

INFORME DE CASO

Maltoma de colon ascendente. Presentación de un caso

Maltoma ascending colon. Case report

Antonio Herrera Puente, Leuby Portuondo Bandera, Cecilio José Porro Abdo

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó un caso operado en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" en 2104 con diagnóstico de linfoma tipo MALT. Los linfomas tipo MALT (tejido linfoideo asociado a mucosa), constituyen la variedad más recientemente descubierta de los linfomas no Hodgkin, tienen lugar fundamentalmente en la mucosa gástrica asociados a infección por *Helicobacter pylori*, y en la glándula tiroides en relación con la tiroiditis de Hashimoto. El linfoma primario de colon es un tumor poco frecuente del tracto gastrointestinal. Con el propósito de informar un caso de linfoma primario de colon y revisar la literatura médica, se presenta este reporte sobre una mujer de 65 años donde el diagnóstico se estableció mediante el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico (Centro de Inmunoensayo en la Habana) de la lesión tumoral en el, tomada mediante cirugía. El diagnóstico final fue linfoma de células B tipo MALT, de bajo grado (Linfoma no Hodgkin).

Palabras clave: linfoma no Hodgking tipo MALT; tumor de colon ascendente; hemicolectomía derecha

ABSTRACT

It was presented a case operated in the service at the General General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" in 2104 with a diagnosis of MALT lymphoma. MALT lymphomas (lymphoid tissue associated with mucosa), type is the most recently discovered non-Hodgkin lymphomas variety, taking place primarily in the gastric mucosa associated with infection by *Helicobacter pylori*, and thyroid gland in connection with Hashimoto's thyroiditis . The primary lymphoma of the colon is a rare tumor of the gastrointestinal tract. In order to report a case of primary lymphoma of the colon and reviewed medical literature, this report on a 65 year old woman where the diagnosis was established by histopathological and immunohistochemical study (Immunoassay Center in Havana) with the injury occurs tumor taken by surgery. The final diagnosis was MALT lymphoma B cells, low grade (non-Hodgkin lymphoma).

Keywords: non-Hodgkin's lymphoma MALT; ascending colon tumor; right hemicolectom

INTRODUCCIÓN

Los linfomas gastrointestinales primarios representan una entidad clínico patológica diferente a los linfomas ganglionares, son los más frecuentes entre los linfomas extra ganglionares primarios y constituyen entre el 1 al 4 %, de todos los tumores malignos del tubo digestivo.¹

El linfoma MALT (*Mucosa Associated Lyphoid Tissue* o mucosa asociada al tejido linfoide) es un tumor esporádico, que procede de las células B del MALT, siendo más común en el hemisferio occidental.²

Las características biológicas de estas neoplasias son distintas, comparada con las de los linfomas originados en los ganglios linfáticos, ya que se pueden comportar como tumores focales en sus etapas tempranas, resultando asequibles a la resección quirúrgica y la recurrencia puede afectar exclusivamente al tracto gastrointestinal. Los cambios genotípicos son diferentes de los observados, en los linfomas ganglionares.

Este tipo de linfoma gastrointestinal suele afectar a individuos adultos, no existe predilección por ningún sexo y se puede originar en cualquier lugar del tracto gastrointestinal: estómago (55 a 60 % de los casos),

intestino delgado (25 a 30 %), colon proximal (2.5 %), y colon distal (hasta 10 %), rara vez suele afectarse el apéndice.³

El diagnóstico de linfoma primario gastrointestinal puede ser sugerido por el cuadro clínico, estudio de imágenes y endoscopia, y definido por estudio anatomopatológico y de inmuno histoquímica.⁴

El objetivo de este artículo, es informar el caso por lo infrecuente que resulta esta patología, y revisar la entidad clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 65 años, que ingresa en nuestro servicio de Cirugía General, con el diagnóstico de quiste del hígado infectado, diagnóstico que ya la paciente conocía hacia algún tiempo y por lo que había sido tratada en varias ocasiones presentando ahora manifestaciones dolorosas a nivel del hipocondrio derecho, con sensación de peso a ese nivel, toma del estado general y fiebre generalmente en horario nocturno.

Examen físico:

Mucosas: hipocoloreadas.

Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minutos.

Abdomen: blando depresible, doloroso hacia el hipondrio derecho, con irradiación hacia el flanco del mismo lado, donde se palpó tumor de más menos 8 cm algo movable de consistencia algo dura, superficie irregular, con sensibilidad dolorosa a la palpación.

Exámenes complementarios:

Laboratorio

Hemoglobina: 98 g/L

Leucograma: leucocitosis $12 \times 10^9/L$ a predominio de los polimorfonucleares.

