

LIMFOMA CEREBRAL I SIDA

R. SALINAS ARGENTÉ, P. PARDO-PERET, J. SANS-SABRAFEN, J. ORRIOLS
BERNET,* J. BUXÓ i C. PEDRO

Hospital de la Creu Roja de Barcelona.
Unitat d'Hematologia i Oncologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
* Departament de Medicina Interna. Centre Hospitalari. Manresa.

El limfoma primitiu d'SNC és una entitat poc freqüent representant del 0,3 % al 1,1 % de les neoplàsies primitives d'SNC. Entre els malalts sotmesos a teràpia immunosupressora, com és el cas del trasplantament renal o cardíac, s'observa una alta incidència de neoplàsies secundàries. D'aquestes, el 29 % corresponen a limfomes d'alt grau de malignitat i d'estirp immunològica B, presentant-se el 41 % amb afectació d'SNC.

Segons els actuals criteris de CDC, dels malalts afectats de SIDA, entre el 4 i el 10 % presenten limfomes no hodgkinians, dels quals prop del 20-2 % són primaris d'SNC.

Cas clínic

♂ de 30 anys UDVP, amb antecedents de toxoplasmosi i abscess pulmonar dret, 18 i 6 mesos abans de consultar el nostre servei.

Abril de 1986: Cefalàlgia i crisi comicial.

Presència d'adenopaties i signes d'infecció per VIH.

Analítica: Elisa i Western blot positius.

Quocient CD4/CD8 invertit.

Bona resposta enfront de mitògens.

Immunocomplexos circulants negatius.

Serologia positiva a: Hepatitis

(HBcAc), Herpes i citomegalovirus.

TAC Cerebral: Procés expansiu a regió frontal dreta.

Exèresi del tumor cerebral i biòpsia: Limfoma difús de cèl·lula gran no fesa.

Estudi d'extensió: Negatiu.

Evolució

- Asimptomàtic durant 7 mesos postcirurgia.
- Novembre de 1986, crisis comicials; recidiva a nivell parietal esquerre (TAC).
Tractament: Radioteràpia holocranial 2000 G y
absència de recidiva en el decurs dels mesos següents.
- Setembre de 1987, infecció respiratòria (punció traqueal *Klebsiella pneumoniae*).
- Candidiasi Esofàgica.
- Disminució del quocient CD4/CD8.
- Febrer 1988, caquèxia.
- Malaltia Neurològica.
- *Exitus*.
- Temps d'evolució: 22 mesos.

Conclusions

- La taxa de resposta al tractament aplicat és baixa (53 %). La supervivència als dos anys és del 0 % (sèrie de Ziegler i cols.).
- Donada l'alta incidència d'afectació cerebral (42 % sobre el 89 % dels casos extranodals) en els casos de limfoma no Hodgkin associat a VIH, cal contemplar el tractament profilàctic a nivell de SNC.
- Malgrat que s'obtenen poques respostes cal contemplar el tractament fent servir: cirurgia, radioteràpia i quimioteràpia intratecal.
- Cal considerar el virus VIH com a responsable de la situació d'immunodeficiència que és necessària per a l'activació del virus oncogènic (VEB) responsable del limfoma de cèl·lules gegants del cervell.