



LINFOMA DE BURKITT PRIMARIO DE MAMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Burkitt Lymphoma Primary of the Breast. A Case Report

José Fernando Vallejo Díaz¹
 Ricardo Rodríguez²
 Rocío Orduz³
 Carolina Mantilla⁴
 Juan Pablo García¹
 Alexandra Vallejo Díaz⁵



Palabras clave (DeCS)

Linfoma de Burkitt
 Complicaciones
 neoplásicas del
 embarazo
 Enfermedades de la
 mama
 Mamografía

Key words (MeSH)

Burkitt lymphoma
 Pregnancy complications
 Neoplastic breast
 diseases
 Mammography

Resumen

Se presenta el caso de una mujer en el último trimestre de embarazo con mastalgia y cambios inflamatorios en ambos senos, con aumento progresivo después del parto. Se le practicó biopsia por tru-cut que demostró linfoma de Burkitt en el estudio de patología. Los linfomas primarios de seno son raros, más frecuentes en mujeres que en hombres y entre la sexta y la séptima década de la vida. Sin embargo, algunos de ellos, como el linfoma de Burkitt, pueden ocurrir durante el embarazo o el posparto por estímulo hormonal. Debe sospecharse en mujeres en embarazo o puerperio con mastitis que no presenta mejoría con el tratamiento instaurado.

Summary

We report the case of a woman in her last trimester of pregnancy with bilateral breast pain and inflammatory changes that increased after delivery. Burkitt lymphoma was reported in the Pathology study of a trucut biopsy. Primary breast lymphomas are rare, being more frequent in women than in men during the sixth or seventh decade of life. However some of these lymphomas, like Burkitt lymphoma, can occur during pregnancy or puerperium due to hormonal stimulation. It should be suspected in pregnant women or in puerperium with mastitis that does not improve with the established treatment.

Presentación del caso

Paciente de 35 años de edad que consulta por dolor y cambios inflamatorios en ambos senos que han aumentado desde el parto (figura 1). El médico la trata inicialmente como una mastitis. No hay mejoría con antibiótico; por lo tanto, solicitan una ecografía que muestra cambios inflamatorios compatibles con mastitis y galactoceles (figura 2).

La paciente continúa con dolor, alega que no tiene una mejoría y pobre lactancia, asociada con la desnutrición del recién nacido, y es enviada al especialista de seno, que solicita un drenaje del galactocele dirigido por ecografía. Durante el procedimiento no se observan colecciones susceptibles de drenaje. Se evidencia una lesión sólida que es asociada a la distorsión de la arquitectura y al aumento del flujo sanguíneo de las lesiones; se realiza una biopsia por tru-cut (figura 3). La mamografía mostró alta densidad mamaria de forma bilateral (figura 4).

La paciente presenta un deterioro respiratorio y se hospitaliza. Se le toma una TAC, que demuestra un

tromboembolismo pulmonar y alta densidad en ambos senos (figura 5). Durante la hospitalización se reporta la patología (figura 6) de la biopsia por tru-cut como linfoma de Burkitt. Se practican estudios de extensión, los cuales evidencian un compromiso único en ambos senos (estadio IE).

Se inicia un tratamiento con quimioterapia y la paciente presenta mejoría.



Figura 1. Cambios inflamatorios bilaterales en senos, duros a la palpación. Seno derecho.

¹Médico residente de Radiología de la FUCS. Bogotá, Colombia.

²Médico radiólogo de seno de la Universidad Sanitas y FUCS. Bogotá, Colombia.

³Médica hematopatóloga de la Universidad Sanitas, Bogotá, Colombia.

⁴Médica patóloga de la Universidad Sanitas, Bogotá, Colombia.

