

# Linfoma difuso de células B grandes anaplásico: compromiso renal

Juan Cruz Gallo, Ricardo H. Re, Antonio Moreno

## HISTORIA

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad que ingresa a la institución por presentar dolor epigástrico continuo, no irradiado y hematuria.

Muestra como antecedentes: LES, síndrome antifosfolípido, infecciones urinarias a repetición, ACV y polineuropatía secundaria a vasculitis. Dados los antecedentes, presenta tratamiento con corticoides (meprednisona 8 mg) y anticoagulación.

Al examen físico se objetiva un abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco y fosa ilíaca izquierdos, sin defensa ni reacción peritoneal. No se evidencian masas palpables ni visceromegalias. No refiere antecedentes de trauma.

En el laboratorio presenta caída del hematocrito de 36 a 31%, que se interpreta como probable hematoma retroperitoneal, por lo que se revierte la anticoagulación y se indica tomografía de abdomen con contraste.

## HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS (Primer estudio)

En la tomografía computada (TC) se observa un aumento de tamaño del riñón izquierdo a expensas de hematoma subcapsular con disrupción del parénquima cortical en polo inferior y extensión del hematoma hacia el espacio pararenal (Fig. 1, 2 y 3).

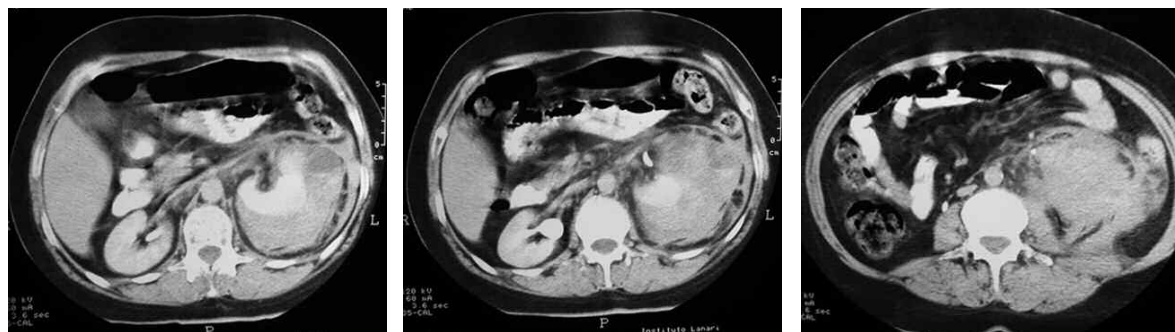


Fig. 1, 2, 3. Colección hemática a nivel de la fascia de Gerota. Colección hipodensa a nivel de la celda perirrenal izquierda con desplazamiento anterior del riñón, el que no evidenció cambios a nivel de su densidad radiológica. Uréter izquierdo no comprometido. Ausencia de adenomegalias retroperitoneales. Engrosamiento de la fascia pararenal anterior izquierda.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Causas de hemorragia renal espontánea

1. Tumor renal ( angiomiolipoma, carcinoma de células renales, carcinoma de células transicionales, tumor de Wilms, sarcoma, lipoma, adenoma, quiste hemorrágico roto).
2. Patología vascular (vasculitis, malformación arteriovenosa, aneurisma roto, infarto renal segmentario).
3. Trombosis venosa renal asociada a síndrome antifosfolípido.
4. Inflamación – Infección.
5. Coagulopatía (tratamiento anticoagulante, diálisis hemorrágica, hemodiálisis de larga evolución).

## EVOLUCIÓN

En el contexto de caída de 5 puntos de hematocrito se plantea la posibilidad de una embolización, pero finalmente se decide control y se realiza drenaje del hematoma.

Persiste al mes con dolor lumbar y hematuria con coágulos, por lo que se le solicita una nueva TC de abdomen con contraste.

## HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS (Segundo estudio)

En el nuevo estudio tomográfico, se evidencia reso-

lución del hematoma, aunque se puede visualizar, a nivel del polo inferior del riñón izquierdo, una masa focal hipodensa que compromete al seno renal con refuerzo heterogéneo tras la administración del contraste endovenoso y retardo en la uroexcreción (Fig. 4, 5 y 6).

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Causas de masa en el seno renal:

1. Tumores (carcinoma de células transicionales, linfoma, metástasis en los ganglios del seno, tumor mesenquimal, plasmocitoma, metaplasia mielóide).
2. Misceláneas (lipomatosis, quiste parapiélico, aneurisma sacular, urinoma).

## EVOLUCIÓN

Se plantea el diagnóstico de lesión tumoral y se decide realizar estudios complementarios:

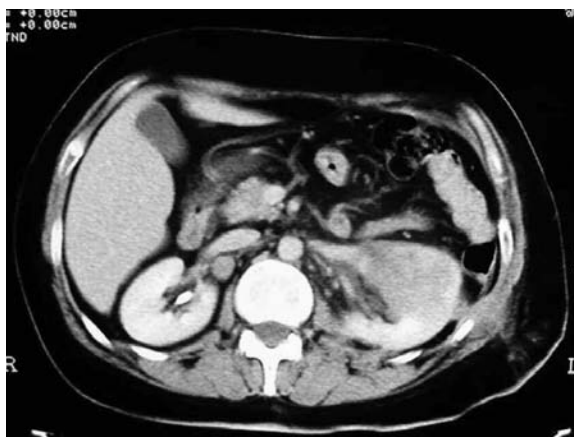


Fig. 4. Formación hipodensa de bordes irregulares, con compromiso de la cortical, seno renal, y valva anterior, sin adenomegalias ipsilaterales y presencia de adenomegalia retrocava derecha. Huella quirúrgica sobre pared de fosa lumbar izquierda.



