

Leishmaniasis en un paciente con linfoma de Hodgkin

A patient with leishmaniasis and concomitant Hodgkin lymphoma

Osycka MV, Vallejo VM, Burgos AS, Rivera MJ

ALUMNOS DEL CURSO SAH 2015-2017

Hospital J. M. Ramos Mejía - Servicio de Hematología

hematologiaramosmejia@gmail.com

Fecha recepción: 15/02/2017
Fecha aprobación: 17/08/2017



IMÁGENES EN
HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA
Volumen 21 n° 2: 241-244
Mayo - Agosto 2017

Palabras claves: Linfoma de Hodgkin,
Leishmaniasis,
Inmunocompromiso.

Keywords: Hodgkin lymphoma,
Leishmaniasis,
Immunocompromise.

Resumen

Presentamos el caso clínico de un varón de 51 años de edad, oriundo de Paraguay, que consulta por síndrome de impregnación de 16 meses de evolución. Presenta hepatoesplenomegalia y adenopatías. Se realiza biopsia escisional ganglionar arribando al diagnóstico de leishmaniasis y linfoma de Hodgkin. Es nuestro interés presentar el caso y tratar de explicar la relación entre leishmaniasis y linfoma de Hodgkin.

Abstract

We report the case of a 51-year-old Paraguayan male who consulted with an impregnation syndrome lasting 16 months. He presented hepatosplenomegaly and lymphadenopathy. A lymph node biopsy was diagnostic for leishmaniasis and Hodgkin lymphoma. It is our interest to report this case and to try to explain the relationship between leishmaniasis and Hodgkin lymphoma.

Introducción

La leishmaniasis puede presentarse en pacientes inmunocomprometidos, pero es excepcional la coincidencia con neoplasias hematológicas. Los pacientes con linfoma de Hodgkin presentan alteraciones en su sistema inmune que pueden predisponer a infecciones oportunistas. La leishmaniasis, por su parte, tiene efectos deletéreos en macrófagos y células dendríticas, lo que permite el escape inmune de las células neoplásicas. Es nuestro interés presentar un paciente con diagnóstico de leishmaniasis en el contexto de linfoma de Hodgkin y revisar los posibles mecanismos fisiopatológicos involucrados.

Caso clínico

Varón de 51 años, oriundo de Paraguay, que consulta por fiebre, sudoración, astenia y pérdida de peso, de 16 meses de evolución. Al examen físico presenta palidez, adelgazamiento (12 kg), hepato-esplenomegalia, ganglios cervicales pequeños, pero voluminosos en cadena ilíaca izquierda y retroperitoneo. Se realiza biopsia escisional ganglionar y se envían muestras a bacteriología, micología y anatomía patológica.

El Servicio de Micología informa el hallazgo de protozoarios intracelulares en macrófagos -amastigotes- arribándose al diagnóstico de leishmaniasis visceral. El estudio anatomopatológico del ganglio extraído revela compromiso por enfermedad de Hodgkin de

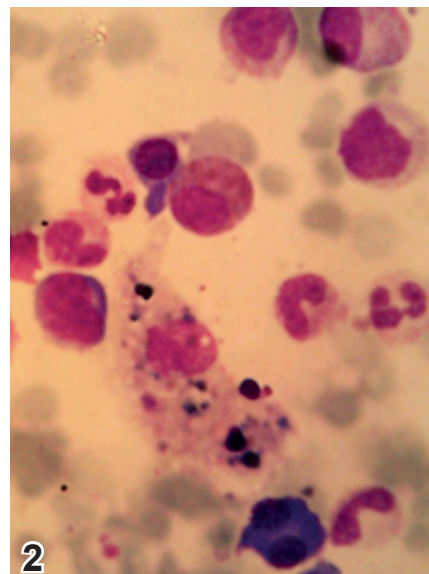
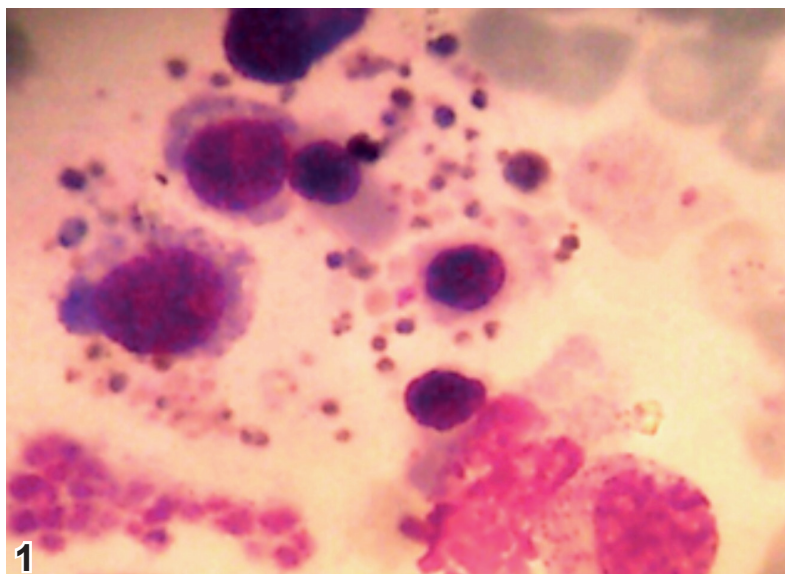
tipo celularidad mixta (Figuras 3 a 8). Se realiza biopsia con aspirado de médula ósea. En los extendidos, teñidos con May-Grünwald Giemsa, se observa la presencia de inclusiones macrofágicas compatibles con amastigotes (Figuras 1 y 2). El informe de anatomía patológica revela médula ósea con cambios dishematopoyéticos y ausencia de compromiso por linfoma de Hodgkin.

