

## Cartas al Director

### Fístula gastroesplénica espontánea secundaria a linfoma gástrico primario

*Palabras clave:* linfoma gástrico, fístula gastroesplénica, aeroesplenomegalia.

*Key words:* gastric lymphoma, gastrosplenic fistula, aerosplenomegaly.

*Sr. Director:*

La fístula gastroesplénica (FGE) es una complicación rara cuya primera causa es la neoplásica, seguido de la enfermedad ulcerosa péptica y enfermedad de Crohn. Presentamos un caso de FGE secundaria a linfoma gástrico primario.

#### Caso clínico

Varón de 76 años que refiere epigastralgia y síndrome constitucional de un mes de evolución acompañado de fiebre en los últimos 3 días. La endoscopia digestiva mostró a nivel de curvatura mayor y cara anterior de cuerpo gástrico unos pliegues engrosados y ulcerados rodeando un orificio fistuloso a través del cual se visualizaba el bazo. La biopsia fue informada como gastritis crónica simple con infección por *H. pylori* y sin elementos neoplásicos. La tomografía computerizada mostró un engrosamiento de la pared gástrica de aspecto tumoral a nivel del fundus, perforado en dos lugares comunicándose con un bazo aumentado de tamaño, con áreas hipodensas y burbujas en su interior (Fig. 1). Ante esta situación, se realizó una laparotomía objetivando una tumoración en fundus y cuerpo gástrico que infiltraba hilio esplénico, bazo y cola pancreática, por lo que se realizó una gastrectomía total con esplenectomía y pancreatectomía distal. La anatomía patológica se informó como



Fig. 1. Tomografía computerizada: (1) Aeroesplenomegalia. (2) Fístula gastroesplénica.

un linfoma B difuso de célula grande con afectación transmural gástrica que condicionaba un orificio de 3 cm de diámetro a través del cual comunicaba con el bazo. Gastritis crónica atrófica antral. Adenopatías perigástricas. Infiltración tumoral del parénquima e hilio esplénico. Márgenes de resección libre.

Posteriormente se realizó un estudio de médula ósea sin afectación neoplásica y se inició tratamiento quimioterápico combinado. A los 3 años el paciente no presenta datos de recidiva local ni a distancia.

#### Discusión

El estómago es la localización más frecuente del linfoma no Hodgkin extraganglionar. Sin embargo, el linfoma gástrico primario sólo representa el 5% de las neoplasias gástricas malignas.

La FGE es una complicación rara de la que sólo hay 20 casos descritos cuya primera causa es la neoplásica (15 casos,

75%), seguida de la úlcera gástrica (4 casos, 20%) y la enfermedad de Crohn (1 caso, 5%). Dentro de la neoplásica lo más frecuente es el linfoma esplénico (12 casos), seguido del linfoma gástrico (1 caso), adenocarcinoma gástrico (1 caso) y metástasis esplénicas de adenocarcinoma de colon (1 caso). Las fístulas pueden ser espontáneas o asociadas a un tratamiento oncológico (quimio- o radioterapia), siendo lo primero dos veces más frecuente. La asociada al tratamiento se debe a que las células tumorales con crecimiento rápido y producción de necrosis (típicamente linfoma de célula grande) son destruidas con mayor rapidez que la capacidad de regeneración del organismo.

La primera FGE fue publicada por Scoville y cols. en 1962; describen dos pacientes con linfoma esplénico, uno en autopsia y otro radiográficamente por la presencia de aire en el interior de un bazo aumentado de tamaño, lo que fue denominado como "aeroesplenomegalia". Este artículo puso de manifiesto que el rápido crecimiento del linfoma daba lugar a una necrosis central que era la causa de adhesión y fistulización a órganos vecinos (1-3).

La presentación clínica típica fue descrita por Harris y cols. en 1984, y consistía en dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo, fiebre y síndrome constitucional (3,4).

Las pruebas complementarias suelen revelar una esplenomegalia con un componente necrótico y aire en su interior ("aeroesplenomegalia"). La visualización de trayecto fistuloso o el relleno retrógrado de la cavidad mediante la administración de contraste oral nos permitiría realizar el diagnóstico diferencial con un absceso esplénico (2,3,5).

La intervención quirúrgica consistiría en la resección en bloque oncológica de todas las estructuras implicadas lo más precozmente posible, debido a que el jugo gástrico podría causar una erosión de los vasos esplénicos y una hemorragia masiva. Este hecho fue puesto de manifiesto por Bubenik y cols. en 1983, en un caso de linfoma histiocítico con FGE en la que se

realizó una resección en bloque de la curvatura mayor, esplenectomía y pancreatocistomía distal urgente. Según algunos autores se debería realizar una esplenectomía profiláctica para prevenir complicaciones hemorrágicas cuando se detecte la fístula si no va a realizarse tratamiento quirúrgico alguno (3,5,6).

En nuestro caso la intervención se indicó por la aparición de una FGE, y se realizó una gastrectomía total oncológica ante los hallazgos de la cirugía y la ausencia de anatomía patológica.

A. García Marín, L. Bernardos García, A. Vaquero Rodríguez,  
L. Menchén Viso<sup>1</sup> and F. Turégano Fuentes<sup>1</sup>

*Servicios de Cirugía General y <sup>1</sup>del Aparato Digestivo.  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

## Bibliografía

1. Delgado MJ, Bernardos A, Serrano J, Buezas G, del Alamo C. Fístula gastroesplénica por linfoma esplénico primario. Rev Esp Enferm Dig 1994; 86: 543-5.
2. Scoville A, Bovy P, Demeester P. "Aerosplesnometgalie" radiologique par lymphosarcome splenique necrosant à double fistulation dans le tube digestif. Acta Gastro-Enterol Belg 1967; 30: 841-7.
3. Carolin KA, Prakash SH, Silva YJ. Gastrosplenic fistulas: a case report and review of the literature. Am Surg 1997; 63: 1007-10.
4. Harris NL, Aisenberg AC, Meyer JE. Diffuse large cell (histiocytic) lymphoma of the spleen. Clinical and pathologic characteristics of ten cases. Cancer 1984; 54: 2460-7.
5. Bubenik O, López MJ, Greco AO, Kraybill WG, Cherwitz DL. Gastrosplenic fistula following successful chemotherapy for disseminated histiocytic lymphoma. Cancer 1983; 52: 994-6.
6. Kerem M, Sakrak O, Yilmaz TU, Gultekin FA, Dursun A, Bedirli A. Spontaneous gastrosplenic fistula in primary gastric lymphoma: surgical management. Asian J Surg 2006; 29: 287-90.