

Leishmaniasis con compromiso medular en pacientes con Linfoma T-NK

Leishmaniasis with involvement of bone marrow in patient with T-NK lymphoma

Correa L¹, Minissale C¹, Perret R², Araujo K³

¹DIVISIÓN HEMATOLOGÍA, ²DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA, ³DIVISIÓN INFECTOLOGÍA.
HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN". UNIVERSIDAD DE BS. AS.

geocon8@hotmail.com

Fecha de recepción: 08/11/2013
Fecha de aprobación: 11/11/2013



IMÁGENES EN
HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA, Vol.17 N° 3: 309-312
Septiembre - Diciembre 2013

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente de 25 años, procedente de Bolivia, que consultó por cuadro clínico de 5 meses de evolución consistente en astenia, adinamia, fiebre, pérdida de peso y la aparición de una lesión ulcerada poco dolorosa en región de paladar blando.

La biopsia de la lesión palatina detectó una infiltración difusa por células neoplásicas de estirpe linfocítica de mediano tamaño, positivas para CD45, CD45RO, CD3 citoplasmático, CD56, virus de Epstein Barr y Ki67 en un 60%. El diagnóstico fue un Linfoma No Hodgkin Fenotipo T tipo NK.

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detectar ADN de Leishmania, efectuada en la muestra de la lesión, fue positiva.

El aspirado y la biopsia de médula ósea no mostraron infiltración por células neoplásicas, pero sí macrófagos con múltiples imágenes de inclusión citoplasmática por fagocitosis de amastigotes de Leishmania.

Palabras clave: Linfoma T-NK, Leishmaniasis

ABSTRACT

We report the case of a 25 years old male from Bolivia, admitted for asthenia, adinamia, fever, weight loss of nearly 20 kg in 5 months, and a scarcely painful ulcerative lesion in the soft palate.

A biopsy from the palate lesion showed an infiltration of medium size neoplastic lymphoid cells positive for CD45, CD45RO, cytoplasmic CD3, CD56, EVB, with a Ki67 of 60%. The diagnosis was a non Hodgkin lymphoma of T-NK phenotype.

A polymerase chain reaction (PCR) to find out Leishmania DNA, obtained from the ulcer biopsy, was positive. Bone marrow smears and histopathology did not show neoplastic cells. However, reticular cells were seen with multiple cytoplasmic images due to phagocytosis of Leishmania amastigotes.

Keywords: T-NK Lymphoma, Leishmaniasis.



Figura 1: Lesión ulcerativa con destrucción de paladar blando, pérdida de úvula y formación de fístula en región posterior de faringe.

