



Masa abdominal, adenopatías múltiples y poliposis

L. I. Fernández Salazar, M. I. Jiménez Cuenca¹, H. Borrego Pintado², B. Velayos Jiménez y J. M. González Hernández

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Radiodiagnóstico y ²Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años con anorexia, astenia, pérdida de peso y sudoración profusa. A la exploración se aprecian adenopatía axilar derecha de 2 cm y masa inguinal izquierda, dura y elástica de 8 cm. Se realizó un TC de tórax y abdomen (Fig. 1). Ante los hallazgos se hizo una colonoscopia que demostró numerosos pólipos de hasta 1 cm, sésiles, eritematosos con cúspide blanca en recto, pólipos de mucosa clara y de aspecto diferente a los adenomatosos en sigma y descendente. En

colon transverso y ascendente los pólipos eran menos numerosos. A través de la válvula prolapsaban formaciones polipoides del ileon. La figura 2 corresponde al ileon. El examen de las biopsias (Fig. 3) mostró una infiltración de la mucosa del colon por una proliferación linfoide atípica, monótona, de células de tamaño pequeño y mediano con núcleos hendidos y de contornos irregulares compatible con linfoma del manto. La expresión inmunohistoquímica fue positiva para CD20, CD43, bcl-2, CD79a y CD5. Hubo expresión moderada de ciclina D1. No hubo expresión de bcl-6, CD10 ni cadenas kappa o lambda. El paciente recibió quimioterapia (R-CHOP).

DISCUSIÓN

La mayoría de los linfomas del manto (LM) se diagnostican en estadio avanzados III o IV de Ann Arbor y suelen tener extensión extranodal con afectación de médula ósea, hepática o del tracto digestivo. La poliposis linfomatosa es la expresión endoscópica del linfoma del manto intestinal. En realidad la poliposis linfomatosa puede afectar al tracto digestivo desde el esófago al recto (1). La afectación de duodeno y colónica se describe como numerosas formaciones polipoides sésiles, planas y de pequeño tamaño y a veces umbilicadas que se hacen más evidentes con tinciones como el índigo carmín (1-3). La afectación del ileon puede ser similar (3) o más llamativa con pliegues grandes o gigantes (2). Las biopsias demuestran infiltración por linfocitos atípicos, con hendidura, de tamaño pequeño o mediano y la expresión de CD5 (marcador de los linfocitos T), de CD10, CD20 y CD22 (de linfocitos B) y de la ciclina D1 (proteína reguladora del ciclo celular) (1-4). La inmunohistoquímica permite diferenciar el LM del linfoma folicular o del de tipo Malt que también pueden presentarse como poliposis linfomatosa (5). El LM es el linfoma con peor pronóstico a largo plazo. El tratamiento habitual es la quimioterapia (CHOP) asociada a rituximab (anti-CD20). En algún caso se emplea radioterapia. El trasplante de médula alogénica es la única opción curativa a largo plazo en algunos pacientes (4).