



Revista Venezolana de Oncología

LINFOMA NO HODKING DE RECTO A PROPÓSITO DE UN CASO

DR. DÍAZ ARAUJO FELIPE(*); DR. OSORIO BOZO SERGIO(**); DRA SÁNCHEZ DE ROSALES MILAGROS(**); DRA.
FOX MARIELA(***); DR. HERRERA M. JUAN(****);
OSORIO MORALES SERGIO(*)

RESUMEN: el linfoma es una entidad maligna que frecuentemente se origina en el tracto gastrointestinal, pero su aparición a nivel del recto es sumamente rara. Presentamos el caso de un paciente masculino de 29 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgking primario de recto, diagnosticado por inmunohistoquímica, el cual fue tratado en el Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo. Se hace una revisión de la literatura mundial referente al tema para su discusión.

Palabras Claves: **Linfoma de Recto, Tumor de Recto, Linfoma.**

INTRODUCCIÓN

El linfoma de recto usualmente puede atacar el tracto gastrointestinal, siendo este el sitio extraganglionar de aparición más frecuente, con un 5 a 10% de todos los linfomas no Hodgking⁽¹⁾. Sin embargo, el linfoma que involucra el recto, bien como un proceso localizado o como manifestación de enfermedad diseminada se considera raro⁽²⁾. Es debido a esto que frecuentemente el cirujano no está familiarizado con su forma de presentación ni con su debido manejo.

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de linfoma no Hodgking, primario de recto y se revisa la experiencia mundial en cuanto a su historia natural, pronóstico y tratamiento.

REPORTE DEL CASO

Un paciente de 29 años de edad, de raza guajira, acudió a consulta al Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo presentando sangrado rectal de moderada intensidad, de 1 mes de evolución, acompañado de rectalgia moderada. No se encontraron otros antecedentes de importancia.

Al examen físico general llamaba la atención una acentuada palidez mucocutánea. El examen proctológico evidenció 2 úlceras sangrantes en espejo, que involucraban línea dentada y recto inferior, cada una con un diámetro de 1,5 cm. No se evidenciaron adenopatías al examen físico.

* Adjunto al Servicio de Cirugía, Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo.

** Jefe del Servicio de Oncología, Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo.

*** Jefe del Servicio de Inmunopatología del Instituto Nacional de Tumores.

**** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo.

***** Residente del postgrado de Cirugía General del Hospital de Chiquinquirá de Maracaibo.

El laboratorio de ingreso reportó cifras de Hemoglobina de 7,5%. El examen para determinar HIV resultó negativo.

El paciente se hospitalizó con diagnóstico de tumor anorectal para su estudio y tratamiento. Se realizaron rayos X de tórax y abdomen, que no reportaron alteraciones anormales. El ecograma abdómino-pélvico no demostró hallazgos positivos relacionados con la enfermedad.

Se llevó a cabo cirugía consistente en resección local de las úlceras en anorecto con margen de seguridad, y se enviaron a biopsia. El examen anatomopatológico reveló proliferación celular linfoide invadiendo mucosa, submucosa y muscular, con patrón nodular.

Para confirmar el diagnóstico se realizó marcaje inmunohistoquímico el cual resultó positivo para Antígeno Común leucocitario (LCA), apreciándose tinción citoplasmática en las células tumorales determinando la naturaleza linfoide de la lesión. Asimismo la inmunotinción con L-26 confirmó la naturaleza de células B de la neoplasia estudiada. Todas las pruebas se realizaron en conjunto con controles positivos y negativos.

Seis semanas luego de la intervención, el paciente recibió quimioterapia y radioterapia. Ocho meses luego de la intervención, el paciente permanecía asintomático sin evidencia de la recidiva tumoral local ni a distancia.

DISCUSIÓN

El linfoma de recto es un tumor de aparición muy poco frecuente. En un estudio realizado en la Clínica Mayo entre 1950 y 1977, solo se encontraron 61 pacientes con este diagnóstico, incluyendo linfomas metastásicos del recto con 49 casos y solo 12 casos de pacientes con linfoma limitado al recto⁽³⁾. En otro estudio llevado a cabo en el St. Mark's Hospital en Londres, se reporta que de 2940 casos tratados con diagnóstico de cáncer de recto, solo 7 tenían diagnóstico de linfoma maligno primario de recto⁽⁴⁾.