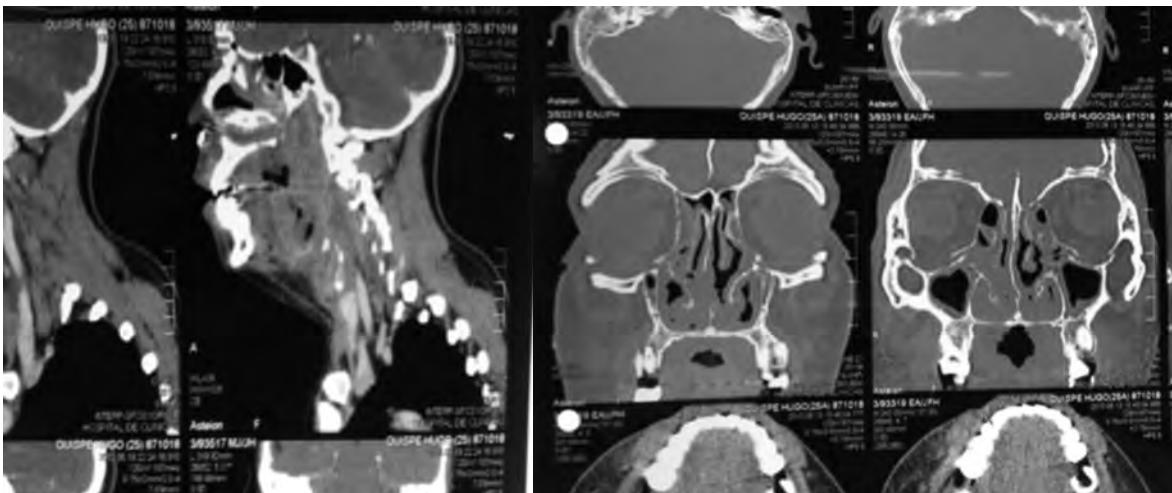


Figura2: TC de senos paranasales y cuello sin contraste. Sinusitis maxilar y etmoidal bilateral. Engrosamiento de tejidos blandos de espacio parafaríngeo bilateral que se extiende a la región supraglótica.

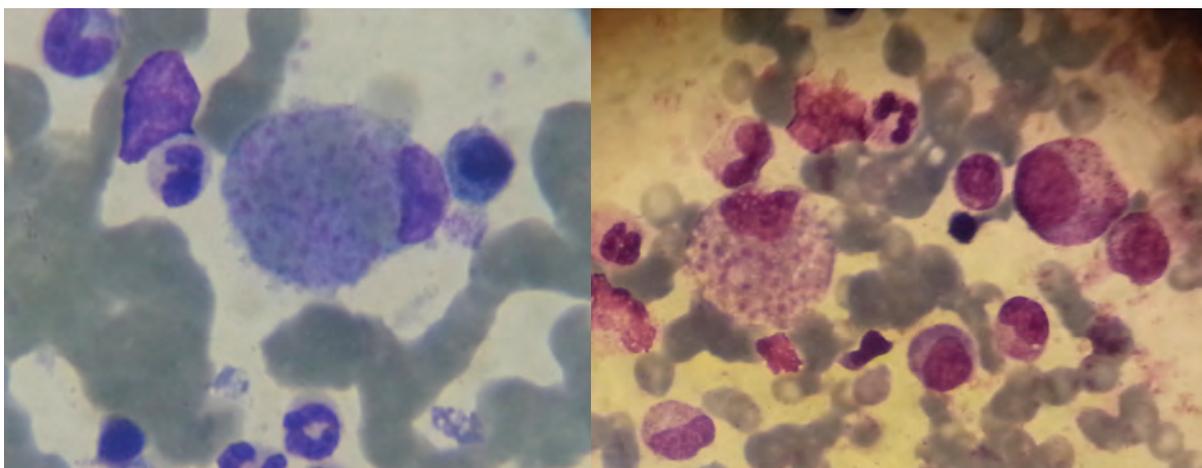


Figura3: Extendidos de médula ósea donde se observan células reticulares con inclusiones citoplasmáticas por fagocitosis de amastigotes de Leishmania.

