

Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”
Servicio de Hematología

Tratamiento intratumoral de un linfoma no- Hodgkin con manifestaciones cutáneas severas

Dr. Oscar Fernández Ramos,¹ Dr. Ernesto Morales Pérez,² Dr. Julio Toledo Alvarez,² Dra. Lissette Arias Galán² y Dra. Viviana Cristo Pérez²

Resumen

Se presenta un paciente de 70 años de edad, del sexo masculino, de la raza blanca que ingresó por un síndrome adénico y múltiples lesiones cutáneas con predominio en el miembro superior izquierdo. Se diagnosticó un linfoma no- Hodgkin difuso de células grandes. Recibió poliquimioterapia citostática que mejoró el estado general, pero no las lesiones cutáneas. Se decidió aplicar tratamiento intratumoral con metrotexate, lo que llevó a la desaparición de estas lesiones con mejoría del estado general y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Linfoma no- Hodgkin , tratamiento intratumoral , poliquimioterapia.

Los linfomas no- Hodgkin (LNH) pueden presentar lesiones dérmicas de diferentes grados de severidad, con respuesta variable a la poliquimioterapia (PQT) citostática sistémica, que corresponden generalmente a linfomas de células T.¹⁻³ Cuando un paciente con LNH debuta o evoluciona con tumores cutáneos necesita cuidados especiales debido a la posibilidad de complicaciones importantes como son: sangramientos , infecciones y el deterioro del estado físico y psíquico.²

Es por ello que se considera de interés informar los resultados del tratamiento intratumoral de un LNH con manifestaciones cutáneas severas.

Informe del paciente

Paciente del sexo masculino, de la raza blanca, de 70 años de edad, que ingresó por un síndrome adénico y múltiples lesiones cutáneas con predominio en el miembro superior izquierdo (MSI) de 3 a 10 cm, ulceradas, de tipo “coliflor”, con una altura de 0,5 a 1 cm, algunas de ellas con signos de infección. La biopsia de ganglio diagnosticó la presencia de un LNH difuso de células grandes.

Además de los tratamientos locales con limpieza, soluciones antisépticas y antibióticos, se impuso PQT

con ciclofosfamida, vincristina, prednisona y bleomicina⁴ (COP-B), lo cual ocasionó mejoría del estado general y disminuyó el síndrome adénico. No obstante, el cuadro cutáneo tumoral empeoró, especialmente en el MSI donde se planteó la posibilidad de amputación de este para reducir la masa tumoral y disminuir las posibilidades de complicaciones.

Sin embargo, antes de definir este proceder agresivo, se tomó la decisión de realizar tratamiento intratumoral con citostático con el método siguiente:

- Limpieza de la zona tumoral con agua y jabón (externa en todas las regiones e internas en las áreas permitidas según el estado de afectación).
- Esterilización con yodo, alcohol y uso de paño hendido.
- Empleo de metotrexate (presentación en bulbos de 50 mg) diluido en 10 mg/mL . Se realizó infiltración intratumoral de 20 a 50 mg , según el tamaño de la lesión (figs. 1 y 2).
- Posteriormente se puso metotrexate con torundas estériles en las lesiones ulceradas.



FIG. 1. Tumor linfomatoso de piel que ha sido infiltrado con metotrexate.



FIG. 2. Tumores múltiples de la pierna que disminuyeron gradualmente con el tratamiento de citostático intratumoral.

Las lesiones tumorales fueron infiltradas entre 3 y 6 veces según su tamaño y respuesta al tratamiento, hasta obtener su desaparición. Esto llevó a una respuesta completa con eliminación total de las masas tumorales y lesiones cicatriciales (figs. 3 y 4). El enfermo recuperó totalmente la función del MSI con desaparición de las infecciones y una notable mejoría del estado general y psíquico.

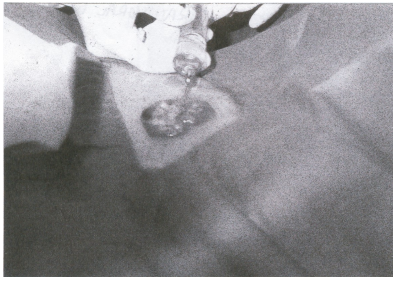


FIG. 3. Disminución del tumor linfomatoso observado en la figura 1 después del tratamiento intratumoral con metotrexate.



FIG. 4. Lesiones cicatriciales residuales después del tratamiento intratumoral. Existió desaparición de todas las lesiones infiltradas.

Como es conocido, el tratamiento habitual de los LNH con manifestaciones cutáneas es la PQT sistémica,⁵ asociada en ocasiones con la fotoféresis⁶ o la radioterapia superficial.⁷ Este último proceder no siempre es posible por las infecciones asociadas. El tratamiento intratumoral, según la información disponible, no ha sido utilizado, pero es fácilmente aplicable y como sucedió en el paciente presentado, la respuesta puede ser muy favorable y producir una remisión completa con franca mejoría de la calidad de vida.

Summary

Intratumoral treatment of a non-Hodgkin's lymphoma with severe cutaneous manifestations

The case of a 70-year-old white patient that was admitted for presenting adenine syndrome and multiple cutaneous lesions that predominated in the left upper limb, was reported. A diffuse large-cell non-Hodgkin's lymphoma was diagnosed. The patient received cytostatic polychemotherapy that improved his general state, but not the cutaneous lesions. It was decided to apply intratumoral treatment with methotrexate, which produced the disappearance of the lesions and an improvement of the general state and of the quality of life of the patient.

Key words: Non-Hodgkin's lymphoma, intratumoral treatment, polychemotherapy.

Referencias Bibliográficas

1. Burg G, Dummer R, Domman S, Nestle F, Nickoloff B. Pathology of cutaneous T-cell lymphoma. *Hematol/Oncol Clin North Am.* 1995;9:961-95.
2. Foss F, Sausville E. Prognosis and staging of cutaneous T-cell lymphoma. *Hematol/Oncol Clin North Am.* 1995;9:1011-9.
3. Faxas ME. Actualidad clínico-biológica de los linfomas T cutáneos . *Rev Cubana Med.* 2003;42:72-8.
4. Miller TP, Dahlberg S, Cassady JR. Chemotherapy alone compared with chemotherapy for localized intermediate-and high-grade non-Hodgkin lymphoma. *N Engl J Med.* 1998;339:21-6.
5. Castillo M, Díaz de Villegas E, Vigueras M, Sabatés M. Linfoma no Hodgkin tipo anaplásico de localización cutánea. Presentación de un caso. *Rev Cubana Med.* 2003;42:93-6.
6. Lin HW and Edelson RL. Photopheresis for the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. *Hematol/Oncol Clin North Am.* 1995;9:1117-26.
7. Jones GW, Hoppe RT , Glatstein E. Electron beam treatment for cutaneous T-cell lymphoma. *Hematol/Oncol Clin North Am.* 1995;9:1057-76.

Recibido: 18 de julio de 2005. Aprobado: 22 de agosto de 2005.

Dr. *Oscar Fernández Ramos*. Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay ”. Avenida 114 y 31, Marianao , Ciudad de La Habana, Cuba.

¹**Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Investigador Titular.**

²**Especialista I Grado en Hematología.**