

Linfoma primario de Colon descendente Comunicación de un caso

*María Guzmán **Milagros Quispe **Guillermo Quiroga
Doris Abanto *Jorge Mas

RESUMEN:

El linfoma primario de colon es un tumor poco frecuente del tracto gastrointestinal, mas aún en el colon descendente. Con el propósito de informar un caso de linfoma primario de colon y revisar la literatura se presenta este reporte de una mujer de 33 años donde el diagnóstico fue sospechado por el cuadro clínico, estudio por imágenes y endoscopia de fibra, y; confirmado por estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. La mujer fue sometida a laparotomía exploratoria. El diagnóstico final fue Linfoma a células B tipo MALT de alto grado (Linfoma no Hodgkin a células grandes), EII2.

PALABRAS CLAVES: Linfoma primario de colon, linfoma no Hodgkin, linfoma de células B

SUMMARY:

Primary colon lymphomas are very uncommon gastrointestinal tumors, more so in the descending colon. We would like to present this clinical entity with the case of a 33-year-old woman in order to inform them about the case of Primary colon lymphoma that was encountered and to review the literature. In her case, the diagnosis was suspected from the clinical symptoms, images and fiber endoscopy study. The diagnosis was confirmed by anatomopathology and immunohistoquimic study. The woman was subjected to exploratory laparotomy and the final diagnosis was given to be high-grade MALT type Lymphoma B cells (Non-Hodgkin's Lymphoma Big Cell) big cells) EII2.

KEY WORDS: Primary colon lymphoma, Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL), lymphoma B cells.

- * Médico asistente. Servicio Medicina Especialidades: Gastroenterología . Hospital III Cayetano Heredia. EsSalud-Piura
- ** Médicos residentes. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Cayetano Heredia. EsSalud-Piura
- *** Médico asistente. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital III Cayetano Heredia. EsSalud-Piura.
- **** Médico asistente. Servicio Cirugía Especialidades:Oncología. Hospital III Cayetano Heredia EsSalud-Piura.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas gastrointestinales primarios representan una entidad clinicopatológica diferente a los linfomas ganglionares.⁽¹⁾ Son los más frecuentes entre los linfomas extraganglionares primarios y constituyen entre el 1-4% de todos los tumores malignos del tubo digestivo.^(2,3) El 20% de las neoplasias malignas del intestino delgado son linfoma no Hodgkin, 1-7% de las neoplasias malignas gástricas corresponden a ésta patología y en colon y recto no supera el 1%, siendo la ubicación más inusual colon descendente, recto y sigmoides.^(4,5)

Dado que a veces los linfomas ganglionares invaden el tracto digestivo, se han establecido criterios diagnósticos estrictos (Criterios de Dawson) para definir el linfoma primario de tracto gastrointestinal, así mismo, el estadiaje clínico en linfoma de tracto gastrointestinal se basa en el Sistema de Ann Arbor modificado por Musshoff y determina el factor pronóstico más importante.^(1,6)

El diagnóstico de linfoma primario gastrointestinal es sugerido por el cuadro clínico, examen físico, estudio de imágenes y endoscopia, y; definido por estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico.^(2,3)

Con la intención de informar el caso, por lo infrecuente de esta patología, y revisar la entidad clínica nos avocamos a la realización de éste trabajo.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 33 años de edad, profesora, natural y procedente de Sechura-Piura, con diagnóstico de liquen plano en setiembre -2002 y papiloma hiperqueratósico en febrero-2003 por lo que recibió prednisona 50mg/día durante un año.

Es admitida al servicio de gastroenterología el 10 de junio-2004 con historia de 6 meses de evolución que inicia con dolor lumbar tipo cólico irradiado a flanco izquierdo e hipogastrio aproximadamente una vez por semana, de leve intensidad, cede en forma espontánea. Progresivamente los episodios de dolor se hacen más frecuentes, llegando a presentarlos todos los días, 1-2 veces por día. Son más intensos, obligando a usar antiespasmódicos con lo cual cede parcialmente y se va localizando en flanco izquierdo. Un mes antes a su ingreso se añade heces acintadas, tres semanas después la defecación se torna dolorosa, se agrega náuseas y vómitos biliosos independientes de la ingesta alimentaria, motivos por los cuales se decide su hospitalización.