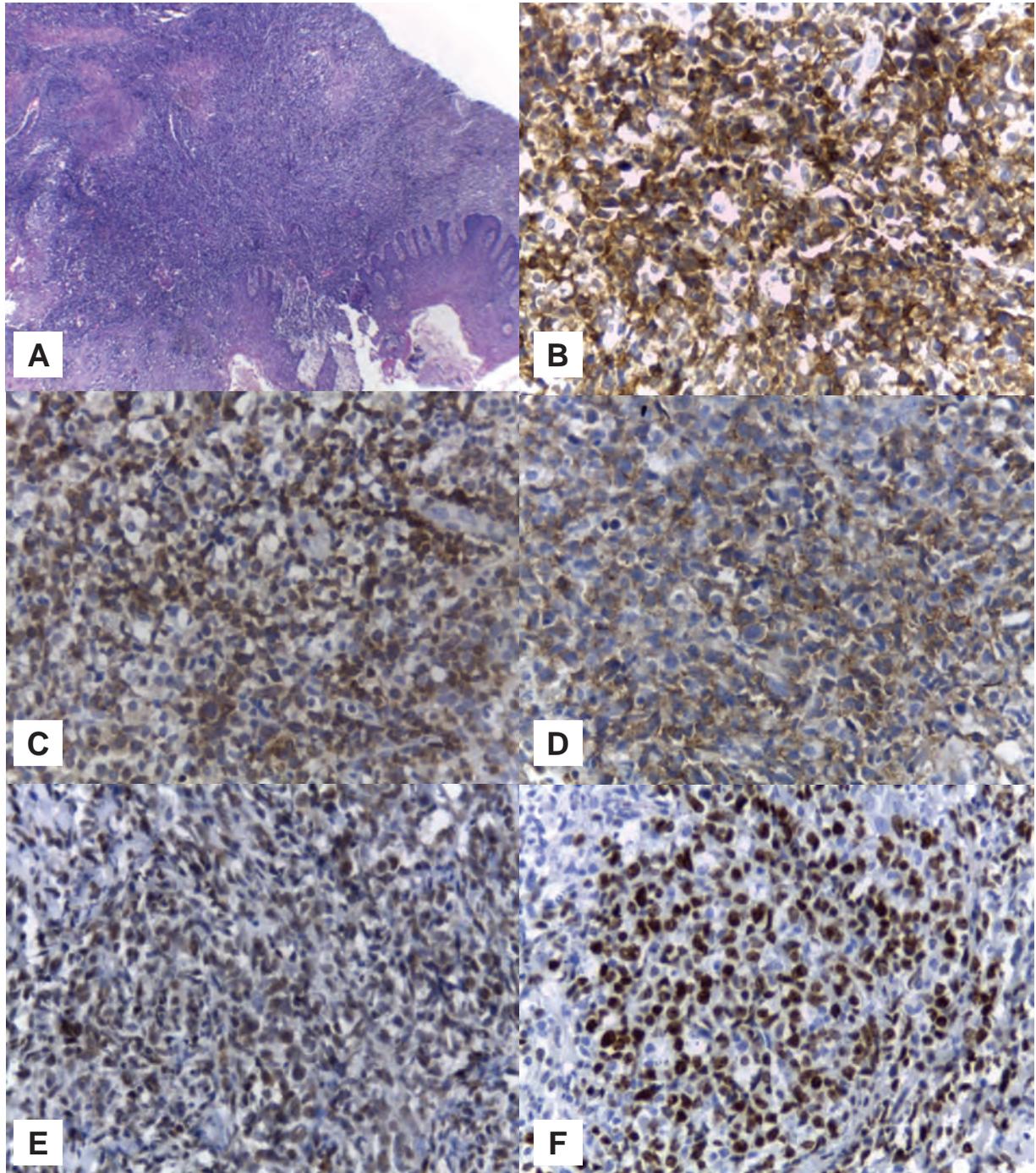


Figura 4: Cortes histológicos de lesión de paladar con sectores ulcerados, presencia de membrana fibrino-leucocitaria subyacente y proliferación difusa de células neoplásicas de estirpe linfoide de mediano tamaño, algunas con núcleos apoptóticos.

A) H y E (40x). Inmunohistoquímica para:

B) CD45Ro (400x);

C) CD3 (400x);

D) CD56 (400x);

E) Epstein Barr (400x);

F) Ki67 (400x).

Caso clínico

Un varón de 25 años procedente de Oruro (Bolivia), con historia de viajes frecuentes a Santa Cruz de la Sierra y sin antecedentes patológicos de importancia, ingresó por cuadro clínico de aproximadamente 5 meses de evolución consistente en astenia, adinamia, fiebre pérdida de peso de 20 kg y la aparición de una lesión ulcerada poco dolorosa en región de paladar blando con destrucción tisular (**Figura 1**). Dos biopsias de esta lesión palatina, previas a su internación en nuestro hospital, mostraron tejido necrótico e inflamación sin células neoplásicas y colonización por bacterias y hongos.

