



Figura 6. Aspecto granulomatoso del tumor. Existe un tejido muy vascularizado con infiltración inflamatoria mononuclear y células fusiformes atípicas. Hematoxilina-eosina 200 x.

de tipo anaplásico, de acuerdo con la preponderancia de los espacios vasculares, de los componentes de células fusiformes y del grado de polimorfismo celular.

En el caso presente el aspecto histopatológico corresponde según Lothe y Taylor a un tumor primario, cuyas características son de benignidad relativa pues cuando es metastá-

sico se observa mayor anaplasia.

A pesar de la rareza de esta entidad, dado este primer caso, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de tumores del canal vertebral.

SUMMARY

A case of Kaposi Sarcoma of the vertebral duct is reported as an unfrequent cause of medular compression syndrome. The literature was reviewed and four cases of Central Nervous System were found. Mention is made of the etiology, clinical picture and treatment of the entity.

REFERENCIAS

1. Abramson, A. L. Kaposi sarcoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol* 92: 505-508, 1970.
2. Calenoff, L. G. Gastrointestinal Kaposi sarcoma. Roentgen manifestations. *Am J Roentgenol* 114: 525-258, 1972.
3. D' Oliveira J. J. Kaposi sarcoma in the Bantu of Mozambique. *Cancer* 30: 553-561, 1972.
4. Kaposi sarcoma. *Lancet* 1: 300-301, 1973.
5. Lanzotti, V. Chemotherapy for advanced Kaposi's sarcoma. *Arch Dermatol* 111: 1331-1333, 1975.
6. Rwomushana, R. J. Kaposi's sarcoma of the brain: a case report with necropsy findings. *Cancer* 36: 1127-1131, 1975.
7. Lubin, J.: Lymphoma-Like lymphnode changes in Kaposi's sarcoma. Two additional cases. *Arch Pathol* 92: 338-341, 1971.

RECAIDA TARDIA EN LINFOMA DE BURKITT

Fabio D. Perera, M. D.¹ y Jaime Palma, M. D.²

EXTRACTO

Las recaídas tardías son raras en el linfoma de Burkitt y los pacientes que mantienen su remisión inicial por más de 2 años, se pueden considerar clínicamente "curados". En este artículo se informa el caso de una niña con linfoma de Burkitt que después de 4 años de remisión continua, recayó solamente en el sistema nervioso central, sin evidencia de tumor en otro sitio. Se hacen algunas consideraciones acerca de esta situación excepcional.

El linfoma de Burkitt es un linfoma maligno, difuso, indiferenciado, que se origina en los linfocitos B. Aunque es endémico en el África tropical, se presenta en muchos países. Ha recibido atención mundial debido a las respuestas sostenidas a la quimioterapia y a su fuerte asociación con

el virus de Epstein Barr, por lo menos en pacientes africanos¹. Parece haber 2 patrones de recaída, es decir, "temprana" y "tardía", por lo menos en los casos africanos, pero también se sabe que después de 2 años de remisión completa, las recaídas son extremadamente raras. El propósito de este artículo es presentar un caso de linfoma de Burkitt en una niña cuya recaída sucedió después de 4 años de remisión inicial sostenida.

INFORME DEL CASO

La paciente es una niña de raza negra, de 9 años, que se presentó en el Hospital Universitario del Valle (HUV) de Cali, en Julio de 1973 con varias masas en el cuello y la mandíbula y una gran masa en el lado derecho del abdomen. El hemograma mostró solamente una anemia moderada con médula ósea normal, pero no se practicó punción lumbar. La radiografía de tórax fue normal, pero en las de la mandíbula se vieron múltiples masas de tejidos blandos y lesiones osteolíticas del lado izquierdo. La urografía evidenció una gran masa retroperitoneal en la fosa ilíaca derecha, con ligera dilatación de la pelvis renal derecha. En la biopsiade

1. Instructor, Departamento de Pediatría, Universidad del Valle, División de Salud, Cali, Colombia.
2. Auxiliar de Cátedra, Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle, División de Salud, Cali, Colombia.

una de las masas mandibulares se diagnosticó linfoma de Burkitt, de acuerdo con los criterios de Berard et al.³ El estado clínico fue III en la antigua⁴ y D en la nueva clasificación de Ziegler¹. La paciente recibió 6 dosis de ciclofosfamida, 30 mg/kg endovenosos (EV), cada 3-4 semanas y 1 dosis única de metotrexate EV 20 mg/kg con la primera dosis de ciclofosfamida. Hubo una rápida y dramática desaparición del tumor y cesaron los signos y síntomas. En Abril de 1974, una re-evaluación (hemograma, médula ósea, líquido cefalorraquídeo, estudios de función renal y urografía), dio resultados normales.

