

Linfomas no-Hodgkin intestinales. Presentación de dos casos

A. O. AGUIRRE *, M. AGGIO **, SUSANA GARBIERO **, L.A. SANTARELLI*,
R. DOMINGUEZ*, T. DE LASA*

Servicio de Clínica Quirúrgica y Servicio de Hematología**, Hospital Interzonal "Dr. J. Penna"*

Resumen Se presentaron dos casos de linfomas no-Hodgkin intestinal. Uno de ellos ingresa con diagnóstico de abdomen agudo inflamatorio, sin sospecharse la patología original. El otro se interviene quirúrgicamente por abdomen agudo obstructivo, en una paciente con presunción de tumor intestinal que incluye linfoma.

CASO 1: CM, 22 años. Ingresa por servicio de emergencia presentando dolor abdominal cólico de 5 días de evolución, en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Fiebre y escalofríos. Al examen físico, dolor abdominal a la palpación, más intenso en hipogastrio y fosa ilíaca derecha. Defensa y peritonismo generalizados con ruidos hidroaéreos conservados. Análisis: Hematocrito 35%; leucocitos: $16 \times 10^9/L$.

Diagnóstico presuntivo: abdomen agudo inflamatorio por proceso apendicular o ginecológico. Se interviene quirúrgicamente. Hallazgo: escaso líquido citrino en cavidad abdominal y un tumor cecoapendicular. Adenomegalias en el mesenterio y el mesocolon. Se practica hemicolectomía derecha que incluye ileon terminal; buena evolución postoperatoria. Diagnóstico histopatológico: linfoma difuso linfocítico bien diferenciado con caracteres plasmocitoides. Al mes se le realiza una tomografía axial computada (TAC) abdominal y pelviana, observándose adenomegalias por delante del plano arterial y la vena femoral. Punción de médula ósea: libre de infiltración linfomatosa.

Tratamiento complementario: se indicó quimioterapia, protocolo CAVPE (usado por el Grupo Argentino de Tratamiento de la Leucemia Aguda), de acuerdo al siguiente esquema: Ciclofosfamida

$1000 \text{ mg/m}^2/\text{i.v.}$ día 1. Adriamicina $45 \text{ mg/m}^2/\text{i.v.}$ día 1. Vincristina $1.4 \text{ mg/m}^2/\text{i.v.}$ (infusión en 30 minutos) días 1, 3 y 5. El curso se repite cada 3 semanas y en total se realizan seis ciclos de tratamiento.

A los seis meses se reestadió. Los exámenes resultaron normales, se consideró remisión completa.

CASO 2: BS, 29 años. Refiere dolor abdominal de una semana de evolución en hemiabdomen superior, se interna con diagnóstico de subobstrucción intestinal. Al examen clínico, afebril con abdomen distendido y doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, con ruidos hidroaéreos anórficos. Laboratorio de rutina normal. Radiografía simple de abdomen: niveles hidroaéreos en el intestino delgado, no se observa aire en la cabeza de la invaginación, practicándose hemicolectomía derecha. Diagnóstico histopatológico: linfoma linfocítico difuso poco diferenciado. Buena evolución postoperatoria.

A los sesenta días presenta ascitis, y una ecografía abdominal que corrobora la presencia de líquido y detalla nódulo subcutáneo intermamario de 0,5 cm. Peritoneocentesis con estudio citológico: células grandes hiperbasófilas; linfoma no-Hodgkin de "alto grado" de malignidad. Se interpreta que el proceso viró hacia una forma más agresiva.

Inicia quimioterapia (CAVPE). Al mes, desaparición del nódulo subcutáneo y tomografía axial computada abdominal normal. A los siete meses, buen estado general, laboratorio normal, ecografía

Dirección Postal:

Hospital Interzonal "Dr. José Penna"

Láinez 2401

8000 Bahía Blanca - República Argentina

abdominal normal. Se considera remisión completa.

Comentario

Los linfomas del tracto digestivos son raros. Se presentan con más frecuencia en la niñez o alrededor de los 40 años (1-2), y les corresponde el 1% de todas las neoplasias malignas digestivas (3). Conforman la tercera causa más común de neoplasias en el intestino delgado (4) siendo la localización ileocecal la más frecuente (85% de los casos) (5).

Se presentan con dolor abdominal (80%) (6,7,8) y habitualmente se acompañan de pérdida de peso (45%) y astenia (30%) (8). Otros síntomas de presentación: náuseas o vómitos (50%), hemorragia digestiva (37%), masa abdominal palpable (29%), anorexia (16%) o constipación (8%) (2-7).

Los diagnósticos iniciales comúnmente corresponden a obstrucción intestinal (45%), perforación de víscera hueca (13%), malabsorción (8%) y úlcera péptica (8%) (7). Deben sospecharse si a la sintomatología indicada se agrega anemia, eritrosedimentación acelerada o anomalías de la función hepática (6).

El proceso neoplásico puede estar localizado en la pared intestinal, con o sin afectación ganglionar; o el intestino puede estar comprometido por enfermedad abdominal o sistémica (6).

Los estudios complementarios son útiles para determinar la etiología y la diseminación. La radiología puede aportar al diagnóstico (de tórax, simple de abdomen, seriada gastroduodenal, tránsito de intestino delgado, colon por enema y urograma excretor (6-7)). La endoscopia de tubo digestivo es útil para tomar biopsias (gástrica, intestino delgado) (7).

El rastreo con Galio 67 puede detectar acumulaciones linfomatosas con una positividad del 80% (9), pero la lesión debe ser mayor de 3 cm (10). La punción, aspiración o biopsia de la médula ósea determinan la extensión de la enfermedad.

