

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH REPORTE DE CASO

Rodríguez Vieyra Esteisy,
Tolamar Sevilla Luz Lorena .
UPAEP

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
stacy.vieyra@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son los tumores no epiteliales malignos más frecuentes en la cavidad oral y región maxilofacial. El riesgo de los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de presentar esta enfermedad es 200 veces mayor en comparación de la población general. Los linfomas más observados en pacientes con VIH son predominantemente de estirpe B, incluidos: linfoma difuso de células grandes, linfoma de Burkitt, linfoma primario de serosas y linfoma plasmablástico (LPB).

El linfoma plasmablástico es un linfoma de células B raro y agresivo, con mal pronóstico. Se caracteriza histológicamente por una proliferación difusa de plasmablastos o inmunoblastos con un índice de proliferación marcadamente alto. Se presenta como una masa en uno o más sitios extraganglionares, principalmente en cavidad oral o tracto gastrointestinal. En etapas avanzadas de encuentra en estadio IV de Ann Arbor en más del 65% de los pacientes. En la inmunohistoquímica, se presenta como una proliferación difusa de predominio plasmablastos o inmunoblastos, ocasionalmente con formas multinucleadas y anaplásicas, se encuentra con células linfoides maduras con diferenciación plasmacítica. El linfoma plasmablástico suele expresar CD38, CD138, IRF4/MUM1, PRDMI/BLIMP1, XBP1.

REPORTE CLÍNICO

Se reporta un caso en el hospital UMAE HEP, paciente masculino de 27 años de edad, con el antecedente de importancia de diagnóstico por infección de VIH en mayo del 2022, actualmente con tratamiento retroviral con Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir 1 tableta vía oral cada 24 hrs. Inicio su padecimiento actual en marzo del 2022, con la presencia de tumoración en región del paladar, de tipo exofítica en color rosado, blando, liso, con bordes bien definidos, la cual fue presentando aumento del volumen que condiciono pérdida de piezas dentales de la arcada dentaria superior, acompañado de dolor hemifacial izquierdo progresivo con irradiación a región auricular.

El día 07/02/2023 se realiza biopsia de la lesión. El día 01/03/2023 acude a urgencias de la unidad por aumento de volumen de la tumoración y dolor local, donde se evidencia presencia de tumoración en cuello derecho de aproximadamente 10cm. El reporte de biopsia reporta Neoplasia maligna poco diferenciada sugestiva de linfoma plasmablástico, ALC positivo focal, CD30 positivo. TAC de macizo facial (13/03/2023) Se reporta a nivel de tejido blando y estructuras óseas múltiples tumoraciones, tipo vegetante con necrosis central. Con múltiple actividad tumoral a nivel de macizo facial. TAC estadificadora (14/03/2023) Se reporta con actividad tumoral en cuello, nódulos pulmonares derechos, fibrosis pulmonar bilateral. Al paciente se decide darle tratamiento de primera línea con CHOP(Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Prednisona, Vincristina. Posteriormente después del primer ciclo, el paciente presento disminución de la tumoración más del 50%. Actualmente el paciente se encuentra en su quinto ciclo de quimioterapia. Se revalorará con nueva tomografía al termino del sexto ciclo de quimioterapia.

DISCUSIÓN

El paciente ha presentado en los primeros dos ciclos de quimioterapia, ha presentado neutropenia y fiebre, llegando a estar unos días hospitalizados. Actualmente el paciente presenta carga negativa para VIH. En el la limitante es que el manejo conjunto de Infectología y Hematología es en diferentes hospitales. No se ha encontrado un tratamiento sistemático aceptado para el linfoma plasmablástico, debido a su baja incidencia. Se registra el uso de CHOP o regímenes como EPOCH, con buena alternativa. Pero el pronóstico de la lesión es malo por escenario clínico del paciente. El pronóstico es una sobre vida de 1-24 meses y mortalidad promedio de 6 meses.

CONCLUSIONES

El linfoma plasmablástico es un desafío diagnosticarlo, debido a lo raro y agresivo, también tiene un pronóstico sombrío a pesar de los regímenes de quimioterapia y la supresión virológica del VIH. Cada paciente se tiene que estadificar y adecuar un plan de tratamiento.

REFERENCIAS

- Bailey J, Jenkins N, Chetty D, Mohamed Z, Verburgh ER, Opie JJ. Plasmablastic lymphoma: An update. *Int J Lab Hematol*. 2022 Sep; Alvarez, Estefanía, Gunther, Matias, Hernández, Patricio, Misad, Carlos, Fernandez, María Ángeles, & Donoso-Hofer, Francisca. (2018). Revisión sistemática del linfoma plasmablástico intraoral en paciente con virus de la inmunodeficiencia humana. A propósito de un caso. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 40(2), 78-83.
- Quintana S, Castro M, Hamdam Z, Pérez CR, González G, Pallas P, et al. Manifestations of lymphoma in the ORL area. *SPORL J*. 2010;48.
- Lopez A, Abrisqueta P. Plasmablastic lymphoma: current perspectives. *Blood Lymphat Cancer*. 2018 Oct 4;8:63-70.
- Fernández-Álvarez, R., Sancho, J. M., & Ribera, J. M. (2016). Linfoma plasmablástico. *Medicina Clínica*, 147(9), 399-404