El paciente realiza tratamiento con anfotericina liposomal pero evoluciona tópidamente, presenta fallo multiorgánico y fallece.

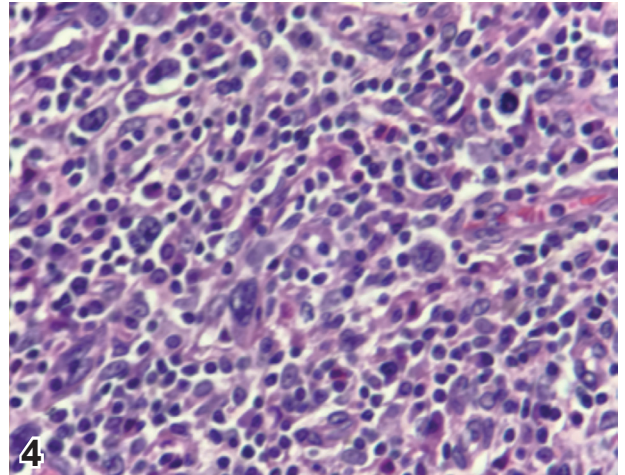
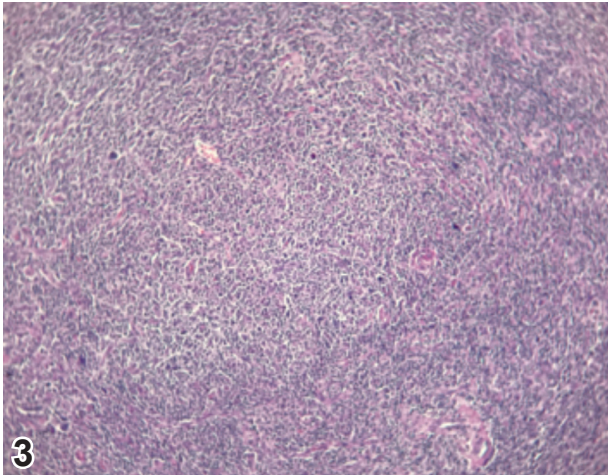
Discusión

La leishmaniasis ha emergido como una infección oportunista severa en áreas endémicas, con efectos deletéreos en la función de los macrófagos y de las células dendríticas, lo que permite a las células neoplásicas escapar de la destrucción inmune. Se la reconoce como una enfermedad oportunista en pacientes con HIV y enfermedades malignas, con pocos casos reportados en la bibliografía internacional. Por otro lado, el linfoma de Hodgkin presenta alteraciones inmunes que predisponen a este tipo de infecciones.

