

Linfoma primario de yeyuno

Yeyunum primary lymphoma

**Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dr. Adalio Fragela Pacheco;
Dra. Carmen Guerra Rodríguez**

Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de linfoma linfocítico bien diferenciado, en un paciente de cuarenta años que comenzó clínicamente con dolor abdominal difuso y diarreas, acompañándose de fiebre elevada y gran pérdida de peso, igualmente se constató al examen físico tumoración abdominal. Se señala la importancia de las exploraciones complementarias en esta entidad, así como el tratamiento indicado en estos procesos.

DeCS: LINFOMA; NEOPLASMAS DEL YEYUNO.

ABSTRACT

A case of well differentiated lymphocytic lymphoma in a forty year old man is presented, which began clinically with diffused abdominal pain and diarrhea, together with high fever and great loss of weight. Also the physical examination showed an abdominal tumor. The importance of complementary exploration in this disease is pointed out, as well as the treatment indicated in these cases.

DeCS: LYMPHOMA; JEJUNAL NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas primarios del tracto gastrointestinal (LPGI) representan un 2-3 % de todos los tumores malignos del tubo digestivo ¹ Se localizan fundamentalmente en el estómago y constituyen de un 4 a un 5% de todos los tumores gástricos, le siguen en orden el intestino delgado con el 4-18 % de todas las neoplasias. ^{2, 3}

La afectación del tracto gastrointestinal puede ser secundaria a un linfoma sistémico, proceso más frecuente que la presentación de un linfoma primario intestinal (LPI), ⁴ por lo que el diagnóstico, no siempre fácil, implica que la localización se circunscriba al intestino y a los ganglios linfáticos regionales, al menos en un principio.

La baja incidencia de estas neoplasias (LPI) a nivel del tracto gastrointestinal nos ha motivado a presentar este caso siguiendo para el mismo los criterios de Dawson ⁵

Caso Clínico

Paciente de 40 años de edad que hace dos meses fue dado de alta de otro centro hospitalario de esta ciudad por dolor abdominal difuso, diarreas abundantes, fiebre de 39°C y pérdida de 20 a 30 libras en corto tiempo. El diagnóstico al egreso fue de giardiasis. Después se mantuvo asintomático de 3 a 4 días en que comenzó con los mismos síntomas, por lo cual es ingresado en nuestro servicio para su estudio.

Examen físico: paciente con toma del estado general, pérdida de peso, palidez cutáneo mucosa y fiebre de 39°C. Todos los aparatos y sistema fueron normales, excepto el hemiabdomen derecho, donde se palpa en la región periumbilical una tumoración de 10 cm aproximadamente, algo duro, doloroso, no desplazable. No existen adenopatías ni hepatoesplenomegalia.

Estudio analítico: Hb 8, 3 g /l, hematócrito 0, 28 /l, Vsg 125 mm /hora, leucocitos 8500×10^9 /l diferencial normal, hierro sérico 50 mg/100 ml, C. de fijación de hierro 30 mmol/l, coagulación estudio de todos los parámetros normales, ionograma, enzimas hepáticas y cardíacas: normales. Ecg: normal. Creatinina, glicemia, conteo de addis: normales. Radiografía y TAC de tórax y mediastino: normal. Gastroscopia y colon baritado: normal. Ecografía abdominal: múltiples adenopatías periaórticas y peripancreáticas, no visceromegalias (Fig. 1). Urograma excretor: normal. Tránsito intestinal: compatible con linfoma de yeyuno (Fig 2 y 3).

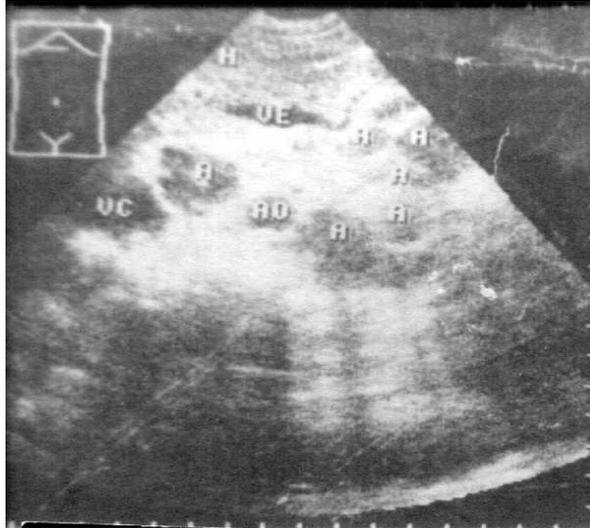


Fig 1. Ecografía que muestra múltiples adenopatías lumboaórticas y peripancreáticas