EXAMEN FÍSICO:

Al momento de su ingreso encontramos una paciente lúcida, quejumbrosa, hidratada, pálida con IMC: 32 P.A: 120/70 F.C: 78/min. F.R: 18 /min

Piel: Lesiones hiperqueratósicas en miembros inferiores.

Linfáticos: No linfadenomegalias periféricas.

Abdomen: Simétrico, timpánico, ruidos hidroaéreos con tono y frecuencia conservada, blando, depresible, doloroso a la palpación en cuadrante inferior izquierdo donde presenta resistencia muscular espontánea.

Resto de examen: No contributorio.

EXÁMENES AUXILIARES:

*Hemoglobina: 10,5mg/dl
 *Hto: 32,6%
 *Grupo y factor: O Rh positivo
 *Hemograma: 5200 (Ab:2% Seg:66% L:25%)
 *Glucosa: 80mg/dl
 *Urea: 25mg/dl
 *Creatinina: 0,45mg/dl
 *Bilirrubina total: 0,15mg%
 *BD: 0,06mg%
 *Proteína total: 5,25mg%
 *Albumina: 3,37mg%
 *Fosfatasa alcalina: 165UI/L
 *Transaminase glutamic piruvico:20UI/L
 *GGTP:19,3UI/L
 *Plaquetas:325000/mm3
 *Tiempo de Protrombina: 13,6seg INR: 1,2
 *VDRL: No reactivo
 *VIH: No reactivo

CIRUGÍA:

* **Hallazgos:** Tumoración que infiltra mas o menos 50 cm de colon izquierdo, dura con compromiso ganglionar paraórtico e

EXÁMENES RADIOLÓGICOS:



FIGURA 1.- *Radiografía de Tórax: Normal.



FIGURA 2. - Colon Contrastado: Disminución del calibre de aspecto filiforme en colon descendente a descartar neoplasia.

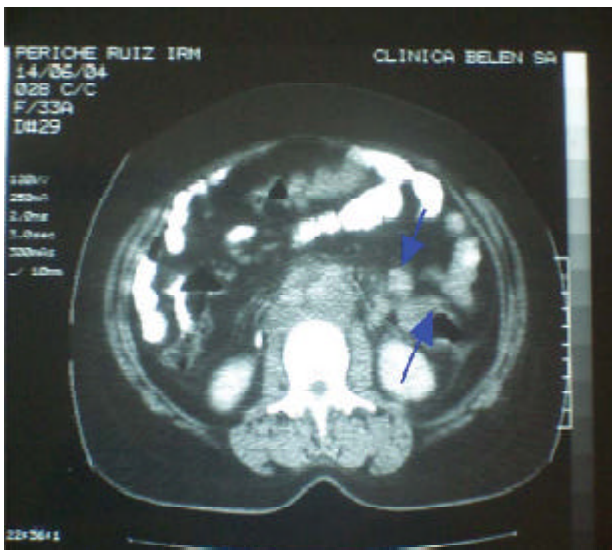


FIGURA 3. TAC Abdominal: Tumoración de colon descendente. Pequeñas adenopatías en espacio renoaórtico izquierdo.

EXÁMENES ENDOSCÓPICOS:

*Colonoscopia: Comprometiendo colon descendente lesiones erosivas (Figura 4), otras de aspecto polipoide (Figura 5) de tamaño variado que estenosan la luz conforme se avanza, no permitiendo continuar la evaluación colonoscópica.

Conclusión: Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Colitis ulcerativa estenosante de colon descendente. D/NM de colon.

*Ecografía: Abdominopélvica: Tumoración de colon izquierdo.

