

Linfoma no Hodgkin y carcinoma renal

Sr. Director:

La primera manifestación de un linfoma puede ser la aparición de un síndrome de vena cava superior por la presencia de un conglomerado adenopático en el mediastino. Cuando en el estudio de extensión de dichas adenopatías mediastínicas la única lesión que se encuentra es un tumor renal, se plantea la posibilidad de la afectación renal por el linfoma, o la coexistencia en el tiempo de un carcinoma renal con el proceso linfoproliferativo. Presentamos el caso de un síndrome de vena cava superior secundario a un linfoma, que presentó simultáneamente un carcinoma renal.

Mujer de 38 años de edad que fue remitida por su médico de cabecera tras cuadro de edematización de cuello y cara de unos 10 días de evolución, junto con la aparición de ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax. No tuvo fiebre ni sudoración nocturna ni otros síntomas acompañantes. La exploración mostró un buen estado general, buena coloración de piel y mucosas, ausencia de adenopatías periféricas palpables, no bocio, exploración cardiorrespiratoria normal, abdomen blando sin megalias ni ascitis, no edemas en extremidades. Temperatura 36 °C. TA 140/90. Las pruebas analíticas incluyendo hemograma completo, bioquímica general, orina, hormonas tiroideas, fueron normales, salvo el valor de LDH que estaba elevado (772 U). Se realizó TAC de tórax que mostró una masa en mediastino superior, anterior y espacios prevascular, retrocavopretraqueal y ventana aortopulmonar, englobando la salida de grandes vasos, con centro hipodenso en probable relación con necrosis. A nivel de la desembocadura del tronco braquiocefálico, en vena cava superior, se observó ésta con luz filiforme en relación con compresión. En el TAC de abdomen se observó una masa heterogénea en riñón izquierdo con crecimiento anterior (5,7 cm) con densidad de necrosis, sin detectarse adenopatías ni otras lesiones. Se realizó mediastinoscopia con obtención de un ganglio, cuyo diagnóstico fue de linfoma no Hodgkin de células grandes tipo B. Una PAAF de la masa renal mostró hallazgos citológicos compatibles con carcinoma. Tras instaurar tratamiento con corticoides y mejorar de la sintomatología del síndrome de vena cava superior, se realizó nefrectomía izquierda sin complicaciones. La anatomía patológica de la masa renal correspondía a un carcinoma de células renales grado II/III de Fuhrman confinado a parénquima renal. Posteriormente se inició tratamiento quimioterápico (CHOP) y radioterápico para el linfoma. A los diez meses del diagnóstico se detecta, mediante PET, recidiva con metástasis múltiples a nivel linfático, supra e infradiafragmático, pulmonar, bazo, intestino y tejido subcutáneo y mamario, falleciendo la paciente.

La aparición simultánea en un paciente de un linfoma y un carcinoma de células renales no es excepcional (1-6). La existen-

cia de ambos tumores en el mismo paciente puede suponer un obstáculo a la hora del estadiaje clínico, pronóstico y terapéutica a seguir (1), por lo que tanto el diagnóstico como el tratamiento de ambos procesos, cuando esta coincidencia ocurre, debe ser individualizados.

Existe un mayor riesgo de desarrollar carcinoma renal, después o de forma simultánea al tratamiento del linfoma no Hodgkin (4-9), lo cual sugiere la existencia de unas causas comunes, como factores genéticos y mecanismos inmunes que juegan un papel en el desarrollo de estos tumores (8-9), junto también a la existencia de un mayor estudio de los pacientes con neoplasias con respecto al resto de la población.

N. Lara Sires, S. Alegre Herrera

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

1. Márquez Moreno AJ, Manas Uxo J, Amores Ramírez F, Aguilar Cuevas R, et al. Carcinoma renal cromóforo y linfoma centrocítico sincrónicos. *Arch Esp Urol* 2003; 56: 415-7.
2. Sánchez de la Nieta MD, de la Torre M, Blanco J, Alcázar R, Rivera F, García Rojo M, et al. Linfoma no Hodgkin, nefropatía IgA y adenocarcinoma renal. *Nefrología* 2003; 23: 554-7.
3. Anderson CM, Pusztai L, Palmer JL, Cabanillas F, Ellerhorst JA. Coincident renal cell carcinoma and non Hodgkin's lymphoma: the M.D. Anderson experience and review of the literature. *J Urol* 1998; 159: 714-717.
4. Wang BY, Strauchen JA, Rabinowitz D, Tillen SM, Unger PD. Renal cell carcinoma with intravascular lymphomatosis. *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125: 1239-41.
5. Angulo JC, López JI, Zubiaur C, Flores N. Carcinoma renal y linfoma no Hodgkin. *Actas Urol Esp* ; 16: 567-8.
6. Bernie JE, Albers L, Baird S, Parsons CL. Synchronous ipsilateral renal adenocarcinoma, transitional cell carcinoma of the renal pelvis and metastatic renal lymphoma. *J Urol* 2000; 164: 773-4.
7. Oshawa M, Hashimoto M, Yasunaga Y, Shingu N, Aozasa K. Characteristics of Non-Hodgkin's lymphoma complicated by renal cell malignancies. *Oncology* 1998; 55: 482-6.
8. Nishikubo CY, Kunkel LA, Figlin R, Beldegrun A, et al. An association between renal cell carcinoma and lymphoid malignancies. *Am Cancer Society* 1996; 78: 2421-6.
9. Tihan T, Filippa DA. Coexistence of renal cell carcinoma and malignant lymphoma. *Cancer* 1996; 77: 2325-31.