Cartas al Director

Causa poco frecuente de obstrucción intestinal: invaginación intestinal secundaria a linfoma no Hodgkin anaplásico del intestino delgado

Palabras clave: *Linfoma no Hodgkin. Invaginación intestinal. Obstrucción del intestino delgado.*

Key words: *Non-Hodgkin lymphoma. Intestinal invagination. Small bowel obstruction.*

Sr. Director:

Presentamos a una mujer de 31 años, sin alergias conocidas, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 y talasemia *minor*. Fumadora de 10 cig./día, sin intervenciones quirúrgicas previas. Acude a urgencias por presentar cuadro de dolor abdominal y vómitos de 6 días de evolución. La exploración abdominal presenta un abdomen blando, depresible, discretamente doloroso a la palpación en hipogastrio acompañado de bazuqueo gástrico, sin evidencia de masas ni megalias. La analítica mostraba deterioro de la función renal –creatinina 2,30 mg/dl; valor normal (VN) < 1,2 mg/dl– y una leucocitosis con neutrofilia. La radiografía de abdomen muestra dilatación de asas de delgado, así como ausencia de gas distal (Fig. 1). Se solicita una ecografía abdominal, donde se aprecia una dilatación de asas de intestino delgado de forma difusa con contenido líquido, así como segmento largo de intestino delgado en hipogastrio con pared concéntricamente engrosada (Fig. 2). Dados los hallazgos ecográficos, y ante la sospecha diagnóstica de causa orgánica obstructiva, se decide realizar TC abdomino-pélvico, en el que se pone de manifiesto una retención

Fig. 1.

gástrica, distensión de asas de yeyuno e ileon con niveles hidroaéreos, y a nivel de hipogastrio, asa de intestino delgado con edema concéntrico de pared e imagen sugestiva de invaginación (Fig. 3). Con el diagnóstico preoperatorio de invaginación intestinal se realiza intervención quirúrgica urgente. La muestra quirúrgica es informada como linfoma anaplásico Ki-1 positivo, ALK+, fenotipo *null-cell*. **Evolución:** la paciente ha sido valorada por hematología, indicando tratamiento con quimioterapia, no presentando la paciente recidiva clínica ni radiológica de la enfermedad, estando en la actualidad asintomática. **Diagnóstico:** invaginación intestinal secundario a linfoma no-Hodgkin anaplásico intestino delgado.

Fig. 2.

Discusión

Los linfomas anaplásicos de células largas representan aproximadamente un 2% de los linfoma no-Hodgkin de células largas (2). Histológicamente la neoplasia se caracteriza por presentar agregados sincitiales de linfocitos anaplásicos largos (1). Dichas células linfoides neoplásicas presentan una fuerte expresión del marcador de actividad CD30. La clínica de presentación de esta estirpe de tumores es habitualmente gastrointestinal, tales como obstrucción o perforación, simulando un carcinoma. Los hallazgos histológicos tales como la reactividad inmunohistoquímica para CD45, CD3, y CD20 a menudo contribuyen para el diagnóstico (3,4) si bien la reactividad citoplasmática para CD30, al ser compartida por otros carcinomas, pueden inducir a la confusión en su diagnóstico.

C. Albadea Moreno, F. J. Medina Cano¹, V. M. Aguilar Urbano, T. Pereda Salguero², J. Gonzalo Marín, J. M. Rosales Zabal, R. Rivera Irigoin, F. Fernández Pérez, A. Pérez Aisa y A. Sánchez Cantos

Fig. 3.

Servicios de Aparato Digestivo y ¹Cirugía General y ²Anatomía Patológica. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga

Bibliografía

1. Carey MJ, Medeiros IJ, Roepke JE, Kjeldsberg CR, Elenitoba-Johnson KS. Primary anaplastic large cell lymphoma of the small intestine. *Am J Clin Pathol* 1999; 112: 696-701.
2. Armitage JO, Weisenberger DD. New approach to classifying non-Hodgkin's lymphomas: clinical features of the major histologic subtypes. *J Clin Oncol* 1998; 16: 2780-95.
3. Griesser H, Henry M, Boie C, et al. Large- cell anaplastic lymphoma of the gastrointestinal tract: an immuno and genotypic study on archival material. *Hematol Pathol* 1994; 8: 121-34.
4. Domizio P, Owen RA, Sheperd NA, et al. Primary lymphoma of the small intestine: a clinicopathological study of 119 cases. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 429-42.