Ultrasonido abdominal

Imagen compleja a nivel del hipocondrio derecho, de mas menos 10 cm con características compatibles con quiste de hígado, el cual se informa con elementos en suspensión en su interior, lo que hizo pensar en el diagnóstico de quiste hepático complicado (infectado).

Ya ingresada la paciente se le realizan otros estudios, entre los cuales se le repite un ultrasonido en colectivo, el cual confirma el resultado del US anterior, se indica TAC contrastada de abdomen en la que se informa imagen tumoral hacia el hipocondrio derecho que realza hasta 61 UH, que no les impresiona guarda relación con el hígado (Ver Figura 1), por lo que sugieren estudio de colon por enema contrastado.

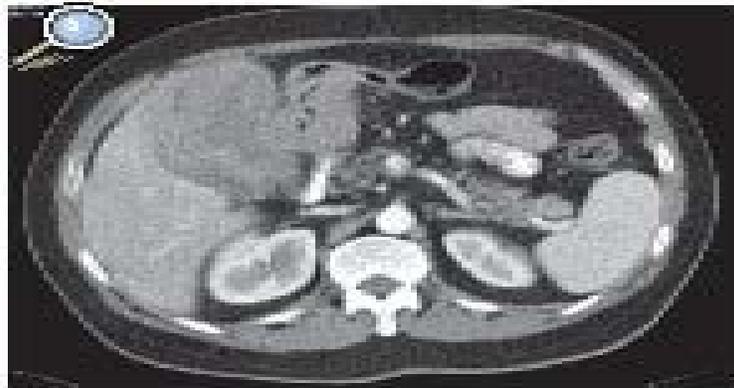


Figura 1. Tumor de colon ascendente de más menos 8-10 cm sólido con áreas de necrosis (TAC). Señalada por una flecha.

Se realiza el colon por enema el cual informa: imagen compatible con tumor de colon de más menos 10 cm con áreas de necrosis en su interior hacia la proyección del colon ascendente, casi en la flexura hepática.

Se discute en colectivo la paciente y se decide la intervención quirúrgica de la misma, con el diagnóstico de Neoplasia del colon ascendente, complicada (abscedada).

No se le realiza colonoscopia por no tener disponible la misma, lo cual imposibilitaba la realización de una biopsia, además con el diagnóstico ultrasonográfico y por TAC que informaba evidencias de complicación de la neoplasia por lo que se decidió anunciar la intervención quirúrgica como una urgencia relativa.

Tumor del colon ascendente voluminoso, mas menos unos 10 cm, con áreas de necrosis algo friable, vascularizado, que abarca todo el órgano, pero que no producía estenosis del mismo, movable, lo cual facilitó técnicamente el proceder resecativo, con la presencia de ganglios a nivel del mesocolon, por lo que realizamos hemicolectomía derecha, y

omentectomía, realizando la anastomosis termino-terminal invaginante, técnica que realizamos en este tipo de proceder ya que la misma incluye la realización de una válvula artificial, lo cual hace mas fisiológico el tránsito intestinal.

Al revisar el resto de la cavidad abdominal, no encontramos evidencias de la presencia de un quiste a nivel de hígado.

Biopsia: 14-1440

Presencia de tumor de 9 cm de color rojo violáceo, con áreas de necrosis, infiltrado vascular y linfáticos compatible por su histología con un MALTOMA de colon.

DISCUSIÓN DEL CASO

El linfoma de bajo grado de células B no Hodgkin extraganglionar surge de la MALT. Siendo una entidad recientemente reconocida, con características histológicas, citogenéticas e inmuno histoquímicas particulares. Las células tumorales encontradas de forma típica son: CD20+, CD79a+, CD5-, CD10-, CD23-, CD43+/-, CD11c+/-, CD21+ y CD35+.⁵

Desde el punto de vista genético existen tres translocaciones típicas, que se observan en cerca del 35% de todos los linfomas tipo MALT, estos son: t(11;18) (q21;q21), t(1,14) (p22,q32), t(14;18) (q32;q21).⁶

Los linfocitos se originan en la médula ósea y están programados para llevar a cabo funciones específicas, las células T y B se desarrollan dentro de los tejidos linfoides primarios (timo de las células T y la médula ósea para las células B), y luego se diferencian en tejidos linfoides secundarios (ganglios linfáticos, el bazo, las amígdalas y tejido MALT).⁷

El tejido linfoide se encuentra distribuido en las superficies mucosas en forma de parches no encapsulados, lo que constituye el MALT. En el intestino puede ser un componente normal de distribución multifocal, teniendo como función proteger la mucosa intestinal de la penetración de antígenos.⁸

Los linfomas tipo MALT surgen de la zona marginal de los folículos linfoides, se caracterizan por la presencia de un infiltrado de linfocitos pequeños y una zona periférica rica en células. Se puede producir

invasión local y destruir el epitelio glandular, con la formación de lesiones linfoepiteliales características.