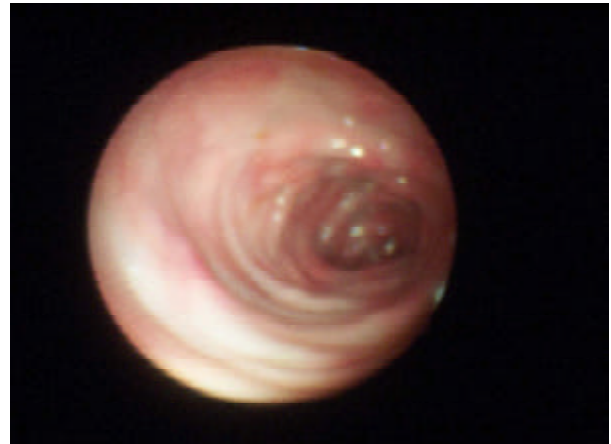


FIGURA 4

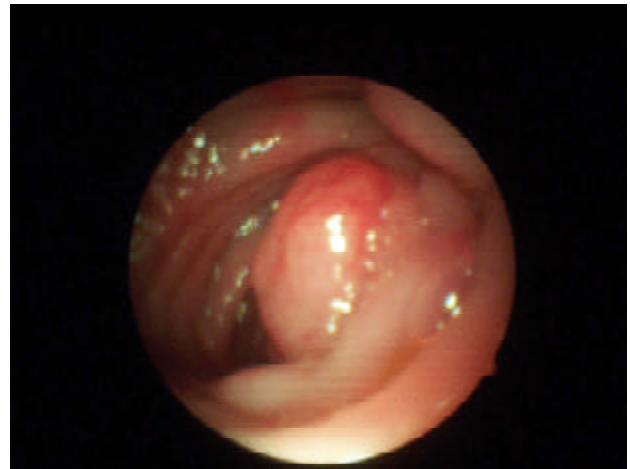


FIGURA 5

intercavaoártico de mas o menos 6x5mm, multinodulares. Resto libre.

- * **Procedimiento:** Hemicolectomía izquierda con disección de ganglios intercavaoárticos mas anastomosis terminoterminal.
- * **Conclusión:** Linfoma de colon descendente. Se envía pieza operatoria a patología.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Macroscopía:

Pieza operatoria: Se recibe segmento intestinal de colon descendente que mide 52 cm. de longitud y presenta empastamiento del sector distal (Figura 6)

Abierto longitudinalmente se aprecia tejido de caracteres neoplásicos blanco rosado con mamelones superficiales y aumento de consistencia que mide 11x5x3 cm. (Figura 7). Al corte tiene coloración blanco marfil y aspecto homogéneo, el entorno a la



FIGURA 6

tumoración es de carácter edematoso.

Biopsias:

*Endoscópica de colon: Linfoma no Hodgkin a células grandes (Figura 8)



FIGURA 7

*Pieza operatoria: Colon: Linfoma no Hodgkin a células grandes primitivo de colon izquierdo con infiltración de todo el espesor de la pared y extensión a los ganglios regionales. Bordes de sección libres de compromiso neoplásico.

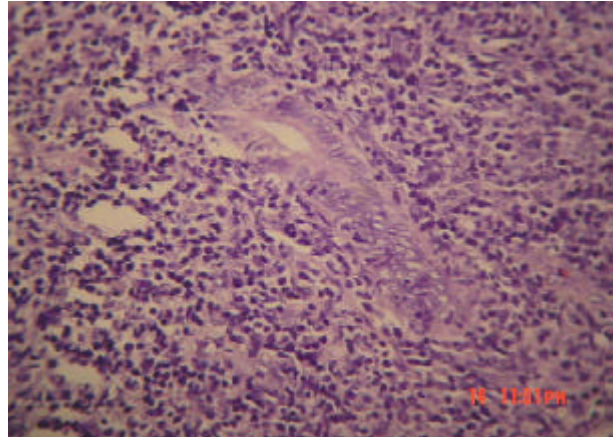


FIGURA 8

Inmunohistoquímica:

Linfoma MALT con áreas de transformación a difuso, proviene de un Ca primario de colon: CD20(+) CD3(-) bcl2(+) Cyclina (-) CD5(-).

DISCUSIÓN:

El compromiso del tracto gastrointestinal por linfoma es sugerido cuando la sintomatología inicial y/o lesión predominante es estómago, intestino delgado o colon (1-3). Pautas más estrictas incluyen los criterios de Dawson (tabla 1).

Tabla 1
Criterios de Dawson

1. Ausencia de linfadenopatías periféricas.
2. Ausencia de linfadenopatías mediastinales en la radiografía de tórax.
3. Frotis de sangre periférica normal.
4. Durante la laparotomía el compromiso de sólo esófago, estómago y el intestino o de sólo ganglios regionales.
5. Ausencia de compromiso hepático y esplénico; excepto por la diseminación directa de la enfermedad a partir de un foco contiguo.

