

# LINFOMA NO HODGKIN DE CIEGO

## REPORTE DE UN CASO Y REVISION DEL TEMA

DR. ARLY ZAMBRANO; DR. LUIS RODRIGUEZ M.; DRA. OSIRIS DA COSTA; DR. RAIMUNDO KAFRUNI;  
DR. JOSE ISAAC; DR. VLADIMIR GALAVIS; DRA. GERALLDYNNIE AULAR; DR. ALESSANDRO INCERTO.

**RESUMEN:** La localización extranodal más frecuente de los linfomas malignos es el tracto gastrointestinal siendo el estómago el segmento mas afectado, seguido del intestino delgado y por último el colon-recto representando éste último, 15% de los linfomas del tubo digestivo. Mas frecuente en la 5ª década de la vida y en hombres. El tipo histológico más común es el linfoma No Hodgkin variedad difusa pero con gran variación de acuerdo a la zona geográfica probablemente condicionado por factores socioeconómicos, ambientales y genéticos. Se acepta que el tratamiento primario es la resección quirúrgica seguido de un esquema de quimioterapia adaptado al tipo histológico.

Se presenta el caso de varón de 52 años de edad quien presentó sangrado digestivo inferior, pérdida de peso y masa palpable en fosa ilíaca derecha (f.i.d) Los estudios demostraron la presencia de tumor al nivel de ciego histológicamente compatible con Linfoma No Hodgkin de alto grado. Se realizó hemicolectomía derecha y posteriormente se administró quimioterapia adyuvante esquema MACOP-B. Nueve meses después de la cirugía no evidencia de enfermedad.

### INTRODUCCION

La incidencia y localización de los linfomas primarios del tracto gastrointestinal varía ampliamente en el mundo: en Europa Central y Norteamérica, aparecen principalmente en el estómago, mientras que la variedad intestinal es infrecuente y no muestra un sitio predilecto.

En contraste los linfomas malignos localizados en la porción proximal del intestino delgado son frecuentes en varias partes del Medio Este y se piensa que esté asociado a factores socioeconómicos. Ello ocurre mas que todo en adultos jóvenes que tuvieron en su mayoría antecedentes de gastroenteritis en la infancia. La estimulación crónica del tejido linfoide del intestino puede contribuir a la patogénesis del

linfoma gastrointestinal en otras partes del mundo.

La enfermedad celiaca, dermatitis herpetiforme, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y deficiencia idiopática de inmunoglobulinas se han postulado como factores predisponentes para el desarrollo de linfomas del tubo digestivo<sup>(3)</sup>.

Se presenta caso de Linfoma no Hodgkin de ciego en paciente masculino, poco frecuente en nuestro medio y se revisa la literatura al respecto.

### CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 51 años de edad, origen asiático, quien consulta por presentar evacuaciones con sangre. Como antecedentes de importancia: pérdida de peso (14 kg)

y debilidad generalizada de 4 meses de evolución. Además, padre fallecido por cáncer de colon. Al examen físico paciente en buenas condiciones, palidez cutáneo mucosa moderada, abdomen blando depresible con cierta sensibilidad al nivel de fosa ilíaca derecha, donde se palpa masa mal definida, resto no contributivo. HB. 9.8 gr. Hto 31, pruebas hepáticas normales, LFH 534. Se le practica colon por enema que revela deformidad e irregularidad de la mucosa de región cecal con disminución de su calibre y alteración de la unión ileo-cecal. La colonoscopia evidencia lesión mamelonante, friable, circunferencial que abarca todo el ciego de la que se toma muestra biopsia, que se somete tanto a procedimientos convencionales como inmunohistoquímica. Esta última demuestra que las células neoplásicas resultaron positivas a antígeno común leucocitario y antígeno B y negativas a queratina, desmina, proteína S-100 y antígeno T: se concluye como Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes TAC abdominal muestra masa de 11 x 9 cm al nivel de ciego con engrosamiento de grasa circundante, hígado sin lesiones, no adenopatías. TAC de tórax normal. Aspirado y biopsia de médula ósea normales.

Es llevado a quirófano donde se evidencia tumor al nivel de ciego de 20 x 15 cm, exofístico, de origen intraluminal y múltiples ganglios visibles a nivel del mesocolon derecho. Se realiza hemicolectomía radical derecha. El resultado de la biopsia definitiva confirma el diagnóstico de Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes, 8 de 11 ganglios fueron positivos.

Se concluye como Linfoma no Hodgkin de alto grado St IV-B decidiéndose iniciar esquema adyuvante de quimioterapia bajo el esquema MACOP-B. Nueve meses después no hay evidencia de enfermedad.