⁵Médica y cirujana de la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

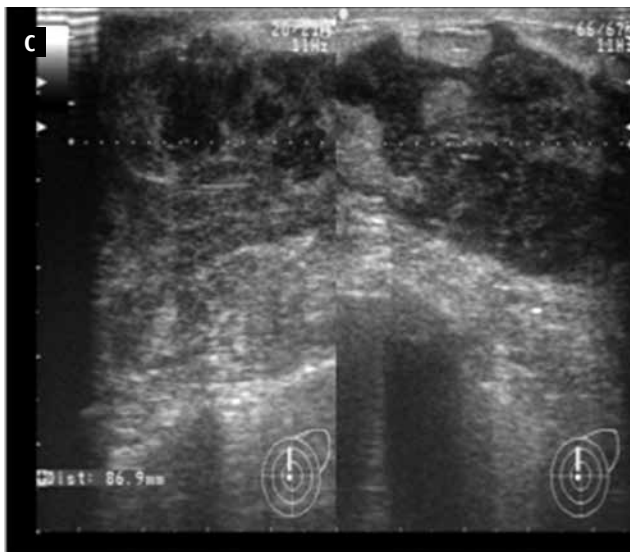
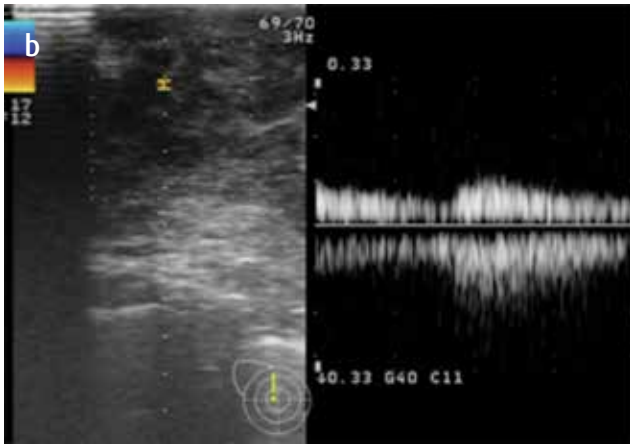
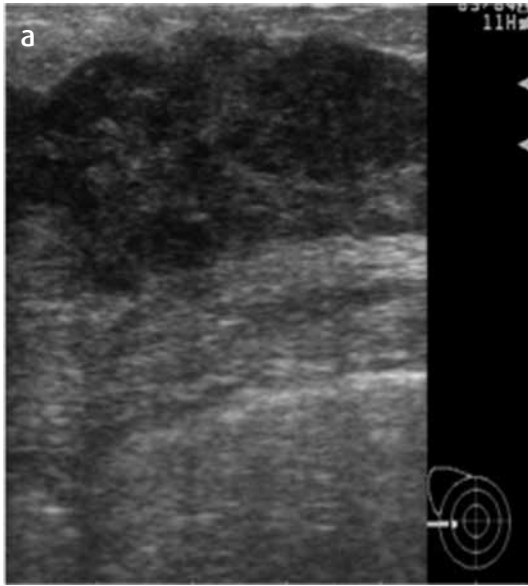


Figura 2. Ecografía que muestra una masa sólida, mal definida. a) Ecogénico. b) Predominio en el lado izquierdo. c) Con flujo en su interior.

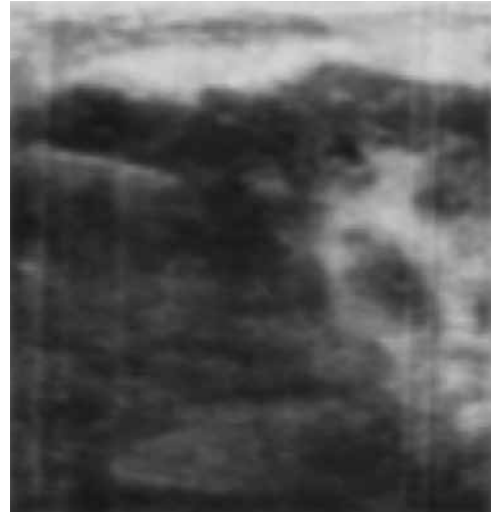


Figura 3. Biopsia tru-cut de la lesión sólida.

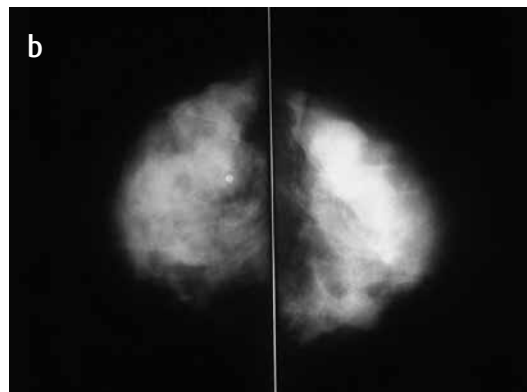
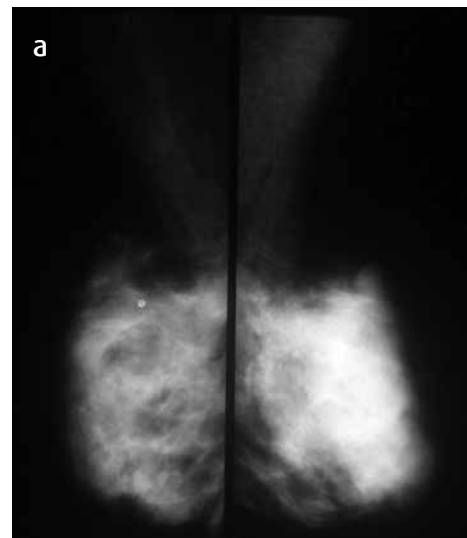


