



Presentación de caso

Hospital General Universitario “Carlos Manuel de Céspedes”. Provincia Granma.

Presentación de un caso de linfoma gástrico.

Presentation of a Patient with a Gastric Lymphoma.

*Jorge Omar Cabrera Lavernia*¹.

¹ Profesor Instructor. Servicio de Gastroenterología. Hospital “Carlos Manuel de Céspedes”.

RESUMEN

Se presentó una paciente femenina de 68 años con síntomas dispépticos a la que se le realizó un endoscopia con biopsia, y se diagnosticó un linfoma asociado a la mucosa y se observó *Helicobacter Pylori*, se le realizó estadiamiento, no se evidenció infiltración linfomatosa en otros órganos, se concluyó como linfoma gástrico asociado a la mucosa, se indicó tratamiento con terapia erradicadora, se repitió la biopsia y había desaparecido en infiltrado linfomatoso, la paciente refirió mejoría de los síntomas, la terapéutica se ve influida por la presencia *Helicobacter pylori*, es de primera elección el tratamiento erradicador, también existen otras opciones como el tratamiento quirúrgico y el tratamiento oncológico no quirúrgico con quimioterapia y radiaciones.

Palabras claves: Linfoma, Tejido linfoide asociado a la mucosa, *Helicobacter pylori*

ABSTRACT

A 68- year old female patient with dyspeptic symptoms, whose a lymphoma associated to mucosa was diagnosed through endoscopy and biopsy, *Helicobacter pylori* was observed. There was no infiltration to other organs. Eradication treatment was given, the lymphoma infiltration disappeared and the patient was better. There are some other treatments as surgical one and oncological (chemotherapy and radiations).

Key words: lymphoma, lymphoid tissue associated to mucosa, *Helicobacter pylori*.

INTRODUCCIÓN

El linfoma primitivo del estómago es relativamente raro, representa el 1,7% de todos los tumores malignos primarios del estómago y el 2% de todos los linfomas, sin embargo se trata de una entidad que posiblemente se encuentre en aumento. En la mayor parte de los enfermos, se trata de tumores de estirpe B relacionados con el tejido linfoide asociado a mucosas, más conocido por sus siglas inglesas MALT ⁽¹⁾. Se define como un linfoma extranodal no Hodgkin de cualquier tipo celular sin evidencia de localización extragástrica. Es una enfermedad de adultos que con frecuencia se asocia a

enfermedades autoinmunes ⁽²⁾ o inflamatorias (por ejemplo la gastritis por *Helicobacter Pylori*). Suele ser localizado, aunque se puede transformar en linfoma de células grandes. Se piensa que aparece sobre una inflamación crónica y que al menos durante parte de su desarrollo precisa la continuación del estímulo antigénico para perpetuarse. En su histología, es característica la presencia de las lesiones linfoepiteliales por infiltración glandular ³. En nuestro trabajo presenté una paciente femenina de 68 años remitida a nuestro servicio por presentar un cuadro dispéptico de cinco meses de evolución a la que se le diagnosticó un linfoma tipo MALT de estómago.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 68 años con antecedentes de salud que hace dos meses comienza con dolor en epigastrio de carácter ardoroso, que no se irradiaba, sin modificación con la ingestión de alimentos o antiácidos, acompañado de sensación de repletura y pérdida de peso.

Examen físico (datos positivos).

Abdomen: simétrico, plano, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, no visceromegalia, no tumor palpable. Se realizó una endoscopia digestiva superior donde se observó pliegues edematosos, con eritema difuso que se extendían desde cuerpo hasta el antro y sangraban fácilmente al roce con el equipo y con la pinza de biopsia (figuras 1 y 2). Se tomaron varios ponches y se fijaron en formol al 10%, luego se incluyeron en parafina, se cortaron en pequeños filamentos, se tiñeron con hematoxilina y eosina para el estudio histológico correspondiente.

El informe anatomopatológico planteó la presencia de un denso infiltrado inflamatorio crónico por células linfomonocitarias, con linfocitos atípicos que infiltraron difusamente el epitelio glandular y la presencia del *Helicobacter Pylori* (figura 3).

Comencé con el estadiamiento de la enfermedad: realicé tomografía axial computarizada de abdomen y no encontré adenopatías, en el rayo x de tórax no observé lesiones metastásicas; biopsia hepática negativa de infiltración linfomatosa, lámina periférica normal; no existieron evidencias de infiltración linfomatosa a otros niveles, por lo que concluí el caso como un linfoma MALT de estómago de bajo grado de malignidad, al interconsultar con el servicio de Oncología decidí instaurar tratamiento con triple terapia erradicadora para el *Helicobacter Pylori* con omeprazol (20 mg diarios), amoxicilina (1g dos veces al día) y tetraciclina (500 mg cuatro veces al día) por siete días. Continué con omeprazol por tres semanas más y realicé otra endoscopia evolutiva donde encontré mejoría endoscópica de la mucosa, no sangramiento al roce, tomé biopsia nuevamente y se me informó que no existían evidencias de infiltrado linfomatoso en la mucosa examinada, sólo una gastritis crónica del antro y del cuerpo, no observé *Helicobacter Pylori* (figura 4).

DISCUSIÓN

El tracto gastrointestinal es la localización más habitual de los linfomas no Hodgkin extranodales y el estómago el órgano más frecuentemente afectado (linfomas tipo MALT). El mayor acúmulo de tejido linfoide se encuentra preferentemente en el antro.

