

8. McBean M, Rajamani S. Increasing rate of hospitalization due to septicemia in the US elderly population, 1986-1997. *J Infect Dis* 2001; 183: 596-603.
9. Lizzarralde Palacios E, Gutiérrez Macías A, Martínez Odriozola P, Ibarria Lahuerta J, de la Villa FM. Pronóstico de las bacteriemias adquiridas en la comunidad ingresadas en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2005; 22: 108-13.
10. Bishara J, Leibovici L, Ashkenazi S, Samra Z, Pitlik S. Seven-year study of bacteraemic pneumoniae in a single institution. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19: 926-31.
11. Pedersen G, Schonheyder HC, Sorensen HT. Antibiotic therapy and outcome of monomicrobial gram negative bacteremia: A 3-year population-based study. *Scand J Infect Dis* 1997; 29: 601-6.

Linfoma esofágico primario en un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida: a propósito de un caso

Sr. Director:

Mujer de 41 años, ex-ADVP con coinfección VHC y VIH diagnosticada en 1987. Hacía un seguimiento irregular en la consulta de infecciosas. Desde el año 2002 pertenecía a una categoría C₂ y siempre había rechazado tratamiento antirretroviral. Acude en Agosto/05 al hospital por un cuadro de 1 mes de evolución de disfagia progresiva y adelgazamiento de 10 Kg. A la exploración física presentaba una hepatomegalia no dolorosa sin adenopatías periféricas. En la analítica presentaba una bicitopenia discreta, (Hb: 11g/dl, VCM: 92f; 91000 plaquetas/ μ l), una LDH de 754 U/l, una β_2 microglobulina de 3,88 mg/l y un patrón de colestasis disociada (GGT: 165 U/L, FA: 174 U/L, Brb: 1,3 mg/dl). Su situación inmunológica era de 208 CD4 y una CV de 61000 copias/ml. Se le realizó una gastroscopia, demostrándose la existencia de una masa estenosante en el tercio distal del esófago, tomándose muestra para biopsia y un TC toracoabdominal observándose una masa esofágica (Fig. 1), hepatoesplenomegalia con adenopatías medias-tínicas, paraaórticas, portales y en tronco celiaco.

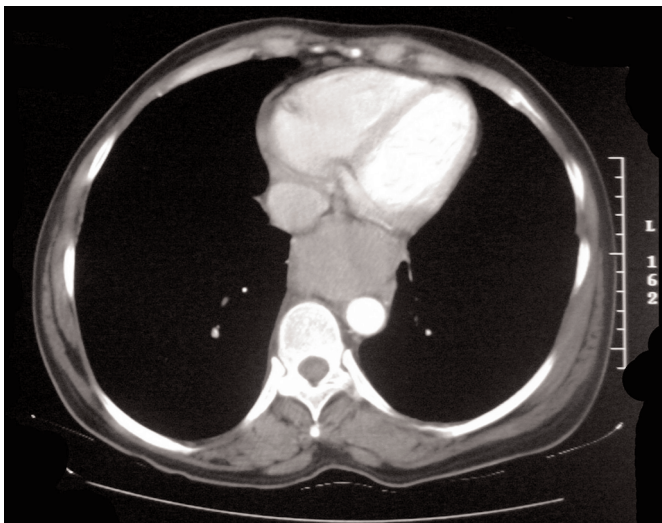


Fig. 1. Masa esofágica desde la bifurcación bronquial hasta la unión esofagogástrica.

Diagnóstico. Linfoma no Hodgkin-B esofágico tipo inmunoblástico.

Recibe cinco ciclos de quimioterapia tipo CHOP con remisión completa del tumor. En noviembre/05 se inicia tratamiento antirretroviral con tenofovir, lopinavir/ritonavir y lamivudina. En enero/06 ingresa por una sepsis secundaria a una infección del tracto urinario falleciendo a los pocos días.

Los primeros casos de linfomas no Hodgkin (LNH) relacionados con el SIDA se describen en el año 1982 (1). El LNH es la 2ª neoplasia más frecuente tras el sarcoma de Kaposi. Ambos representan el 90% de los tumores malignos en esta población (2), siendo la neoplasia más frecuente entre los ADVP y los hemofílicos (3). La coinfección por el virus de la hepatitis C no se asocia a un incremento en la posibilidad de desarrollar este tipo de tumores (4). El inicio de la terapia HAART en 1997 ha supuesto una disminución significativa en la incidencia y mortalidad, sobre todo el LNH primario del SNC (5).