El laboratorio de ingreso no mostró citopenias ni otras alteraciones relevantes. Una tomografía computada de macizo facial, cuello, tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso detectó engrosamiento mucoso de ambos maxilares, celdillas etmoidales, cornetes inferiores y en faringe, con afectación glótica y supraglótica (**Figura 2**). No se hallaron adenomegalias ni tampoco hepato-esplenomegalia.

El panel serológico viral fue negativo.

Se realizó punción de médula ósea. La citometría de flujo y la histopatología fueron negativos para infiltración por células neoplásicas. Pero en los extendidos se observaron inclusiones citoplasmáticas en las células reticulares por fagocitosis de amastigotes de *Leishmania* (**Figura 3**).

Una nueva biopsia de la úlcera palatina detectó en la anatomía patológica una infiltración difusa por células neoplásicas linfoides medianas, positivas para CD45, CD45RO, CD3 citoplasmático, CD56, virus de Epstein Barr y Ki67 (en el 60% de las células neoplásicas) (**Figura 4**), con lo que se diagnosticó un Linfoma No Hodgkin Fenotipo T tipo NK. Posteriormente, un estudio de PCR para *Leishmania* en las muestras de la úlcera en paladar fue positivo, lo que confirmó la coexistencia de ambas patologías. Los linfomas T-NK son neoplasias agresivas, poco frecuentes, con predilección por poblaciones de Asia y Sudamérica. Comúnmente ocurren en la región nasal y aérea o digestiva superior. En raros casos afecta piel, glándulas salivales, testículo y tracto gastrointestinal. También es rara la diseminación ganglionar, a hígado, bazo y/o médula ósea.¹

La leishmaniasis, por su parte, es una parasitosis con amplia diversidad clínica y epidemiológica, endémica en 88 países (22 de ellos en el Nuevo Mundo y 66

en el Viejo Mundo) y ausente en Oceanía. Compromete la médula ósea hasta en un 80% en los casos de leishmaniasis visceral, lo que permite hacer el diagnóstico mediante el examen citológico del extendido de médula ósea.²

El número de casos nuevos por año se desconoce. Para la forma cutánea se estima que es entre 700.000 y 1.200.000 y para la visceral entre 200.000 a 400.000.²

Incluye formas asintomáticas, mucosas, cutáneo-mucosas y viscerales. Los parásitos pueden afectar órganos como nódulos linfáticos, médula ósea, pulmones e incluso el cerebro.³

La confirmación diagnóstica se hace principalmente por el hallazgo de los amastigotes en el frotis directo tomado del borde de las lesiones en piel y mucosas o en médula ósea o bazo en el caso de las formas viscerales o visceralizada.

La PCR tiene alta sensibilidad y especificidad en los casos en que es difícil demostrar el parásito en los tejidos.³

Bolivia tiene la incidencia más alta de leishmaniasis cutánea en latinoamérica con 33 casos por 100.00 habitantes/año. La mayoría de estos es causada por *L. Braziliensis*, sin embargo las formas viscerales son causadas por *L. Infantum*.⁴

La leishmaniasis puede afectar directa o indirectamente la presentación, diagnóstico y curso de varios desórdenes malignos y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de neoplasias en áreas geográficas donde es endémica o en paciente con historia de viajes a estas zonas.⁵

Bibliografía

1. Tse E, Kwong YL. How I treat NK/T cell lymphomas. *Blood*. 2013; 121: 4997-5005.
2. Kobets T, Grekov I. Leishmaniasis: Prevention, parasite detection and treatment. *Current Medical Chemistry*. 2012; 19: 1443-1474.
3. Boealert M, Rijal S. A Comparative Study of the Effectiveness of Diagnostic Test for Visceral Leishmaniasis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2004, pp 72-77
4. Garcia A.L, Parrado R. Leishmaniasis in Bolivia: Comprehensive Review and Current Status. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2009; 80 (5): 704-711.
5. Kopterides P, Mourtzoukou E.G, Skopelitis E. Aspects of the association between leishmaniasis and malignant disorders. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 2007; 101(12): 1181-9.