La ubicación primaria del linfoma en nuestra paciente fue colon descendente, presentación inusual de los linfomas primarios del tracto digestivo e inclusive del mismo colon.⁽⁴⁾

Los linfomas malignos del tracto gastrointestinal derivan del sistema linfoide de la mucosa (MALT), suele ser predominantemente linfoma no Hodgkin tipo B y dentro de la clasificación histológica el histiocítico difuso (difuso a células grandes- células grandes inmunoblástico) es el mas frecuente.^(4, 7-10) Poder discernir estas características implica realizar estudios histológico e inmunohistoquímico.^(2, 3, 8-10) Actualmente los linfomas malignos del tracto gastrointestinal se clasifican de acuerdo a Isaacson y col. (tabla 2).

Tabla 2
Clasificación de Isaacson para los linfomas
gastrointestinales primarios

<p>Linfoma de células B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo MALT <ul style="list-style-type: none"> • Bajo grado • Alto grado con o sin componente de bajo grado asociado. • Enfermedad inmunoproliferativa de intestino delgado: <ul style="list-style-type: none"> - Bajo grado - Alto grado con o sin componente de bajo grado - Poliposis linfomatosa - Linfoma Burkitt y Bukitt-like. - Otros tipos de linfomas de bajo o alto grado correspondientes a equivalentes linfoides ganglionares. <p>Linfomas de células T:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Linfoma asociado a enfermedad celíaca o enteropatía. - Otros linfomas T no asociados a enteropatía. <p>Otros tipos mas raros incluyendo los casos que pueden simular linfoma.</p>
--

La paciente presentó linfoma no Hodgkin tipo B a células grandes que según la clasificación de Isaacson y col. correspondería a Linfoma de células B tipo MALT de alto grado; confirmado por estudio microscópico anatomopatológico e inmunohistoquímico, lo que concuerda con la variedad histológica mas frecuente señalado en la literatura.

La mayoría de los sistemas de estadiaje usados son inapropiados en linfoma primario de tracto digestivo.⁽¹⁾ El estadiaje tumoral de elección en linfoma maligno de tracto gastrointestinal es el de Ann Arbor con las modificaciones de Musshoff (tabla 3).

Tabla 3.- Sistema de clasificación en estadios
de Ann Arbor modificado por Musshoff para los linfomas
intestinales primarios

<p>EI Afectación localizada en una o más localizaciones gastrointestinales a un lado del diafragma sin infiltración ganglionar.</p> <p>EII Linfoma limitado a mucosa y submucosa también llamado linfoma precoz.</p> <p>EI2 Linfoma extendido a través de la submucosa.</p> <p>EII Afectación de una o mas localizaciones gastrointestinales, en un lado del difragma con infiltración ganglionar, independiente del grado de infiltra-</p>

ción en profundidad de la pared gastrointestinal.

EIII Infiltración de ganglios regionales.

EII2 Infiltración de ganlios linfoides alrededor del área regional.

EIII Afectación del tracto gastrointestinal y/o de los ganlios linfáticos a uno o ambos lados del diafragma.

EIV Masa linfoide con o sin infiltración de ganglios y afectación difusa de órganos y tejidos no gastrointestinales.

El estadio correspondiente para nuestro caso, según la clasificación de Ann Arbor-Musshoff es. EII2, basándonos en el estudio anatomopatológico de la pieza operatoria y laparotomía exploratoria.

El linfoma de tracto gastrointestinal tiene presentación bimodal.^(8, 11-12) Se asocia a enfermedades como esprue celiaco, colitis ulcerativa; virus de inmunodeficiencia humana, herpes virus; y, fármacos como fenitoína y corticoides a dosis altas y prolongadas, entre otros.^(3, 11-13) Los signos y síntomas mas saltantes del cuadro clínico obedecen a la ubicación de la lesión, cuando la ubicación es colon, fundamentalmente se caracteriza por dolor abdominal, pérdida de peso, estreñimiento y hemorragia gastrointestinal.⁽³⁻⁶⁾

La edad de presentación y el cuadro clínico, no fueron exactamente tal cual se refiere en la bibliografía, pero si sugestivos para pensar en esta patología. El factor desencadenante creemos fue el uso prolongado por un año de corticoides a altas dosis. Descartamos la posibilidad de colitis ulcerativa como la causa del linfoma primario dado los hallazgos histológicos.