En el seguimiento periódico hubo buenas condiciones hasta Octubre de 1977, cuando empezó a presentar cefalea, debilidad del lado izquierdo del cuerpo y desviación de la boca hacia la izquierda. En el examen físico se vio desviación de la boca y hemiparesia izquierda, pero no se encontraron masas tumorales. En esa ocasión los exámenes de laboratorio (hemograma, transaminasas, fosfatasa alcalina, glicemia, nitrógeno uréico y, ácido úrico) lo mismo que las radiografías de cráneo y tórax, fueron normales. Se intentó hacer una arteriografía carotídea derecha, pero resultó sub-intima aunque sugestiva de hidrocefalia. En el líquido cefalorraquídeo había 50 linfocitos/mm³, 78 neutrófilos/mm³, 67.5 mg₀ de proteína, 85₀/mg de glucosa, y su citología mostró células malignas muy semejantes a linfoblastos.

El tratamiento con 5 dosis de metotrexate intratecal, 10 mg, 2 veces por semana, prednisona, radioterapia craneana simultánea, 2400 rads en 2.5 semanas, y además 2 dosis de ciclofosfamida, 30 mg/kg EV, con 2 semanas de diferencia, produjo desaparición gradual del déficit neurológico. Actualmente recibe las mismas dosis de ciclofosfamida EV y metotrexate intratecal en forma mensual y se encuentra asintomática 18 meses después de la recaída.

DISCUSION

La respuesta inicial al tratamiento de linfoma de Burkitt, es regularmente completa y a menudo dramática, pero un gran porcentaje de pacientes recaen. Hay 2 patrones de recaída, por lo menos en el tumor africano.

Los pacientes que recidivan tempranamente (menos de 6 meses), responden poco a la quimioterapia y su pronóstico es desfavorable. Los que hacen recaídas tardías, reaccionan mucho mejor a la quimioterapia secundaria y su respuesta es igual a la del tratamiento inicial.⁵

Las recaídas después de 2 años de remisión continua, son muy raras y quienes se mantienen indemnes después de este período, se pueden considerar clínicamente curados.⁶ Esta paciente entró en remisión con facilidad y la mantuvo por 4 años completos, hasta que hizo nuevas manifestaciones del sistema nervioso central. La ocurrencia tardía de recaídas en el linfoma de Burkitt, se podría explicar entre otras posibilidades, por reinducción del tumor mediado por el agente oncogénico original.⁵ Si tal es el caso, esta paciente podría representar la situación poco común de una recaída tardía en un sitio (el sistema nervioso central), donde los tumores primarios son excepcionalmente raros⁷. Por supuesto, se puede argumentar que no hay prueba histológica fuera de la citología del líquido cefalorraquídeo, de que el segundo tumor en la paciente es de verdad linfoma de Burkitt. Sin embargo, la excelente respuesta al tratamiento secundario, que está de acuerdo con el patrón de recaída tardía en el linfoma de Burkitt, es muy sugestiva en el caso presente.

SUMMARY

Late relapses are unusual in Burkitt's Lymphoma and patients sustaining initial remission over 2 years are considered clinically "cured". We here present a case of Burkitt's Lymphoma in a child with a relapse within the Central Nervous System after 4 years of sustained complete remission. Several considerations about this unusual situation are made.

REFERENCIAS

1. Ziegler, J. L.: Treatment results of 54 American patients with Burkitt's lymphoma are similar to the African experience. *New Engl J Med* 297: 75-80, 1977.
2. Levine, P. H., Cho, B. R., Conneally, R. R., Berard, C. W., O'Connor, G. T., Dorfman, R. F., Easton, J. M. y De Vita, V. T.: The american Burkitt's lymphoma registry: a progress report. *Ann Int Med* 83: 31-36, 1975.
3. Berard, C., O'Connor, G. T., Thomas, L. B. y Torloni, H.: Histopathological definitions of Burkitt's tumour. *Bull WHO* 40: 601-607, 1969.
4. Ziegler, J. L.: Chemotherapy of Burkitt's lymphoma. *Cancer* 30: 1534-1540, 1972.
5. Ziegler, J. L., Bluming, A. Z., Fass, L. y Morrow, R. H.: Relapse patterns in Burkitt's lymphoma. *Cancer Research* 32: 1267-1272, 1972.
6. Nkruma H, F. K. y Perkins, I. V.: Burkitt's lymphoma. A clinical study of 110 patients. *Cancer* 37: 671-676, 1976.
7. Valsamis, MP., Levine, P. H., Rapin, I., Santorineov, M. y Shilman, K.: Primaty intracranial Burkitt's lymphoma in an infant. *Cancer* 37: 1500-1507, 1976.