Figura 4. Mamografía bilateral. Proyecciones: a) Proyección LMO, donde se evidencia una alta densidad mamaria bilateral, con calcificación gruesa en el seno derecho y asimetría focal cuadrante supero externo izquierdo. b) Proyección CC.

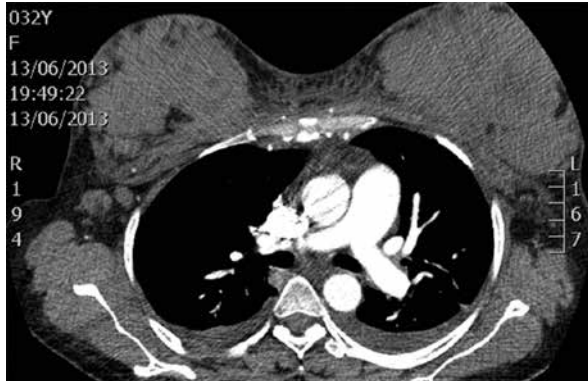


Figura 5. TC de corte coronal, evidencia una alta densidad de ambos senos.

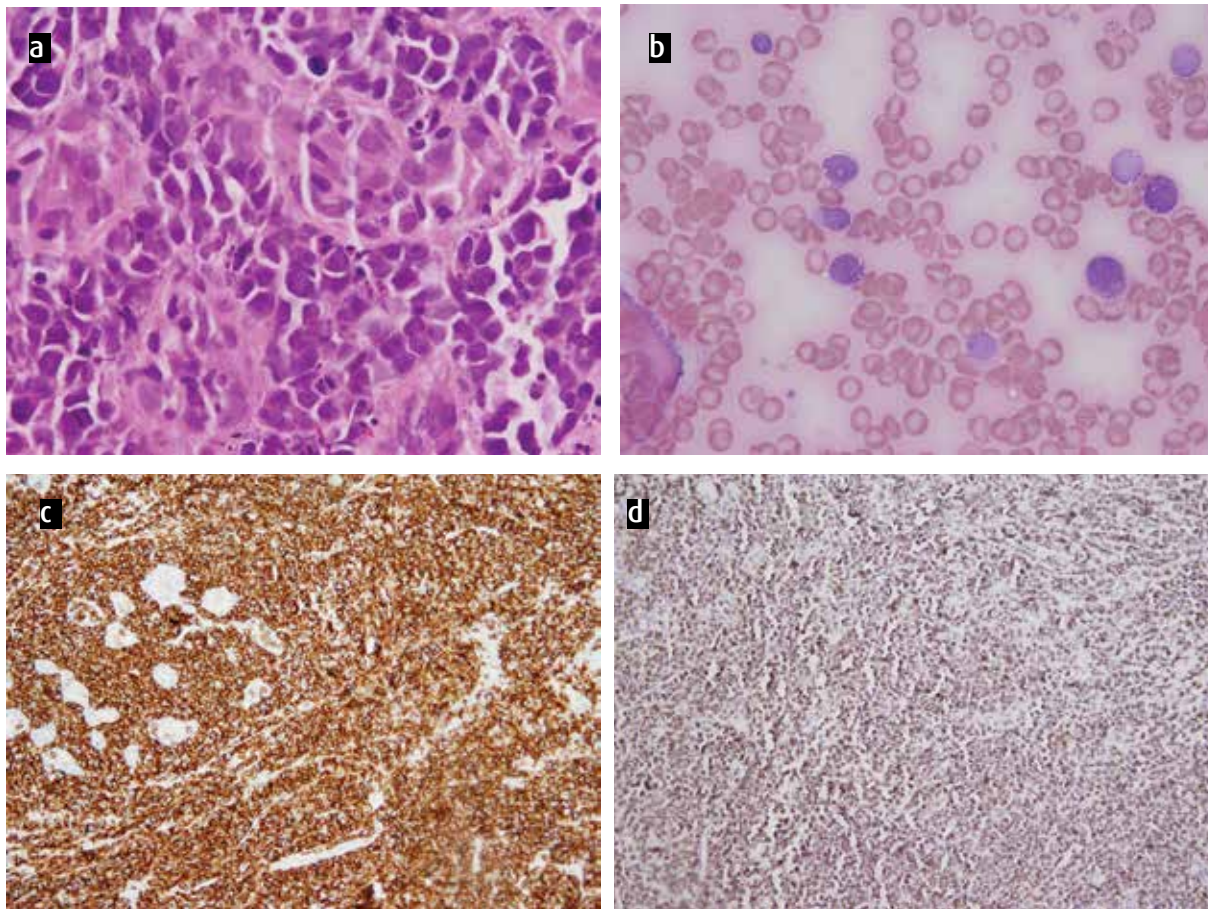


Figura 6 a, b, c y d). En ambos senos se observan células medianas con citoplasma escaso y basófilo (de aspecto linfoide), y presencia de vacuolas en el citoplasma. Además hay mitosis y apoptosis frecuentes. Las células neoplásicas son positivas con el CD20, CD10, bcl6, y negativas con el bcl2, tdt, el CD3 y la citoqueratina AE1/AE. El índice de proliferación con el Ki67 es cercano al 100 %.

Discusión

Los linfomas primarios de seno son raros, se presentan entre el 0,04 y el 0,5 % de las neoplasias malignas en seno, el compromiso bilateral se da en el 11 % (1). Debe ocurrir en ausencia de linfoma previamente detectado en otra localización (2,3).

El linfoma de Burkitt y el linfoma Burkitt-like conforman el 10,3 % de los linfomas primarios de seno. Ocurren en el embarazo o el posparto por estímulo hormonal (1,3-5).

El probable origen se relaciona con el tejido linfoide asociado a la mucosa, el tejido linfoide del seno adyacente a los ductos y los lóbulos o nódulos linfáticos intramamarios.

Hay un aumento y proliferación de nodos linfáticos o tejido linfóide secundario (1,3,6,7). Se caracteriza por la translocación y desregulación del gen c-myc en el cromosoma 8, asociado con la infección crónica, la inmunosupresión, las enfermedades del colágeno, medioambiental, los rasgos hereditarios, etc. (8).