Suele diagnosticarse a partir de la quinta década de la vida, con predominio en varones. Sus manifestaciones clínicas son bastante inespecíficas; incluso pueden ser asintomáticos. Suelen ocasionar un cuadro dispéptico con dolor epigástrico, con o sin ritmo ulceroso; puede aparecer pérdida de peso y anorexia. En el caso presentado sin embargo fue una paciente femenina que comenzó con dolor en epigastrio y trastornos dispépticos, sin embargo presentó un síntoma de alarma, la pérdida de peso.

En la actualidad está demostrada la relación etiopatogénica entre la infección por *Helicobacter pylori* y el desarrollo del linfoma MALT. El estómago normal carece de tejido linfoide organizado. La infección por la bacteria produce una gastritis crónica y aparecen folículos linfoides y agregados linfáticos en la base de la mucosa gástrica que constituyen el tejido MALT, necesario para el desarrollo del linfoma MALT. En la paciente estudiada se encontró en el estudio histológico la presencia del *Helicobacter*, coincidiendo con la bibliografía revisada.

El diagnóstico se basa en la endoscopia con estudio histológico de las biopsias. Se puede recurrir a estudio inmunohistoquímico y molecular, se clasifican histológicamente en bajo grado, bajo grado con zonas de transformación de alto grado y alto grado; pueden coexistir distintos grados en una misma lesión o en diferentes lesiones multifocales. La división en linfomas de bajo y alto grado se hace según la proporción de células blásticas en la lesión. La clasificación del tumor en alto o bajo grado es importante, ya que el alto grado conlleva un cuadro clínico más agresivo y un peor pronóstico.

El diagnóstico histológico del grado puede ser difícil en determinados pacientes, ya que ambos grados pueden coexistir en una misma lesión o en diferentes lesiones multifocales, habiéndose descrito la transformación evolutiva de bajo a alto grado en los linfomas MALT, en nuestro caso la malignidad fue baja. La terapéutica se ve influida por la presencia *Helicobacter pylori*, es de primera elección el tratamiento erradicador, también existen otras opciones como el tratamiento quirúrgico y el tratamiento oncológico no quirúrgico con quimioterapia y radiaciones, aunque en los linfomas de bajo grado no se han encontrado diferencias significativas en la supervivencia tras tratamiento erradicador, cirugía, quimioterapia y cirugía más quimioterapia o radioterapia. A la paciente reportada se le indicó terapia erradicadora con mejoría histológica y desaparición del infiltrado linfomatoso y el *Helicobacter pylori*.



Figura 1. Se observa parte del cuerpo gástrico con pliegues edematosos y con eritema.



Figura 2. Existe sangrado al contacto con el equipo.

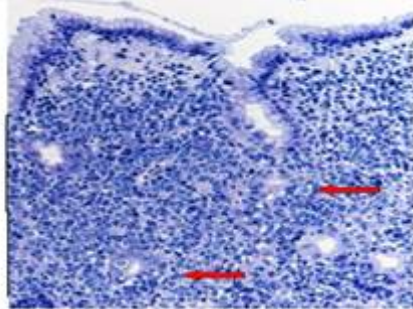


Figura 3. Muestra histológica de mucosa antral donde se observan linfocitos atípicos infiltrando mucosa gástrica, las flechas indican lesiones linfoepiteliales.

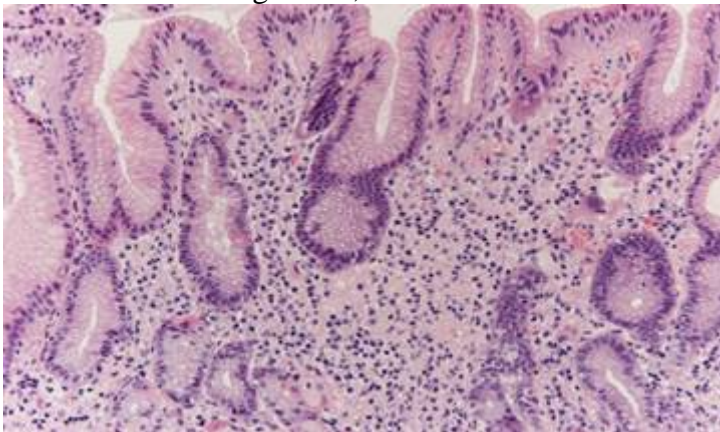


Figura 4. Muestra donde se observa solamente un infiltrado linfoplasmocitario intersticial sin evidencias de células linfomatosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albornoz V. Linfoma gástrico MALT: Factores de riesgo y pronóstico. [Artículo en línea]. *Gastr Latinoam* 2003; Vol 14, N° 3: 200-205 <<http://www.imbiomed.com>> . [consulta: 5 oct 2008].
2. De Vita Vincent T. Jr., Hellman S, Rosenberg S.A. *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. 6th ed. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2000;45: 2223.
3. Isselbacher K., Braunwald E., Wilson J. *Principios de Medicina Interna de Harrison*. [monografía en CD ROM]. 13^a ed. Madrid: Mc Graw-Hill, 1994 [consulta: 5 oct 2008.]
4. Figueroa-Sandoval J F. Linfomas extraganglionares. [Artículo en línea]. *Gac Méd Méx* 2002; 138 (1). <<http://www.medigraphic.com>>. [consulta: 7 oct 2008].

5. Cheng T, Tsou MT, Tsai MP, Chen CH. Early Gastric MALT Lymphoma. A case report. [Artículo en línea]. J Chin Med Assoc 2004;67:145-148. <<http://www.pubmedcentral.org>> [consulta: 12 oct 2008].

Correspondencia: Dr. Jorge Omar Cabrera Lavernia. Correo electrónico: jomar@grannet.grm.sld.cu Teléfono: (0123) 425012