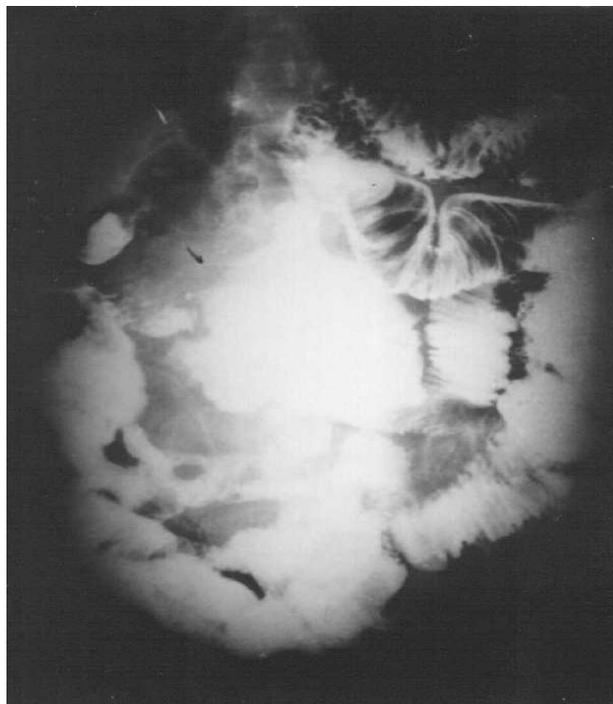


Fig. 2. Transitivo intestinal donde se observa proceso expansivo del hemiabdomen derecho que desplaza el estómago hacia arriba y las asas yeyunales hacia la izquierda.



Fig. 3. En la radiografía de tránsito intestinal realizada a las dos horas se aprecia infiltración de asas yeyunales distales y una sombra densa que ocupa casi todo el hemiabdomen derecho.

Se intervino quirúrgicamente y se confirmó la existencia de una tumoración de 10 x 12 cm localizada en yeyuno, con múltiples adenopatías, pero sin afectación de ningún órgano, los cuales eran normales, el resultado histopatológico fue el de un linfoma bien diferenciado (Fig 4 y 5) según la clasificación de An Arbor modificada Musshoff y que se encontraba en estadio I-E. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, imponiéndose tratamiento con poliquimioterapia y después de tres meses el paciente se encuentra asintomático y ha aumentado 40 libras de peso, dedicándose a sus labores habituales.

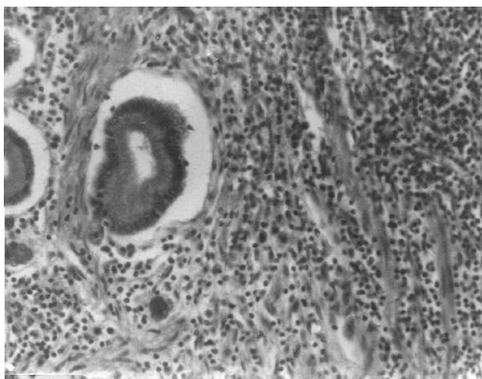


Fig. 4. Puede apreciarse la gran cantidad de linfocitos presentes en el corion y la submucosa del intestino (H y E 100x).

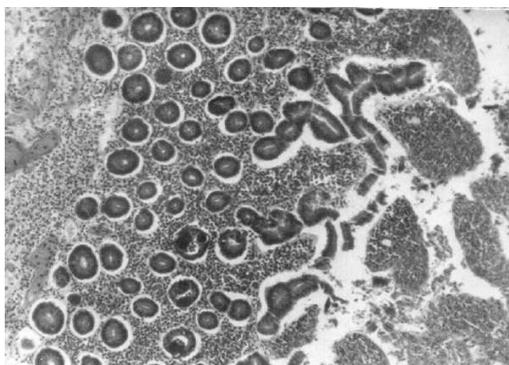


Fig 5. Vista a mayor aumento donde se observa la gran infiltración leucocitaria. Es este linfoma un linfocítico bien diferenciado (H y E 400x).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de LPI es difícil por su rareza y sus síntomas ⁶ Los datos clínicos más frecuentes son el dolor abdominal, cuyas características dependen de la localización de la neoplasia, la pérdida de peso, náuseas, vómitos y diarreas. Los dos primeros fueron los más llamativos en nuestro paciente ⁷ Otros síntomas como la malabsorción intestinal o la fiebre son raros, ⁸ sin embargo, esta última nuestro enfermo la presentó en sus dos ingresos. El intervalo entre la aparición de los

síntomas y el diagnóstico es corto, oscila entre uno y cuatro meses,⁹ como apreciamos en nuestro paciente.

