



## CASO CLÍNICO

## Linfoma renal. Presentación de un caso

Vázquez Ortega LS, Cantellano Orozco M, Viveros Elías JM, Andrade Platas JD, Pacheco Gahbler C, Calderón Ferro F

## RESUMEN

La incidencia de linfomas renales es de 0.5 al 7%.<sup>1</sup> Su localización a nivel renal suele ser por invasión secundaria, existiendo en menor frecuencia formas primarias.<sup>2</sup> El involucro bilateral es de hasta 43%.<sup>5,6</sup> Se presenta un caso de paciente masculino de 67 años estudiado por incontinencia urinaria y dolor lumbar derecho, encontrándose masa renal derecha mediante de ultrasonido. Se realiza TAC con imagen sugestiva de hematoma *vs* masa renal del polo superior del riñón derecho, nefrectomía radical derecha con resultado histopatológico de infiltración por linfoma no Hodgkin de inmunofenotipo T a parénquima renal. Se da quimioterapia adyuvante con evolución actual favorable.

**Palabras clave:** linfoma renal, linfoma no Hodgkin, nefrectomía radical, quimioterapia.

## ABSTRACT

*The incidence of renal lymphoma is 0.5 to 7%. Usual renal involvement is from secondary infiltration with a low incidence of primary lymphomas. Bilateral involvement is up to 43%. We present a case of a 67 years old man studied because of urinary incontinence and right lumbar pain with a renal ultrasound reporting a renal mass. ACT suggestive of a renal mass *vs* hemathoma, Right radical nephrectomy was done with histopathological diagnosis of renal infiltration by a no Hodgkin lymphoma T immunophenotype; adjuvant chemotherapy was given with favorable evolution.*

*Key words: renal lymphoma, no Hodgkin lymphoma, radical nephrectomy, chemotherapy.*

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Reportamos el caso de un paciente masculino de 67 años de edad (con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de 25 años de evolución, tabaquismo positivo, alcoholismo ocasional) quien acudió a

nuestro servicio por presentar incontinencia urinaria de urgencia progresiva. Niega pujo, tenesmo, intermitencia, poliaquiuria; refiere igualmente dolor "sordo" localizado en fosa lumbar derecha sin exacerbantes ni atenuantes; asimismo, niega fiebre, escalofríos, sintomatología urinaria, hematuria o lituria.

Dentro de los estudios complementarios se realiza ultrasonido renal, identificando masa en polo inferior de riñón derecho (Figura 1). Se realiza tomografía axial computada de abdomen, identificando masa renal dependiente de parénquima renal que

División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México DF.

Correspondencia: División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México DF. Calzada de Tlalpan 4800. Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan. CP. 14000. TEL 56653511 Ext. 173 FAX 56657681.

modifica su contorno con reporte de hematoma *vs* tumor renal derecho (Figuras 2 y 3).

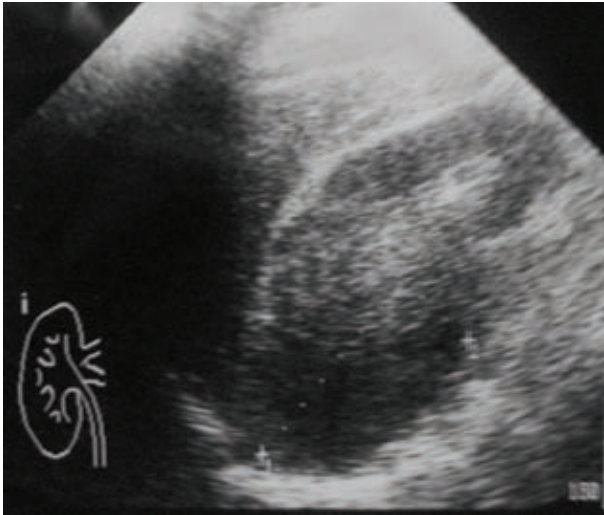


Figura 1. Ultrasonido renal derecho.

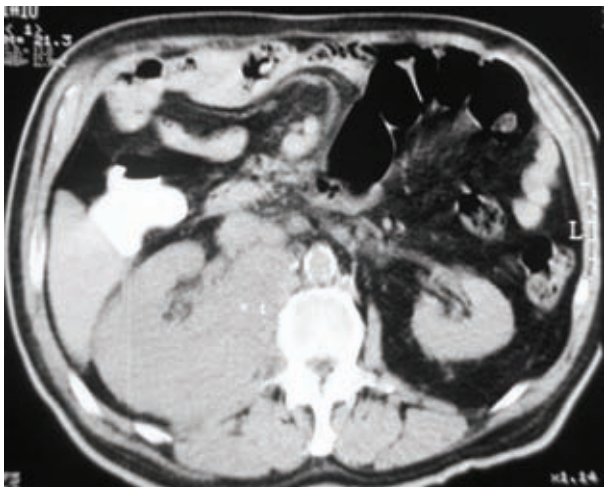


Figura 2. Tomografía axial computada de abdomen simple.

