premio Dr. B. M. Ambady de la Asociación India de Dermatología, Venereología y Lepra. Contribuyó con un capítulo sobre antrax en la tercera edición de *Tropical Infectious Diseases, Principles Pathogens and Practice* (Richard L. Guerrant, David H Walker, Peter F Weller; Elsevier Saunders, 2011) y con un capítulo sobre blastomicosis en el libro de texto *Paediatrics for Post Graduates* (Piyush Gupta; Jaypee Brothers, 2015). Publicó más de 60 artículos científicos en varias revistas nacionales de la India e internacionales con referato. Presentó más de 20 trabajos científicos en congresos nacionales de la India e internacionales.

Professor, Department of Dermatology, Venereology and Leprosy, GSL Medical College, Rajahmundry, Andhra Pradesh, India. Awarded the Teacher Par-excellence and Dr. B.M. Ambady awards by Indian Association of Dermatologists, Venereologists & Leprologists. Contributed a chapter on anthrax in Tropical Infectious Diseases, Principles Pathogens and Practice, 3rd edition (Richard L. Guerrant, David H Walker, Peter F Weller; Elsevier Saunders, 2011) and a chapter on Blastomycosis in the text book - Paediatrics for Post Graduates by (Piyush Gupta; Jaypee Brothers, 2015). Published over 60 scientific papers in various international and national peer review journals. Presented over 20 scientific papers in national and international conferences.

Respecto al artículo

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se caracterizan por presentar varios tipos de neoplasias malignas durante el curso de su enfermedad. Aunque los linfomas de células B son los más frecuentes, raramente pueden presentarse linfomas de células T. Se describe un caso de presentación cutánea.

El autor pregunta

Los linfomas cutáneos en pacientes VIH+ se caracterizan por diferentes patrones evolutivos.

¿Cuál de estas formas clínicas se describen en pacientes VIH+ con linfomas CD30+?

- A) Cutáneas.
- B) Ungueales.
- C) Capilares.
- D) Todas son correctas.
- E) Ninguna es correcta.

Corrobore su respuesta: www.siiisalud.com/dato/evaluaciones.php/141003

Palabras clave

linfoma de células T grandes positivas para CD30, VIH, esquema CHOP

Key words

CD30 positive large T-cell lymphoma, HIV, CHOP regimen

Cómo citar

Raghurama Rao G, Koteswara Rao NR, Mohan PR, Kishan Kumar YH, Asapu A. Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo. *Salud i Ciencia* 21(3):321-4, May 2015

How to cite

Raghurama Rao G, Ram Koteswara Rao N, Ravi Mohan P, Hari Kishan Kumar Y, Amareswar A. Large T-cell lymphoma in an HIV patient: a case study. Salud i Ciencia 21(3):321-4, May 2015.

Orientación

Clínica, Tratamiento

Conexiones temáticas

Oncología, Infectología, Dermatología