### DISCUSION

Hoy día se sabe que cuando los linfomas malignos involucran el tracto gastrointestinal,

el estomago y el intestino delgado son los órganos mas afectados, siendo el colon y el recto raramente comprometidos<sup>(1)</sup>, representando 0.7-2% de las enfermedades malignas de colon y aproximadamente 15% de los linfomas del tracto gastrointestinal<sup>(2)</sup>. Una alta proporción de casos en donde se encontraba involucrado mas de una porción del tubo digestivo ha sido señalada en algunas series (18%), lo que pone en evidencia la enorme importancia de un estudio completo endoscópico y radiográfico. Cualquier grupo etario puede ser afectado pero es mas frecuente en la quinta década de la vida. Los hombres son mas afectados que las mujeres y los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, sangramiento, pérdida de peso y masa palpable. Las lesiones aparecen con mas frecuencia en el ciego.

Muchos autores coinciden en que la variedad histológica predominante lo constituyen los Linfomas no Hodgkin variedad difusa, tanto la enfermedad de Hodgkin, como la variedad folicular son poco comunes, pero en países como Japón e India, los linfomas colónicos variedad histiocítica predominan. En la literatura proveniente de los Estados Unidos, un estudio reporta un leve predominio (40%) de células mixtas, mientras que otros mencionan a los linfomas linfocíticos en (80%)<sup>(2)</sup> de los casos. En el Reino Unido muchos pacientes fueron reportados como portadores de linfomas de células B. Con fines terapéuticos, dos grados de malignidad son considerados: linfomas de bajo grado de malignidad constituidos por células pequeñas y los de alto grado los de células grandes.

La afectación de la médula ósea, en particular en los linfomas de bajo grado, es del 11% lo cual contrasta sensiblemente con el comportamiento de los linfomas de bajo grado de origen nodal en donde el porcentaje es mayor, cerca del 70%<sup>(4)</sup>.

Actualmente hay gran consenso en que la resección quirúrgica constituye el tratamiento

inicial en el manejo del linfoma colorectal. La resección radical del tumor y la resección incompleta está asociada con un mejor pronóstico que la no-resección<sup>(4)</sup>. Es mas, aunque muchos de los estudios son retrospectivos, la resección quirúrgica combinada con quimioterapia ha demostrado una tasa de supervivencia a los 5 años significativamente mayor que la quimioterapia sola<sup>(6)</sup>: Pero hay que tener en cuenta que la mejor supervivencia después de la cirugía va a estar dada por la poca extensión de la enfermedad lo que al final determina la resecabilidad y la respuesta a la quimioterapia. Otro aspecto a favor del tratamiento quirúrgico primario viene dado por el hecho de que se previenen complicaciones potencialmente letales como sangramiento y perforación causada por la radio o la quimioterapia. Aunque la radioterapia ha sido frecuentemente utilizada

como tratamiento adyuvante después de la cirugía, recientes estudios sugieren que la quimioterapia proporciona mayor intervalo libre de enfermedad en los linfomas no Hodgkin. Otros factores pronósticos incluyen edad menor de 65 años, localización gástrica, estadio I<sub>E</sub>, completa remisión después del tratamiento inicial: la tasa de supervivencia a los 5 años fue de 95% en casos de remisión completa vs. 26% en casos de remisión incompleta<sup>(4)</sup>. El tipo histológico, en general, no afecta el resultado del tratamiento debido a que éste puede adaptarse al grado de malignidad. También se han relacionado los niveles de lactato deshidrogenasa con la evolución del linfoma primario del tracto digestivo: en el estudio de Ruskoné-Fourmestraux et al., los pocos pacientes con altas cifras de LDH tuvieron un alto grado de diseminación de la enfermedad<sup>(4)</sup>.

---

#### BIBLIOGRAFIA

1. Glick D.D, Soule H.E. Primary malignant lymphoma of the colon and appendix. Arch Surg. 1966; 92: 144-51.
2. Contreary K., Nance F.C., Becker W.F. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. Arch Surg 1980; 191: 593-8.
3. Dragosics B., Bauer P., Radaszkiewicz T. Primary Gastrointestinal Non- Hodgkin's Lymphomas. Cancer 1985.
4. Ruskoné-Fourmestraux a., Aegerter P., Delmer A., Brousse N., Galian A. Primary Digestive Tract Lymphoma: A prospective Multicentric Study of 91 patiens Gastroenterology 1993; 105: 1662-1671.
5. Wiw-Shou Hwang, John Yao, Syh-Shen Cheng, Hui-Hwa Tseng. Primary Colorectal Lymphoma in Taiwan. Cancer 1992;70.
6. Rackner V.L., Thirlby RC, Ryan J.A. Role of surgery in multimodality therapy for Gastrointestinal Lymphoma. Am. J Surg. 1991; 161: 570-575.