La edad media de aparición son los 60 años y no se describe predilección por sexo alguno.

La relación entre HIV y linfoma está bien descrita, y la frecuencia de aparición de linfoma no Hodking en el recto es mucho mayor en pacientes seropositivos⁽⁵⁾.

Los síntomas que experimentan los pacientes son: pérdida de peso, sangrado rectal, dolor rectal y diarreas o constipación en el caso de que el tumor involucre también al colon.

Al examen proctológico, el linfoma puede adoptar diferentes formas de presentación. Puede aparecer como múltiples pólipos adenomatosos, o más frecuentemente como lesiones nodulares, que en el caso de infiltrar la mucosa se presentan como úlceras, por lo general sangrantes. Este tipo de lesiones es indistinguible de las causadas por el adenocarcinoma, aunque la obstrucción del recto, en el caso del linfoma es poco común.

Cuando las lesiones metastásicas del linfoma en el tracto gastrointestinal son de origen metastásico, no son susceptibles de tratamiento quirúrgico, salvo en el caso de obstrucción, sangrado incontrolable o perforación.

Cuando el linfoma se encuentra limitado al recto, surge la disyuntiva en cuanto a si esta indicado o no la excisión quirúrgica. Los trabajos publicados por Perry y Col⁽⁴⁾ y por Culp y Hill⁽⁶⁾ muestran que linfoma de recto puede ser tratado como el resto de los linfomas del tracto gastrointestinal con excisión quirúrgica más radioterapia. Cuando el tumor se encuentra localizado en el recto la radioterapia puede mejorar la sobrevida. Además, la misma reduce el dolor rectal.

La quimioterapia es parte fundamental en el tratamiento del linfoma rectal, sobre todo en caso de enfermedad metastásica. Son múltiples las opciones y esquemas, que por lo general incluyen ciclofosfamida, vincristina y doxorubicin o metrotexate⁽⁷⁾.

Foto 1
Linfoma No Hodking de Recto
Proliferación Neoplásica en Mucosa y submucosa de pared Rectal con Patrón Nodular

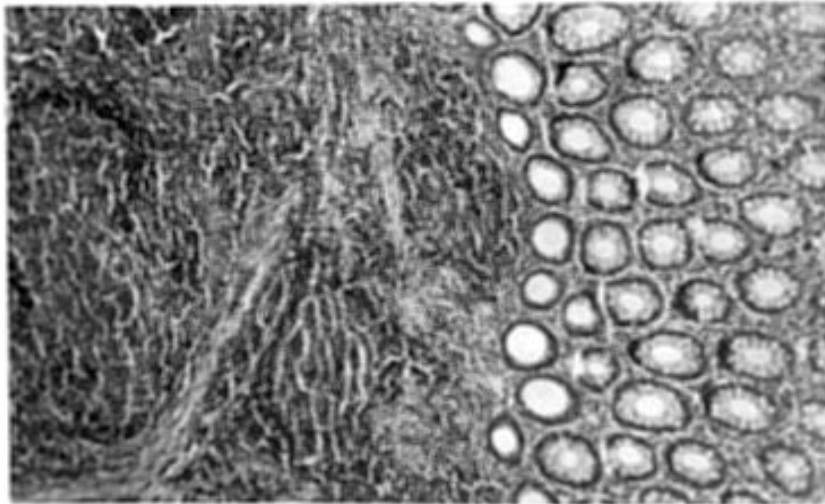
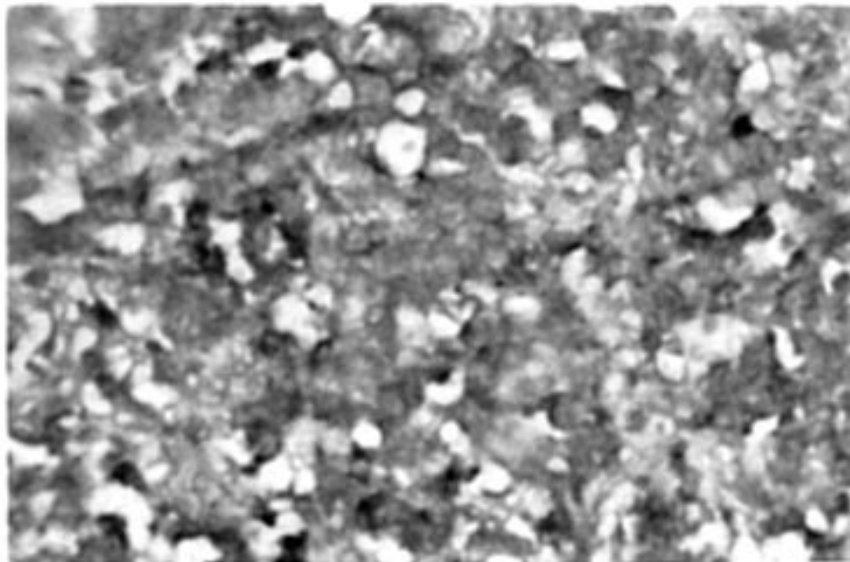


