

## LINFOMA DE BURKITT DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Jiménez Ruiz Sandra, Bailén Vergara Andrea, Vicente Costa Sara, Burillo Sánchez María, Viteri Estévez Estefanía. Servicio de pediatría, Hospital Vega Baja, Orihuela.

### INTRODUCCIÓN:

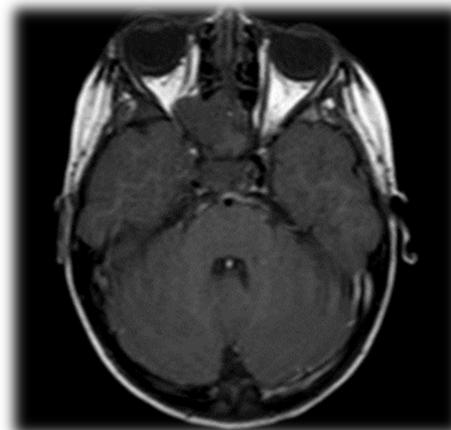
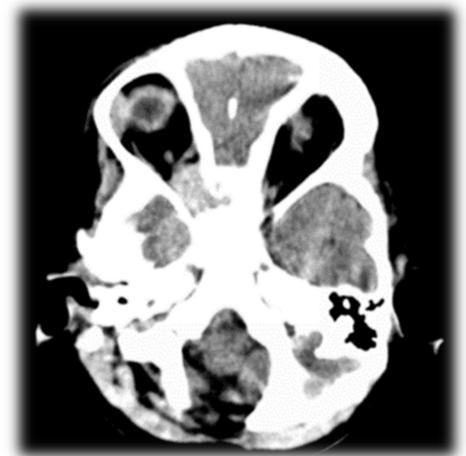
La incidencia del linfoma de Burkitt en Europa es de 2.2 casos por millón, siendo máxima a los 11 años y con predominio en varones.

La forma no endémica generalmente cursa con una presentación abdominal. Los síntomas suelen ser obstrucción o hemorragia gastrointestinal (simulando apendicitis aguda o invaginación). En ocasiones la presentación abdominal es difusa y masiva afectando al mesenterio, peritoneo, riñones y ovarios. El 25% presentan afectación mandibular o de huesos faciales; el 30% afectación de médula ósea y el 15% afectación del SNC.

El diagnóstico definitivo requiere biopsia y análisis citogenético; siendo el pilar del tratamiento la quimioinmunoterapia. Las recaídas suelen ocurrir en los primeros dos años y son clínicamente agresivas, generalmente con mal pronóstico.

### CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una preescolar de 2 años que acude a urgencias por limitación de la rotación externa del ojo derecho. Además presenta astenia, alteración del comportamiento con disminución de la ingesta y estreñimiento de dos semanas de evolución. El resto de la exploración física y la analítica inicial es normal. Ante focalidad neurológica se realiza TC craneal en el que se aprecia lesión en ápex orbitario y en fosa craneal media. Posteriormente se realiza estudio de extensión en el que se identifican tumoraciones en riñón derecho e izquierdo, pancreáticas, anaxiales, ganglionares, mandibular y en musculatura paravertebral. Se realiza biopsia de esta última que resulta diagnóstica de linfoma de Burkitt. Tras realización del resto de pruebas complementarias se clasifica a la paciente en un estadio IV con afectación de médula ósea, presentando estudio compatible con neoplasia B de célula germinal CD95- IgM+ confirmándose  $t(8;14)$  (8q21; 14q32) (c.MYC/IgH). No presenta afectación del sistema nervioso central tras análisis seriados de LCR. Ante tales hallazgos se inicia tratamiento quimioinmunoterápico según protocolo con posterior respuesta morfo-metabólica completa en PET-TAC.



### CONCLUSIONES:

Una vez más, con la correcta anamnesis y exploración física podemos detectar signos de alarma que nos hagan sospechar patologías que requieran intervenciones urgentes para la obtención de los mejores resultados terapéuticos.

Si bien es cierto, la corta edad de algunos pacientes pediátricos puede conllevar a una menor colaboración en la exploración física, pudiendo pasar desapercibidos ciertos signos clínicos; por ello es importante prestar atención a las preocupaciones de los padres y reevaluar al paciente las veces que sean necesarias.