Al producir invasión local, las células centrocíticas destruyen el epitelio glandular y forman lesiones linfoepiteliales, que son características de los linfomas tipo MALT.⁹

Se ha observado que enfermedades como el síndrome de Sjögren, lupus eritematoso y la tiroiditis de Hashimoto, pueden predisponer a la aparición de linfomas tipo MALT. Estos pueden presentarse también en las glándulas salivales, tiroides y en el aparato respiratorio, así como en el timo, mama, próstata y riñón.¹⁰

Los estados inflamatorios crónicos y enfermedades autoinmunes, pueden actuar como estimuladores antigénicos de la mucosa del tracto digestivo¹¹, aunque el mecanismo exacto y la patogénesis involucrados en el desarrollo de este tumor no se conoce. Para que el linfoma se transforme y progrese, se requiere la aparición de mutaciones genéticas. La evidencia reciente sugiere que sujetos con linfomas tipo MALT y con *H. pylori* negativos, pueden sufrir regresión con la terapia de erradicación de *H. Pylori* convencional, aunque esto no está claramente demostrado cuando ocurre en órganos extra gástricos. El manejo de estos casos incluye quimioterapia, radioterapia y resección quirúrgicas.

Se ha informado que sólo el 2.5 % de todos los linfomas tipo MALT de aparato digestivo, aparecen en el colon.¹² En la mayoría de estos casos, se presentan como una sola masa y la aparición de la lesión es en general saliente y ulcerada como ocurrió en nuestro caso.

En el caso que nos ocupa, no encontramos evidencias ni antecedentes de entidades, que pudieran predisponer la aparición de dicha enfermedad, lo que nos hizo junto a la localización de la misma, presentarlo como un caso raro, dentro de la casuística de dicha patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boer JP De, Hiddink RF, Raderer M, et al. Dissemination patterns in non-gastric MALT lymphoma. *Haematologica*. 2008;93:201-6.
2. Valle J De. Úlcera péptica y trastornos relacionados En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 18ed. New York: Mcgraw-Hill Interamericana; 2012. Disponible en: <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=865§ionId=68950453>

3. Redondo-Cerezo E, De Benito L, Serrano A, et al. Unusual presentation and diagnosis of extraintestinal follicular lymphoma. *Dig Dis Sci*. 2004;49:1513-7.
4. Mata A, Payano M, Pérez Alcántara G, Arias Morales Y, Monegro Rojas E. Linfoma primario de colon (poliposis linfomatosa) como hallazgo ocasional en un paciente con adenocarcinoma de colon: a propósito de un caso. *Rev Méd Dom [Internet]*. 2006 May.-Ago [citado 26 Sept 2016];67(2): [aprox. 8. p.]. Disponible en: <https://bvs.org.do/revistas/rmd/2006/67/02/RMD-2006-67-02-203-206.pdf>
5. Todorovic M, Balint B, Jevtic M, et al. Primary gastric mucosa associated lymphoid tissue lymphoma: Clinical data predicted treatment outcome. *World J Gastroenterol*. 2008;14:2388-93.
6. Ott G, Balague-Ponz O, De Leval L, et al. Commentary on the WHO classification of tumors of lymphoid tissues (2008): indolent B cell lymphomas. *J Hematopathol*. 2009;2:77-81.
7. Jung C, Lee JH, Lee CM, et Al. A Case of Primary Sigmoid Colon Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma. *J Gastroenterol*. 2009;54:126-9.
8. Crump M, Gosporadowicz M, Sepherd F. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin oncol* 1999;26:324-37.
9. Quayle FJ, Lowney JK. Colorectal lymphoma. *Clin Colon Rectal Surg*. 2006 May;19(2):49-53.
10. Ferrer A, López GA. Linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) de localización extragástrica: análisis de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 1999;112:577-80.
11. Toquero, L, Aboumarzouk OM, Lanzon S. Colonic MALToma: A Case Report and Review of the Literature. *BJM case rep* 2009; [Epub 2009 May 8].
12. Canché-Arenas AP, Lascurain-Morhan RE De, Romo-Hernández C. Linfoma MALT de Colon. Reporte de un caso. *Endoscopia. [Internet]*. 2012 [citado 26 Sept 2016];24(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-X0188989312226727-S300

Recibido: 26 de septiembre de 2016

Aprobado: 17 de octubre de 2016

Dr. Antonio Herrera Puente. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** leuby@infosol.gtm.sld.cu