La exploración física es inespecífica,⁹ excepto si hay una masa abdominal palpable, la cual oscila entre el 20-30 %, es más frecuente en los linfomas gástricos que en los intestinales o pueden ocurrir signos de irritación peritoneal por perforación del tumor. Nuestro enfermo presentó tumor abdominal, lo cual llevó a la intervención quirúrgica.

Las exploraciones complementarias más importantes son el estudio baritado del tubo digestivo y la gastroscopia con toma de biopsias o citología.¹⁰ El tránsito baritado, en nuestro caso, fue fundamental y es positivo en el 74-88 % de los enfermos.¹¹ La ecografía y la TAC abdominal se utilizan cada vez más, esta última tiene valor diagnóstico ya que permite evaluar la extensión de la enfermedad y controlar la aparición de recidivas.¹² La laparotomía exploradora es el medio de diagnóstico en el 50-60 % de los casos,¹³ y fue la que confirmó el diagnóstico y la conducta en nuestro caso.

Para la mayoría de los autores^{11, 13} el tratamiento de elección de los LPI es la cirugía, que además permite establecer el estadio evolutivo de la enfermedad y en ocasiones el diagnóstico correcto de las mismas.

Respecto a la quimioterapia algunos autores^{7, 9, 11} la consideran indicada en los estudios avanzados de la enfermedad, es controvertida su utilidad en los estadios iniciales.^{13, 14} Nosotros empleamos el proceder quirúrgico y la quimioterapia; y después de varios meses el paciente se encuentra totalmente recuperado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dragosics B, Bauer P, Radaszkiewicz T. Primary gastrointestinal non'Hodgkin'symphomas. A retrospective clinopathologic study of 150 cases. *Cancer*. 1985;55:1066-73.
2. Norberg K, Emas S. Primary tumors of the small intestine. *Am J Surg*. 1991;142:569-73.
3. González González J, Álvarez Pérez J, Aza González J. Tumores de intestino delgado. Aspectos epidemiológicos. *Rev Cir Esp*. 1985;38:37-43.
4. García Mingo J, Flor Civera B, Vera F, García Botella M. Linfoma primitivo intestinal de localización cecal. *Rev Cir Esp*. 1988;53:306-9.
5. Dawson I, Cornes J, Morson B. Primary Malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Report of 37 cases with study of factors influencing prognosis. *Br J Surg*. 1991;49:80-9.

6. Al- Bahrani Z, Al- Mondhiry H, Bakir F, Al- Sallem T. Clinical and pathological subtypes of primary intestinal lymphomas. *Cancer*. 1993;52:1666-72.
7. Gray G, Rosenberg S, Cooper A, Gregory P, Stein D, Herzengerg H. Lymphomas involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterology*. 1992;82:143-52.
8. Moore I, Wright D. Primary gastric lymphoma a tumor of mucosa associated lymphoid tissue. A histological and inmunohistochemical study of 36 cases. *Histopathology*. 1994;8:1025-39.
9. Lee J, Gray S, Brown B, Skandalakis J. diffuse histocytic lymphomas of the gastrointestinal tract in the adult, *Surg Gynecol Obstet*. 1985;157:286-300.
10. Matuchansky C, Touchaud G, Lemaire M. Malignant lymphoma of the small bowel associated with diffuse nodular lymphoid hyperplasia. *New Engl J Med*. 1990;313:166-71.
11. Weingrad D, Decosse J, Sherlock P, Straus D. Primary gastrointestinal lymphoma: a 30 years review. *Cancer*. 1993;49:1258-65.
12. Megibow A, Balthazar E, Naidich D, Bosniak M. Computed tomography of gastrointestinal lymphoma. *ARJ*. 1994;141:541-7.
13. Williamson R, Welch C, Malt R. Adenocarcinoma and lymphoma of the samall intestine. *Ann Surg*. 1985;197:172-8.
14. Shiu M, Karas M, Niscel L, Lee B, Filippa D. Management of primary gastric lymphoma. *Ann Sur*. 1992;195:196-202.

Recibido: 12 de abril de 2001

Aprobado: 11 de marzo de 2002

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Hospital Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.