

Linfoma intestinal primario

Roberto González Soler, Elena Castro Ortiz, Covadonga García Suárez, Ángel Lancho Seco, Eva Santos Blanco, David Carral Martínez, Pilar Olivencia Palomar, Susana Ávila Nasi, Abel González Ramírez y Leopoldo López Rosés

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Xeral-Calde de Lugo

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años que consulta por dolor abdominal de 4 meses de evolución en hipocondrio izquierdo irradiado a epigastrio que se exacerba con la ingesta asociado a astenia, anorexia y pérdida de 3 kg de peso. No refiere melenas, rectorragia, fiebre ni sudoración vespertina. En la exploración física no se observan adenopatías y a la palpación abdominal se localiza una masa grande y dura en mesogastrio. La analítica demuestra anemia ferropénica sin otros datos de interés y la ecografía abdominal objetiva una masa en ángulo esplénico que aparentemente afecta a colon transverso y colon descendente compatible con cáncer de colon como primera posibilidad, por lo que se completa el estudio con colonoscopia: a 60 cm de ano observa una lesión de unos 4-5 cm con mucosa conservada y muy vascularizada sugestiva de tumor submucoso o compresión extrínseca (Fig. 1) de la cual se toman biopsias, siendo las mismas compatibles con linfoma no Hodgkin de célula B difuso. Se realiza biopsia y aspirado de médula ósea que son normales, así como TAC toracoabdominopélvico que revela masa inframesocólica de 11 x 16 cm que impronta en colon transverso e infiltra asas de yeyuno formando un asa aneurismática con gran componente necrótico. Con esto se inicia tratamiento quimioterápico, pero tras un mes de tratamiento el paciente es intervenido de urgencia por perforación yeyunal en relación con el tumor.

DISCUSIÓN

La incidencia de los linfomas primarios gastrointestinales es baja, comprendiendo el 1-4% de los tumores del estómago, intestino delgado y colon (1). Cuando cursa con afectación intestinal hay predilección por el sexo masculino, con un pico de incidencia entre los 50-70 años (2). La enfermedad suele estar avanzada al diagnóstico debido a que los síntomas que provoca son muy inespecíficos. La endoscopia puede tener un papel fundamental en el diagnóstico, principalmente si la lesión es accesible, pudiendo observar una imagen característica de neovasos tortuosos tumorales (3). Como factores de riesgo conocidos están la enfermedad inflamatoria intestinal (4), enfermedades autoinmunes, las inmunodeficiencias, la inmunosupresión, la enfermedad celiaca (5) y la hiperplasia nodular linfoide (6). El tratamiento debe ser multidisciplinar, incluyendo la quimioterapia, la cirugía y la radioterapia en casos seleccionados.

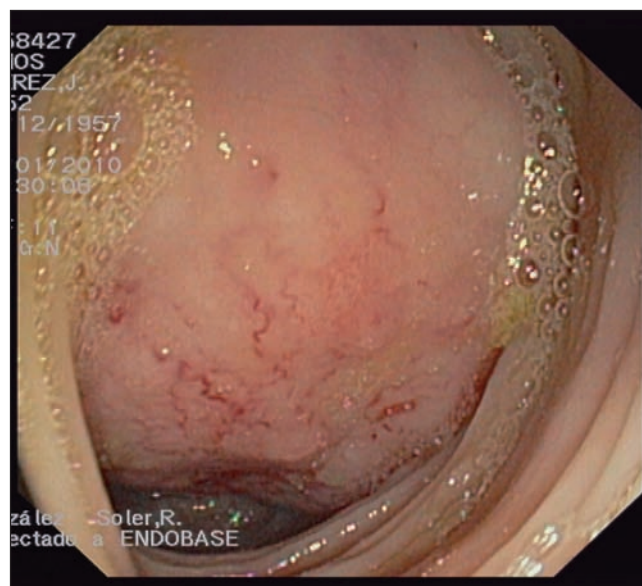


Fig. 1. Imagen característica de linfoma intestinal con múltiples neovasos sobre la superficie del tumor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loehr WJ, Mujahed Z, Zahn FD, et al. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract: a review of 100 cases. *Ann Surg* 1969;170:232.
2. Jinnai D, Iwasa Z, Watanuki T. Malignant lymphoma of the large intestine – operative results in Japan. *Surg Today* 1983;13:331-6.
3. Κορυμπίου Μ, et al. New endoscopic feature of intestinal non-Hodgkin lymphoma. *Endoscopy* 2007;39:E95.
4. Ekblom A, Helmick C, Zack M, Adami HO. Extracolonic malignancies in inflammatory bowel disease. *Cancer* 1991;67:2015.
5. Catassi C, Fabiani E, Corrao G, et al. Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. *JAMA* 2002;287:1413.
6. Matuchansky C, Touchard G, Lemaire M, et al. Malignant lymphoma of the small bowel associated with diffuse nodular lymphoid hyperplasia. *N Engl J Med* 1985;313:166.