La biopsia hepática percutánea tiene positividad en el 21% de linfomas abdominales (11); realizando biopsias múltiples por laparoscopia se mejoran los resultados de la biopsia percutánea. El 50% de los pacientes con biopsia percutánea o laparoscópica negativa, tienen biopsia positiva con laparotomía (12). La ecografía abdominal y la tomografía axial computada son de gran utilidad para el diagnóstico y seguimiento.

Los linfomas primarios del tubo digestivo comprenden el 2% al 4% de las neoplasias malignas del

tracto gastrointestinal (13). El 75%, al momento del diagnóstico, tienen enfermedad diseminada (7). La diseminación puede ser ganglionar, mesentérica o a vísceras abdominales: hígado, bazo; retroperitoneal: renal; y extrabdominal: pulmonar y linfática (7). El tracto gastrointestinal es el sitio más frecuente de linfoma primario extranodal. El 37% asienta en el intestino delgado; el 13% en la región ileocecal; el 48% son gástricos (7). Raramente son múltiples. Pueden asociarse a colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca.

El 50 a 60% son histiocíticos (de "alto grado") (7-14). Es importante diferenciar las formas nodulares de las difusas; estas últimas son más agresivas pero responden muy bien a la quimioterapia (15). Los primarios son predominantemente difusos; el más frecuente es el linfoma histiocítico difuso (2-7-15); son diferentes a los de otra localización pues habitualmente son unicéntricos y se asocian con un intervalo libre de enfermedad prolongado, posterior a la cirugía (6). No hay relación entre el tipo histológico de linfoma no-Hodgkin y el pronóstico (6-7), tampoco hay diferencia de supervivencia a 5 años entre distintos tipos histológicos (16). La diseminación a ganglios regionales tienen importancia para determinar la evolutividad (7). La supervivencia a un año es del 50% (2). A partir de los 4 años de evolución, la mortalidad desciende a valores mínimos (7).

Es importante una detección, diagnóstico y resolución quirúrgica precoces (2). En caso de duda diagnóstica intraoperatoria, habitual en las formaciones ileocecales, está justificada la resección quirúrgica e incluso la hemicolectomía derecha (17).

El tratamiento multidisciplinario ofrece el mejor resultado, la resección quirúrgica no debe obviar un esquema de quimioterapia o radiación en caso de ser apropiado (14).

Se sugiere al cirujano: obtener siempre buen tejido para diagnóstico histopatológico; si el tumor es resecable, actitud quirúrgica agresiva; biopsia por congelación de los bordes de resección, si la misma está limitada (extensión submucosa); marcar con clips metálicos los márgenes de resección para eventual irradiación postoperatoria; si es irresecable marcar con clips (6).

Bibliografía

- 1) Remine, SG; Abdominal Lymphoma: Role of surgery. *Surg Clin of NA*, 1985; 65, 301-3.
- 2) Hu, RJ et al; Pathology and Prognosis of 378 Cases of Primary Intestinal Malignant Lymphoma. *Chung-Hua-Chung-Liu-Tsa-Chich*, 1988; 57-60.
- 3) Loehr, NJ et al, Primary Lymphoma of the Gastrointestinal Tract: A Review of 100 cases. *Ann Surg*. 1969; 170; 232-8.
- 4) Rochlin, DB and Longmire, WP Jr. Primary Tumors of the Small Intestine Surgery, 1961; 50, 586-92.
- 5) Malpas, JS; Lymphomas in Children. *Semin Hematol* 1982; 19: 301-14.
- 6) Caraveo, J; Trowbridge, A; White, R; Diagnosis and therapy of Primary Gastrointestinal Lymphomas. *Surg Clin of NA*. 1979; 59: 5, 877-93.
- 7) Lewis, K; Ranchod, M; Dorfman, R; Lymphomas of the Gastrointestinal Tract. *Cancer*, 1978; 42, 693-707.
- 8) Shiu, MH; Kares, M; Nisce, L et al; Management of Primary Gastric Lymphoma. *Ann Surg*, 1982; 195, 196-202.
- 9) Seabold, JE et al; Gallium Citrate 67 Scanning. *Arch Intern Med*, 1976; 136, 1370-4.
- 10) Kataoka y col.; The Role of Gallium 67 Citrate Scintigraphy in Gastrointestinal Malignant Lymphoma. *Nipon Igaku. Hoshasen Gakkai Zasshi*. 1990; 155-63.
- 11) Chabmen, BA et al; Sequential Non. Surgical and Surgical Staging of Non-Hodgkin's Lymphoma. *Ann Intern Med*; 1976; 85, 149-54.
- 12) Bagley, CM et al; Diagnosis of Liver Involvement by Lymphoma. Results in 96 Consecutive Peritoneoscopies. *Cancer*, 1973; 31, 840-47.
- 13) Gerald, WL; Sussman, J; Buckley, PL; The Immunologic Approach to Analysis of Malignant Lymphoma. Mantle Zone Lymphoma of the Ileocecal Region. *J Clin Gastroenterol*; 1987; 9, 588-98.
- 14) Remine, S and Brasch, J; Gastrointestinal Lymphoma. *Surg Clin of NA*. 1986; 4, 733-41.
- 15) Crowley, KS; Don, G; Gibbson, GE et al; Primary Gastrointestinal Tract Lymphoma - A Clinico-Pathological Study of 28 cases. *Aust N Z J Med*; 1982; 12, 135-42.
- 16) Riseman, J; Wichterman, K; Evaluation of Right Hemicolectomy for Unexpected Cecal Mass. *Arch Surg*; 1989; 124, 1043-4.