Se decide realizar exploración quirúrgica mediante nefrectomía radical derecha. El reporte histopatológico fue: infiltración linfoma no Hodgkin de inmunofenotipo T a parénquima renal (Figura 4), gerota e hilio, sin afección suprarrenal; inmunohistoquímica: PAN T positivo, PAN B inespecífico, EMA y CD-34 negativos. Se realizó teleradiografía

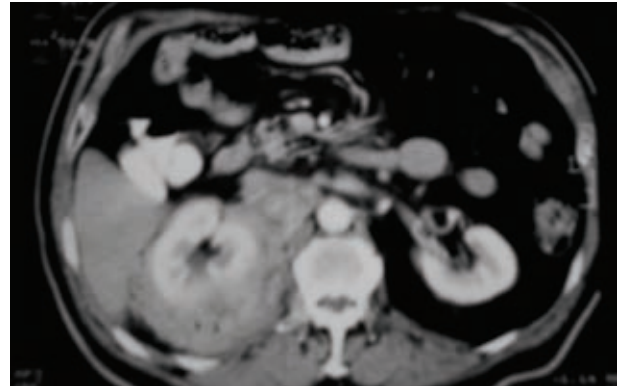


Figura 3. Tomografía axial computada de abdomen contrastada.

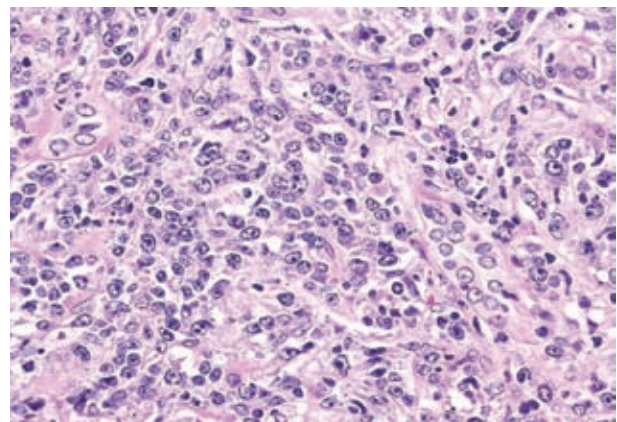


Figura 4. Fotografía microscópica de linfoma renal.

de tórax sin evidencia de ensanchamiento mediastinal, adenopatías o metástasis.

Se estadia como IIA con la clasificación de Ann Arbor y se decide dar quimioterapia adyuvante con base en ciclofosfamida, vincristina y prednisona. La evolución actual es favorable.

## DISCUSIÓN

La incidencia de linfoma renal en las autopsias es de 33 a 50% y de 6% en pacientes con linfoma conocido.<sup>1,2</sup> En pacientes con SIDA, la incidencia es de 11%. Son más comunes los casos bilaterales que los unilaterales (relación 3:1).<sup>1,2</sup> En la mayoría de ellos, el involucramiento renal es por infiltración (45%) pudiendo ser este focal o difuso. También

puede deberse a invasión directa proveniente de enfermedad paracaval o paraaórtica (11%).<sup>2,3</sup> El linfoma renal primario es sumamente raro y su diagnóstico diferencial con otras neoplasias renales es muy difícil.<sup>5,6</sup> Son más frecuentes en inmunosuprimidos, pacientes con enfermedades autoinmunes y en aquellos con antecedentes de radioterapia. Son más frecuentes los tipos celulares B (83%) que los T (17%).<sup>5-7</sup>

Su presentación clínica es muy variada, habitualmente como hallazgo (hasta en 50%);<sup>3</sup> asimismo, puede presentarse como dolor en flanco o lumbar, masa palpable, pérdida de peso, hematuria o incluso insuficiencia renal.

Para el diagnóstico se pueden utilizar múltiples estudios de gabinete dentro de los que se incluyen ultrasonido, tomografía axial computada y resonancia magnética. En el ultrasonido renal se puede observar aumento de tamaño, halo hipoecóico, áreas hipoecóicas únicas o múltiples. La tomografía tiene alta sensibilidad y ayuda a valorar la extensión del involucramiento renal y a la estadificación para valorar el tratamiento.<sup>3,4</sup> Por lo general se presenta como masas hipodensas marginales. La resonancia magnética también es una buena alternativa, siendo hipointenso en T1 e isointenso o hiperintenso en T2. Se puede utilizar gammograma con citrato de galio 67 con una sensibilidad de 80%.<sup>3,4</sup>

El tratamiento de elección es la quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina, oncovin y prednisona

(CHOP). En los casos primarios está recomendada la nefrectomía radical, así como la radioterapia.<sup>5,6</sup>

La supervivencia media es de alrededor un año y la mayoría de pacientes muere antes de los dos años de iniciado el tratamiento.<sup>5,6</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Colovic M, Hadzi-Djokic J, Cemerikic V, et al. Primary MALT lymphoma of the kidney. *Hematol Cell Ther* 1999;41(5):229-32.
2. Stallone G, Infante B, Manno C, et al. Primary renal lymphoma does exist: case report and review of the literature. *J Nephrol* 2000;13(5):367-72.
3. Sheeran SR, Sussman SK. Renal lymphoma: spectrum of CT findings and potential mimics. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171(4):1067-72.
4. Salem Y, Pagliaro LC, Manyak MJ. Primary small non-cleaved cell lymphoma of kidney. *Urology* 1993;42(3):331-5.
5. Arranz Arija JA, Carrión RJ, Garcia RF, et al. Primary renal lymphoma: report of 3 cases and review of the literature. *American J Nephrol* 1994;14:148-53.
6. Okuno SH, Hoyer JD, Ristow K, Witzig TE. Primary renal non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 1995;75:2258-61.
7. Levendoglu-Tugal O, Kroop S, Rozemblit GN, Weiss R. Primary renal lymphoma and hypercalcemia in a child. *Leuk Lymphoma* 2002;43:1141-6.