Los linfomas asociados al SIDA tienen mayor afinidad por las localizaciones extraganglionares, en particular por el sistema nervioso central (SNC), tracto gastrointestinal (estómago), hígado y médula ósea (6). Los LNH extranodales gastrointestinales tanto en pacientes VIH como no VIH se localizan en: estómago (55%), intestino delgado (31%), intestino grueso (11%) y esófago (1%) (3). El subtipo histológico más frecuente es el LNH difuso de células B grande seguido del L. Burkitt (6). La edad avanzada, los CD4 < 100 células/ml y los años de infección por el VIH son factores de riesgo para desarrollar LNH (6). La presentación clínica más frecuente del LNH esofágico es la disfagia severa y odinofagia, lo que conlleva una pérdida importante de peso. Otros síntomas incluyen dolor abdominal, diarrea, rectorragia, distensión abdominal y sensación de saciedad (2,7). La gastroscopia con toma de biopsia es indispensable para establecer el diagnóstico (8). El tratamiento con quimioterapia tipo CHOP es el de elección tanto en pacientes seronegativos como seropositivos (9). El uso del anticuerpo monoclonal anti-CD20, asociado al tratamiento con CHOP demuestra mejoría en pacientes mayores de 60 años no VIH; sin embargo en pacientes VIH no ha sido demostrado hasta el momento un claro beneficio, incrementándose el riesgo de muertes por infección. Se ha observado que aquellos pacientes con fracaso virológico al tratamiento antirretroviral presentan mayor incidencia de este tipo de tumores y peor pronóstico tras el tratamiento (5). Straus et al. identifican 4 factores asociados a un peor pronóstico: edad mayor de 35 años, CD4 < 100 células/ml, estadio del tumor III/IV e historia previa de uso de drogas por vía parenteral (10).

En conclusión, LNH es la 2ª neoplasia maligna en frecuencia tras el sarcoma de Kaposi en pacientes infectados por el VIH. La mayoría de ellos tienen una presentación extranodal y el subtipo histológico más frecuente es el difuso de célula B grande.

El LNH esofágico primario asociado al VIH es muy infrecuente con menos de 25 casos publicados en la literatura. La supervivencia es muy corta a pesar del tratamiento con quimioterapia. El LNH primario esofágico debe de ser descartado en todo paciente VIH con clínica de disfagia, odinofagia y/o pérdida de peso.

C. Fernández Canal, M. Campoamor Serrano¹, M. L. García Alcalde Fernández¹

Servicio de Hematología y Hemoterapia. ¹Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Cabueñes

1. Ziegler JL, Drew WL, Miner RC, et al. Outbreak of Burkitt's-like lymphoma in homosexual men. *Lancet* 1982; ii: 631-33.
2. C. Namal Weeratunge, Hector H. Bolivar, Gregory M. Anstead and Deedee H. Lu. Primary esophageal lymphoma: A diagnostic challenge in acquired immunodeficiency syndrome—Two case reports and review. *South Med J* 2004; 97: 383-7.
3. Beral V, Peterman T, Berkelman R, et al. AIDS-associated non-Hodgkin lymphoma. *Lancet* 1991; 337: 805-9.
4. Levine AM. Acquired immunodeficiency syndrome-related lymphoma: Clinical aspects. *Semin Oncology* 2000; 27: 442-53.
5. Willis H, Navarro and Lawrence D. Kaplan. AIDS-related lymphoproliferative disease. *Blood* 2006; 107: 13-20.
6. Bensusan C, Goubar A, Gaberre J, et al. Changes in AIDS-related lymphoma since the era of highly active antiretroviral therapy. *Blood* 2001; 98: 2339-44.
7. Cappell MS, Botros N. Predominantly gastrointestinal symptoms and signs in 11 consecutive AIDS patients with gastrointestinal lymphoma: A multicenter, multiyear study including 763 HIV-seropositive patients. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 545-9.
8. Kaplan KJ. Primary esophageal lymphoma: A diagnostic challenge. *South Med J* 2004; 97: 331-2.
9. Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus Rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma. *N Engl J Med* 2002; 346: 235-42.
10. Straus DJ, Huang J, Testa MA, et al. Prognostic factors in the treatment of human immunodeficiency virus-associated non-Hodgkin's lymphoma: Analysis of AIDS clinical trials group protocol 142—low-dose versus standard-dose mBACOD plus granulocyte-macrophage colony-stimulating factor. *J Clin Oncol* 1998; 16: 3601-6.