



Linfoma renal bilateral

O. Gorriño, A. García Bolado, L. Oleaga y D. Grande

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de Basurto. Bilbao.

Sr. Director:

Presentamos un caso de linfoma renal que debutó con insuficiencia renal. La infiltración linfomatosa del sistema genitourinario constituye el tercero en orden de frecuencia, a pesar de ser poco frecuente^{1,2}.

Cada vez es más frecuente el uso de técnicas de imagen para caracterizar las lesiones renales, y determinar la extensión de las mismas. El linfoma renal tiene múltiples formas de presentación para las cuales las técnicas de imagen pueden resultar útiles. Nuestro caso se trata de un linfoma renal secundario con afectación bilateral.

Paciente de 81 años que ingresa por un cuadro de insuficiencia renal de carácter obstructivo secundario. A la exploración física llama la atención la esplenomegalia. En la analítica se observa Hg de 8,2 g/dl, urea 126 mg/dl, creatinina 1,59 mg/dl, proteínas totales 7,7 g/dl, con ionograma normal, y sedimento urinario sin alteraciones significativas. El estudio de inmunofenotipaje de sangre periférica detecta una población del 6% positivo a marcadores de citología de síndrome linfoproliferativo B.

La ecografía detecta esplenomegalia, aumento de tamaño de ambos riñones (fig. 1), y adenopatías retroperitoneales. La tomografía computarizada (TC) demuestra hepatoesplenomegalia, riñones aumentados configurando masas de aspecto infiltrativo, y grandes adenopatías (fig. 2). En la urografía se observa ectasia de sistemas excretores y ocupación de las pelvis renales. Finalmente se realizó biopsia guiada por ecografía. La anatomía patológica demuestra una proliferación celular neoplásica constituida por elementos linfoides siendo el diagnóstico final de tejido renal infiltrado por linfoma linfocítico B.

DISCUSIÓN

Presentamos un caso de linfoma renal secundario con afectación bilateral junto con adenopatías y esplenomegalia.

Correspondencia: Olatz Gorriño
Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital de Basurto
Avda. de Montevideo, 18
48013 Bilbao
E-mail: olagorri@hbas.osakidetza.net

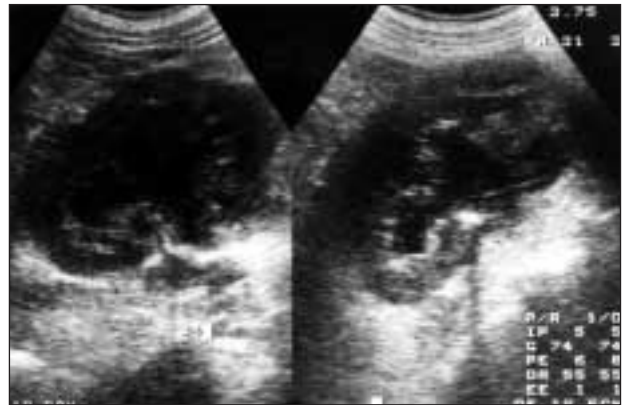


Fig. 1.—En la ecografía se visualizan ambos riñones con dilatación del sistema excretor y pérdida de la diferenciación corticomedular.



Fig. 2.—En la TC los riñones aparecen aumentados de tamaño con contornos polilobulados y pérdida de la diferenciación corticomedular. Calcificaciones vasculares en su interior y dilatación de la pelvis renal derecha. Múltiples adenopatías retroperitoneales y esplenomegalia.

La mayoría de los casos publicados son linfomas secundarios^{3,4}, siendo necesarios una serie de criterios para concluir que el linfoma renal es primario⁴. Todos los casos publicados son de células B, predominantemente No Hodgkin^{1,2,4,5}. Esta patología poco frecuente del riñón presenta un cuadro clínico silente hasta fases avanzadas que comienza con clínica inespecífica y más raramente como insuficiencia renal aguda⁵.

Existen varios métodos de imagen para caracterizar las lesiones renales, y como primera técnica debemos utilizar la ecografía. La urografía intravenosa aporta información sobre la función renal y la resonancia magnética permite una buena caracterización tisular y evaluación de la vascularización renal. Sin embargo la TC sigue siendo la técnica más sensible y eficaz en el estudio de pacientes con masas renales¹⁻⁵, ya que además permite valorar la afectación extrarenal y proporciona una correcta estadificación⁵.

La afectación renal secundaria puede presentarse con distintos patrones que podemos dividir en:

- Masas múltiples: el patrón más frecuente (60%⁵). Suele ser bilateral.
- Masa única (10-20%⁵): puede ser indistinguible del carcinoma renal.
- Extensión retroperitoneal y/o perirrenal (25-30%⁵).
- Afectación difusa (20%⁵): casi siempre bilateral. Produce nefromegalia con preservación del contorno renal como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial habría que plantearlo con afectación metastásica bilateral o inflamatoria⁶.

Concluimos señalando la importancia de las técnicas de imagen en el estudio de las masas renales, para una correcta caracterización y ayuda en el diagnóstico diferencial de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reznick RH, Mootosamy I, Web HAW, Richards MA: CT in renal and perirenal lymphoma: a further look. *Clinical Radiology* 42: 233-238, 1990.
2. Jafri SZH, Bree RL, Amendola MA, Glazer GM, Schwab RE, Francis IR y cols.: CT of renal and perirrenal Non-Hodgkin lymphoma. *AJR* 138: 1101-1105, 1982.
3. Cohan RH, Reed Dunick N, Leder RA, Baker ME: Computed tomography of renal lymphoma. *Journal of Computed Assisted Tomography* 14 (6): 933-938, 1990.
4. Yasunaga Y, Hoshida Y, Hashimoto M, Miki T, Okuyama A, Aozasa K: Malignant lymphoma of the kidney. *Journal of Surgical Oncology* 64: 207-211, 1997.
5. Urban BA, Fisham EK: Renal lymphoma: CT patterns with emphasis on helial CT. *Radiographics* 20: 197-212, 2000.
6. Pickharde PJ, Lonagan GJ, Davis CJ, Kashitchi N, Wagner BJ: Infiltrative renal lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 20: 215-243, 2000.