Las presentaciones clínicas son endémicas, esporádicas y asociadas a la inmunodeficiencia. La endémica, también conocida como africana, se da en mujeres jóvenes africanas y está estrechamente relacionada con el virus de Epstein-Barr y la malaria. La esporádica se presenta más frecuentemente en Europa y Estados Unidos (6) y se caracteriza por la rápida diseminación y un pobre pronóstico, aunque se ha descrito la regresión espontánea al terminar la lactancia (1,6).

Se manifiesta clínicamente con masa dolorosa, que es la presentación más común (61 %), en cuadrante supero-externo (48 %), dolor local (12 %), inflamación local (11 %), nódulos linfáticos (25 %) y como hallazgos incidentales en la mamografías (12 %) (1,3).

Se usa el sistema de estadificación de Ann Arbor, con escala de I a IV y A-B; donde A significa que no hay síntomas, mientras que B implica que hay fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10 % del peso corporal en los seis meses previos; dependiendo del compromiso, que adiciona E para referirse a la afectación extra nodal (9). El estadio I se refiere a la afectación de una única región ganglionar (I) o de un único sitio u órgano extraganglionar (I-E); el estadio II, tiene afectación de dos o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (II) o afectación localizada de un sitio extraganglionar u órgano (II-E) y una o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma; el estadio III, cuando hay afectación de regiones linfáticas ganglionares a ambos lados del diafragma (III), que pueden estar acompañadas por afectación localizada de un sitio u órgano extraganglionar (III-E) o esplénica (III-S) o de ambas (III-ES), y estadio IV, si la afectación es difusa o diseminada de uno o más órganos extraganglionares distantes, con o sin afectación asociada de los ganglios linfáticos.

Imaginología

Mamografía

Las masas tienden a ser de alta densidad o comúnmente irregulares o parcialmente definidas; solo el 12,5 % tiene los contornos bien definidos (1,6).