Foto 2
Linfoma No Hodking de recto
Macrofotografía con Tinción Inmunohistoquímica común Leucocitario



Algo que ha suscitado controversias con respecto a los esquemas de tratamiento antes planteados es que no existen trabajos randomizados con adecuado número de pacientes con el diagnóstico de linfoma de recto para lograr unificar criterios. Tal vez la rareza de la afección limita la realización de estos estudios⁽⁷⁾.

El pronóstico de los pacientes con linfoma de recto es muy pobre y se describe un promedio de 15% a los 5 años, aunque los mejores

porcentajes de sobrevida se logran cuando el linfoma del recto es primario⁽⁸⁾.

El diagnóstico anatomopatológico de la lesión debe ser confirmado con métodos inmunohistoquímicos para tratar de definir la naturaleza de células T o B en el linfoma, ya que si bien los reportes de la literatura indican que el genotipo B de las células del linfoma no Hodgkin es el más frecuente, el tipo T es más agresivo⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aragón Sánchez FJ, García Molina FJ, Rodríguez Fernández A, de Dios Franco Osorio J, Ortegón Castellano B, Márquez Platero R, López Hurtado M, Medina Díez J. Primary colorectal lymphoma. Rev Esp Enferm Dig 1997; 89(12): 903-8.
- 2 Nyui S, Osanai H, Masuoka H, Ohba S, Ebata T, Yoshida Y, Hoshi H, Shinohara. Primary malignant lymphoma of the rectum with distant metastasis to the stomach: report of a case. Surg Today 1997; 27(4): 349-52.
- 3 Devine RM, Beart RW, Wolff BG. Malignant lymphoma of the rectum. Dis Colon Rectum 1986; 29: 821-4.
- 4 Perry PM, Cross RM, Morson BC. Primary malignant lymphoma of the rectum (22 cases). Proc R Soc Med 1972; 65:72.
- 5 Yuhan R, Orsay C, DelPino A, Pearl R, Pulvirenti J, Kay S, Abcarian H. Anorectal disease in HIV-infected patients. Dis Colon Rectum 1998; 41(11): 1367-70.
- 6 Culp CE, Hill JR. Malignant lymphoma involving the rectum. Dis Colon Rectum 1962; 5:426-36.
- 7 Zinzani PL, Magagnoli M, Pagliani G, Bendandi M, Gherlizoni F, Merla E, Salvucci M, Tura S. Primary intestinal lymphoma: clinical and therapeutics features of 32 patients. Haematologica 1997; 82(3): 305-8.
- 8 Ehrlich AN, Stalder G, Geller W, Sherlock P. Gastrointestinal manifestation of malignant lymphoma. Gastroenterology 1968; 54:1115-21.
- 9 Lee Y-TN, Spratt JS, Jr. Malignant lymphoma: nodal and extranodal diseases. New York: Grunna and Stratton; 1974; p. 229-60.
- 10 Gottlieb CA, Meiri E, Maeda KM. Rectal non-Hodgkin's lymphoma a clinicopathologic study and review. Henry Ford Hosp Med J 1990; 38(4): 255-8.