Los análisis de laboratorio: bioquímica, hemograma, en general están dentro de los límites normales, a excepción de anemia con un hematocrito de 35% o menos, lo cual se debe a pérdidas de sangre digestiva o deficiencia de folato o hierro (anemias de las enfermedades crónicas).⁽¹⁰⁾ La paciente sólo cursó con anemia.

Los estudio por imágenes son útiles para determinar el sitio de la lesión y el grado de compromiso y aspecto macroscópico del tumor; pero; los resultados pueden no ser diagnóstico.^(4, 13- 14) La endoscopia constituye el procedimiento de elección en el diagnóstico de los linfomas primarios de estómago y colon; pues; pese a no presentar lesiones específicas que diferencien un linfoma de un carcinoma, permiten la toma de biopsia para el estudio histológico.^(3, 15-16)

En la paciente se inicia la sospecha diagnóstica de neoplasia maligna con el cuadro clínico, se intensifica con la ayuda diagnóstica por imágenes y colonoscopia y se confirma y define la lesión con el estudio histológico e inmunohistoquímico.

La modalidad de tratamiento es cirugía, quimioterapia y radioterapia; la combinación de la cirugía mas quimioterapia y/o radioterapia es la más usada y la que mejores resultados ha obtenido.⁽¹⁻⁴⁾ La paciente fue sometida inicialmente a cirugía y posteriormente a quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. REMACHA B, PALAU A, DELICIA R, CARO-PATON, RIPOLLÉS V. Linfoma T primario intestinal. Rev. Esp Enferm. Dig. 1998; 90(3): 183-190.

2. ALBUJAR P, DÍAZ J, TANTALEAN E y col. Linfomas Gastrointestinales Finales Primarios. Cuadro clínico, patológico y sobrevida. REV. GASTRO. DEL PERU 1996(15): 141-151.
3. FERRÁNDIZ J, SALAS F, PAZ V y col. Linfoma primario del tracto gastrointestinal. REV. GASTROENT. DEL PERU 1986(6):77-81.
4. DENNIE V, JONES H, SALEM P. Linfomas intestinales, incluida la enfermedad linfoproliferativa del intestino delgado. En: Sleisenger and Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas, 6ª edición, Buenos Aires: Editorial médica Panamericana, 1998: 1981-1993.
5. ARAGON S, GARCÍA F, RODRÍGUEZ A y col. Linfoma colorectal primario. Rev. Esp. Enferm. Dig. 1997; 89,12:903-910
6. RODRIGUEZ I. Cáncer rectocolónico. Rev. Cubana. Med. Gen. Integr. 2001;17(2):179-84
7. MONTSERRATE, DÍAZ J. Enfermedades ganglionares En: Farreras Rozman. Medicina Interna. Décimo tercera edición. Madrid. Harcourt Brace. 1997: 1729-1752.
8. KHATRI A, KUMAR P, KHARNA S, KHARNA A. Primry lymphoma of the colon. Indian Journal of coloproctology 1998;Dec, 13: 24-26.
9. WARNKE R, WEISS L, et al. AFIP. Tumors or the Lymphnodes and spleen, ed, editorial advisory board- Washington. 1995
10. VILLANUEVA E, ALVAREZ J, MARTINES M y col. Linfoma primario de colon. Rev. Gastroenterol Mex 2002;67(1): 28-33
11. QUERINON, MAIAIL, BARRIOS M, BINA J. Informações na área da Hematologia, Hemoterapia e Medicina Laboratorial. Ciência e Saúde. Revista Científica do Hospital Sa_o Rafael 2002;2(1)
12. DEUTSCH A, ELYASHIV a et al. Primary Gastric Lymphoma: A review of fifty cases. American Journal of Proctology Gastroenterology, Colon, Rectal Surgery 1983: June.
13. KIM Y, HA K, SEO K et al. CT of patients with Right-Sided Colon Cancer and Distal Ileal Thickening. AJR. 2000;175:1439-1444
14. VIDELA R, CONGAC C, HIGA A. Nuestra experiencia en 4 casos de linfoma colónico. Rev. Arg. Radiol 1993; 57(69)
15. FUNG C, GROSSBARD M, LINGGOOD R et al. Mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of the stomach. Cancer 1999; 85 (1): 9-17.
16. JIMÉNEZ G, PANIAGUA M, HANO O y col. Resultados de 800 colonoscopías realizadas en el Instituto de gastroenterología entre 1976-1991. Rev. Cubana Cir 1995;34(2).