- Eco Doppler de vasos renales: dentro de parámetros normales.
- Pielografía retrógrada: pelvis bífida con desplazamiento de cálices en grupos superior e inferior y dilatación de cálices superiores (Fig. 7).
- Citología de orina: negativo para células neoplásicas. Se decide conducta quirúrgica.

## DIAGNÓSTICO

**Linfoma difuso de células B grandes anaplásico.** (Fig. 8 y 9).

## DISCUSIÓN

Los linfomas primarios del riñón son raros, representando cerca del 1% de todos los tumores del riñón<sup>(1)</sup>, hecho que no sorprende si se considera la escasa cantidad de tejido linfóide que hay en el parénquima renal normal, siendo su patogénesis poco clara.

Desde el punto de vista clínico generalmente son asintomáticos, pero pueden presentarse como un clásico tumor de riñón, con hematuria y dolor lumbar. El paciente presentó manifestación clínica atípica debido a la hemorragia espontánea, la cual probablemente fue favorecida por la anticoagulación.

Desde el punto de vista anatomopatológico, se muestran como masas únicas en el 10 a 20% de los casos; como múltiples lesiones, en el 60%, y como una infiltración renal difusa, en un 20%<sup>(2)</sup>.

Desde el punto de vista imagenológico, en la tomografía se pueden observar diferentes tipos de presentaciones<sup>(3,4,5)</sup>:

1. Invasión directa del riñón en el seno renal (nuestro caso).
2. Múltiples masas renales con leve refuerzo post-contraste.
3. Masa renal única.
4. Infiltración renal difusa.



Fig. 5 y 6. Sin cambios con respecto a imagen previa, con nódulo a nivel de seno renal izquierdo como nuevo hallazgo. Persiste la alteración del plano graso del seno renal, en relación con el proceso expansivo.



Fig. 7. Ureterografía retrógrada que pone de manifiesto la indemnidad del sistema urétero-pielo-calicular, con desplazamiento de la pelvis renal y uréter proximal, con hallazgos similares a nivel de los grupos calicilares, con signos de ectasia.

#### 5. Masa perirrenal.

En general, se observan como lesiones isodensas en la exploración pre-contraste, presentando un menor realce con el contraste que el parénquima renal normal, dada su escasa vascularización<sup>(3,4)</sup>.

En nuestro caso, exhibió las características de infiltración del seno renal, hallazgo que plantea uno de los diagnósticos diferenciales de las lesiones en dicha estructura, lo que sugiere que, ante una lesión a ese nivel, debe ser tenido en cuenta entre las posibilidades diagnósticas.

De todos modos, el linfoma renal primario es, casi siempre, un hallazgo anatomopatológico y se interviene quirúrgicamente con el diagnóstico presuntivo de un carcinoma de células renales.

#### Bibliografía

1. Campbell's Urology. 8va ed. Philadelphia: W.B Saunders; 2002. p. 2967.

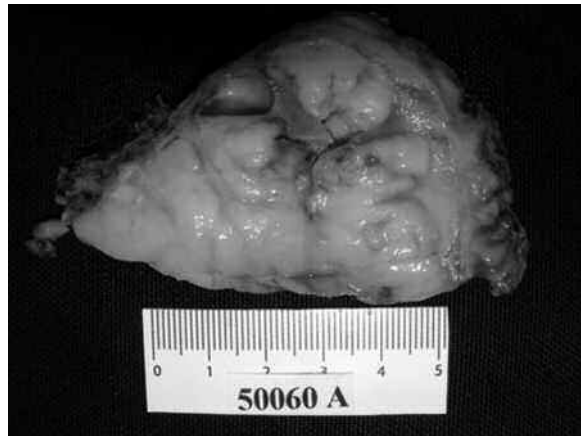


Fig. 8. Pieza quirúrgica reseca que incluye a riñón izquierdo.

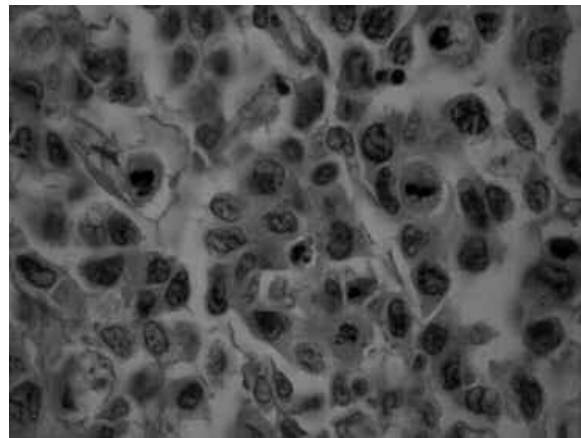


Fig. 9. Anatomía patológica: Hematoxilina-eosina: Linfoma difuso de células B grandes anaplásico.

2. Mc Very KT. Lympho-proliferative disease and genitourinary tract. AUA Update Series 1991;10:170-175.
3. Urban BA, Fishman EK. Renal Lymphoma: CT patterns with emphasis on helical CT. Radiographics 2000; 20:197-212.
4. Sheth S, Aki S, Fishman E. Imaging of Renal Lymphoma: Patterns of disease with pathologic correlation. Radiographics 2006;26:1151-1168.
5. Prando A, Prando D, Prando P. Renal Cell Carcinoma: Unusual imaging manifestations. Radiographics 2006;26:233-244.