Entre el 16 y el 33 % tienen el patrón de incremento difuso de la densidad del parénquima, con o sin aumento del grosor de la piel en la mamografía, por lo que esta no es patognomónica (1,10).

Puede visualizarse una masa circunscrita (solitaria o múltiple), de tipo infiltrativo y difuso. Si hay ganglios axilares bilaterales se debe sospechar un linfoma secundario.

La diferencia entre una masa por cáncer de seno y el linfoma es la falta de microcalcificaciones y espiculación (1,10,11).

Ecografía

Sirve para confirmar la presencia de masas sólidas y puede informar desde una masa bien definida hasta una masa pobremente definida, difusa o focal, hipo o hiperecoica. Lo más común es una masa sólida, hipervascular, irregular, de márgenes mal definidas (1,3,11).

Resonancia magnética

Se visualiza como una masa de baja intensidad, bien definida en el T1; de alta intensidad en el T2, de realce heterogéneo con el medio de contraste y con un rápido incremento inicial y *washout* (1,2,11).

PET/CT

Es la modalidad de elección para la estadificación y el seguimiento. La imagen demuestra un aumento de la actividad metabólica de 2 fluorino-18; fluro-2 deoxi d-glucosa.

Las indicaciones son estadificación, ver actividad del tumor y tratamiento (11).

Los diagnósticos diferenciales son fibroadenoma, tumor filoides (*phylloides*), cáncer de mama primario, cáncer de mama inflamatorio, mastitis, congestión venosa, enfermedad metastásica (3).

El diagnóstico se hace idealmente por biopsia tru-cut guiada por una ecografía (3,11).

Conclusiones

El linfoma de Burkitt es una entidad rara que debe sospecharse en pacientes en embarazo o puerperio con mastitis que no presentan mejoría. Las imágenes son inespecíficas y debe realizarse una correlación clínica junto con estudios histopatológicos que hacen el diagnóstico correcto.

Referencias

- Surov A, Holzhausen HJ, Wienke A, et al. Primary and secondary breast lymphoma: prevalence, clinical signs and radiological features. *Br J Radiol.* 2012;85:e195-205.
- Jeanneret-Sozzi W, Taghian A, Epelbaum R, et al. Primary breast lymphoma: patient profile, outcome and prognostic factors. A multicentre Rare Cancer Network study. *BMC Cancer.* 2008;8:86.
- Joks M, Myśliwiec K, Lewandowski K. Primary breast lymphoma - a review of the literature and report of three cases. *Arch Med Sci.* 2011;7:27-33.
- Aghadiuno PU, Akang EE, Ladipo JK. Simultaneous bilateral malignant breast neoplasms in Nigerian women. *J Natl Med Assoc.* 1994;86:365-8.
- Horowitz NA, Benyamini N, Wohlfart K, et al. Reproductive organ involvement in non-Hodgkin lymphoma during pregnancy: a systematic review. *Lancet Oncol.* 2013;14:e275-82.
- Sabate JM, Clotet M, Torrubia S, et al. Radiologic evaluation of breast disorders related to pregnancy and lactation. *Radiographics.* 2007;27(Suppl 1):S101-24.
- Jennings WC, Baker RS, Murray SS, et al. Primary breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. *Ann Surg.* 2007;245:784-9.
- Miles EF, Jacimore LL. Synchronous bilateral breast carcinoma and axillary non-hodgkin lymphoma: a case report and review of the literature. *Case Rep Oncol Med.* 2012;2012:685919.
- Bachanova V, Connors JM. Hodgkin lymphoma in pregnancy. *Curr Hematol Malig Rep.* 2013;8:211-7.
- Ilić N, Petricević A, Radonić V, et al. [Bilateral malignancy of the breast]. *Acta Chir Jugosl.* 1989;36(Suppl 1):290-3.
- Schillaci O, Travascio L, Lacanfora A, et al. Rare lymphoid malignancies of the breast: report of two cases illustrating potential diagnostic techniques. *J Radiol Case Rep.* 2012;6:43-50.

Correspondencia

José Fernando Vallejo Díaz

FUCS

Carrera 19 # 8-32

Bogotá, Colombia

Jvallejo_diaz@hotmail.com

Recibido para evaluación: 7 de octubre de 2013
Aceptado para publicación: 3 de febrero de 2014