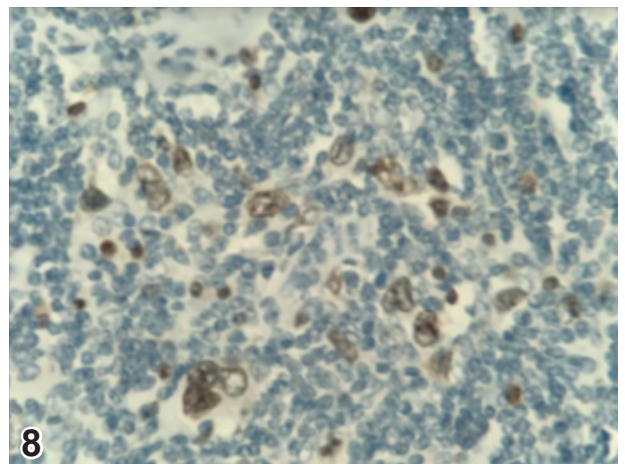
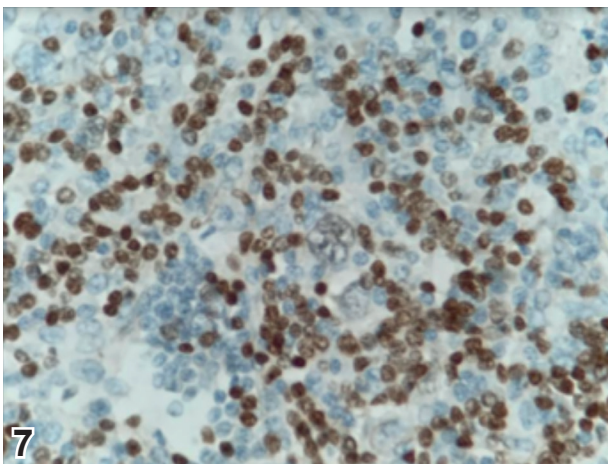
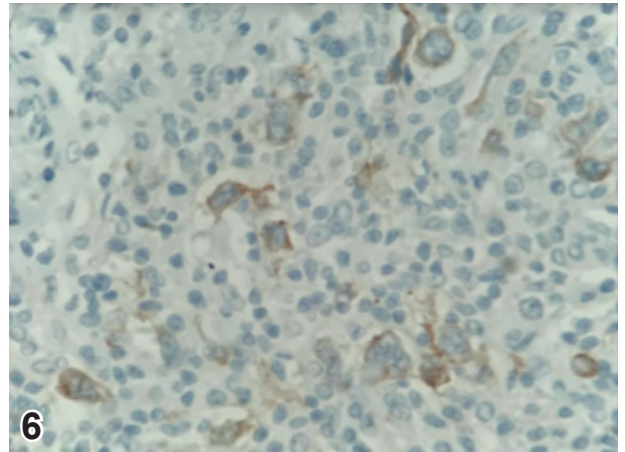
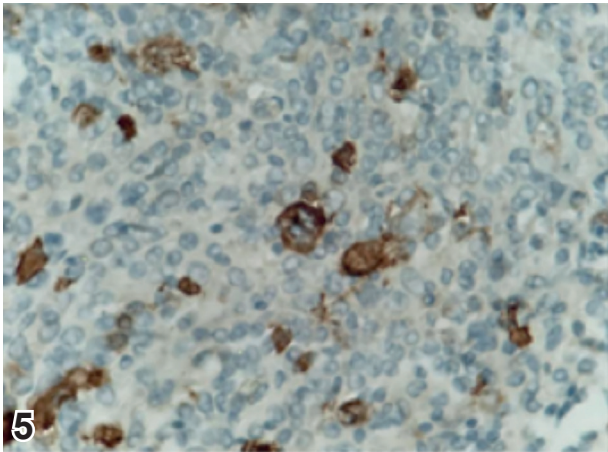
Al ser enfermedades que comparten características en cuanto a la forma de presentación, su coexistencia puede no ser percibida, lo que genera una conducta terapéutica inadecuada, con perjuicio para la evolución del paciente.



Figuras 1 y 2. Amastigotes en macrófagos en el extendido de médula ósea. Obsérvese imágenes típicas "en cometa" del parásito. Fotografía: Rosana Ziloni (Técnica en Hematología/Citoquímica, Laboratorio de Hematología, Hospital Ramos Mejía)



Figuras 3 y 4. H&E Ganglio linfático del paciente. A mayor aumento se observan células de Reed-Stenberg. Dra. Marcela De Dios (Anatomía Patológica, Hospital Municipal de Oncología María Curie)



Figuras 5 a 8. Ganglio linfático. Inmunohistoquímica para 5) CD15; 6) CD30; 7) Pax5 y 8) Mum-1, todos positivos en células de Reed-Stenberg. Dra. Marcela De Dios (Anatomía Patológica, Hospital Municipal de Oncología María Curie)

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración de la Dra. Irene Rey, Jefa de Hematología, de Rosana Ziloni, técnica en Hematología/Citoquímica, Laboratorio de Hematología, del Dr. Javier Afeltra y Dra Roxana Vitale Micología, del Hospital Ramos Mejía, y de la Dra. Marcela de Dios del Servicio de Patología del Hospital Municipal de Oncología María Curie.

Declaración de conflictos de interés:

los autores declaran que no poseen conflictos de interés.

Bibliografía

1. Domingues M, Menezes Y, Ostronoff F. Coexistence of Leishmaniasis and Hodgkin's lymphoma in a lymph node. *J Clin Oncol.* 2009 Nov 10;27(32):184-5.
2. Pani CK, Mohapatra S, Samantaray JC et al. Visceral Leishmaniasis as a Cause of Persistent Fever in Pediatric Hodgkin Lymphoma. *Pediatric Infectious Disease Journal.* 2011 July;30(7):630-631.