

LINFOMA NO HODGKIN RECTAL

Miguel Ticona Castro¹, Jorge Lopez Claros², Victor Quispe Montesinos³, Alex Capellino Gambetta¹.

RESUMEN

Se ha reportado el caso de una mujer 31 años de edad gestante de 36 ½ semanas a quien se le estableció el diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células grandes B difuso primario rectal EC IIE-A. La terapia establecida consistió en cesárea transversa anterior (por ser cesareada anterior) y la terapia oncológica administrada en el Hospital fue Rituximab (Mabthera®) más CHOP por 8 cursos cada 21 días con respuesta completa. Se administró radioterapia de consolidación obteniendo una respuesta completa durable hasta la actualidad con un tiempo transcurrido mayor a 27 meses sin evidencia de enfermedad.

Palabras claves: Linfoma No Hodgkin Rectal, Gestación, Quimioterapia RCHOP, Radioterapia adyuvante.

ABSTRACT

Has yielded me the elderly, case of a 31- years woman 36- weeks gestante to who established it linfoma's dignóstico no cells Hodking large diffuse B primary rectal EC IIE - A. The therapy once was established consisted in transverse Cesarean operation previous (to be cesareada previous) and the therapy oncológica once was administrated in the Hospital was Rituximab (Mabthera) but CHOP for 8 courses each 21 days with complete answer. consolidation radiation therapy obtaining a complete answer durable to the present time with a bigger elapsed time to 27 months without proof of illness Was administered.

Key words: linfoma's not Hodking

ANTECEDENTES

Paciente mujer 31 años tercigesta, cesareada anterior, 31 semanas (G3P1A1HV1), admitida a primera consulta en Oncología Médica el 10SET09 con tiempo de enfermedad de un año caracterizado por dolor rectal, tenesmo y deposiciones con sangre. Fue sometida a estudios de endoscopia baja en múltiples oportunidades con los siguientes hallazgos: 27FEB09, 7 semanas de gestación, endoscopia baja, informe AP: infiltrado linfoide difuso de lámina propia por defectos de fijación, no se puede precisar detalles citoplasmáticos ni nucleares. Se recomienda nueva biopsia. Persistió con síntomas.

10MAR09, 8 ½ semanas de gestación, endoscopia baja, informa AP: proctitis crónica ulcerada, inespecífico, severo infiltrado crónico con componente agudo.

18MAY09, 18 semanas de gestación, endoscopia baja, informe AP: colitis crónica ulcerada.

01SET09, 33 semanas de gestación, endoscopia baja, informe AP: neoplasia maligna pobremente diferenciada. Inmunohistoquímica: Linfoma No Hodgkin a Células Grandes Inmunofenotipo B, variante anaplásica, CD20 (+), CD30 (+), Ki 67 (+ 85%), ver Fig 1.

Fig 1. A la microscopia se observó mucosa rectal ulcerada, con tejido de granulación (Fig. 1,2 y 3), hiperplasia focal del epitelio con exocitosis de polimorfonucleares (fig. 4 y 5), subepitelio y lámina propia ocupada por infiltrado de células redondas atípicas de núcleo grande hiper cromático y vesicular con uno o más nucléolos, algunos de citoplasma amplio de tipo vacuolar (Fig. 6 y 7). Se planteó como diagnóstico Linfoma No Hodgkin de alto grado con diagnóstico diferencial de carcinoma poco diferenciado. Los estudios de inmunohistoquímica confirmaron estirpe linfoide de inmuno-fenotipo B con alto índice proliferativo (CD 20+, CD 30+, KI 67 + 85%).



Fig.1 Vista panorámica de 4x10.

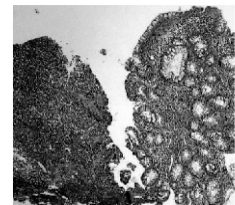


Fig.2x Mucosa rectal ulcerada. 4x10.

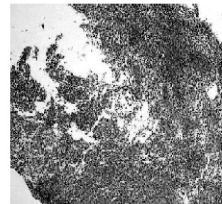


Fig.3 Tejido de granulación. 4x10

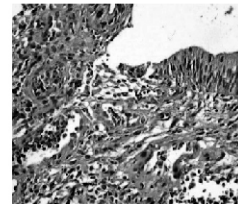


Fig.4 Hiperplasia focal de epitelio rectal. 10x10.

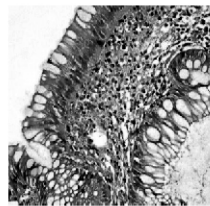


Fig.5 Mucosa rectal con cambios reactivos. 10x10.

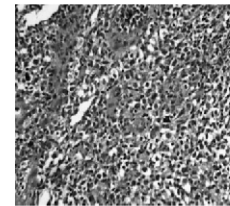


Fig.6 Lámina propia ocupada por proliferación de células redondas.

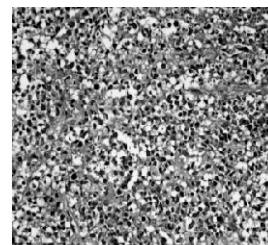


Fig.7 Cambios citoplasmáticos tipo células claras

Biopsia de hueso 23SET09, médula ósea normocelular, libre de infiltración neoplásica, constituida por espículas óseas mayor de 5, celularidad del 50 - 60%, relación

¹ Oncólogo Médico, Hospital III Daniel A. Carrión EsSalud Tacna.

² Gastroenterólogo Hospital III Daniel A. Carrión EsSalud Tacna.

³ Anatómo Patólogo Hospital III Daniel A. Carrión EsSalud Tacna.

mieloide/eritroide: 2-3/1, megacariocitos normocelular.

Análisis séricos 24SET09: Hemograma leucocitos 9130 cels/mm³, Hb: 9.6 g/dL, plaquetas 370 000 cels/mm³, deshidrogenasa láctica 391 U/L, Proteínas totales: 4,94 g/L, Albúmina: 1,79 g/L, Globulinas: 3,15 g/L, creatinina: 0,6 mg/dl, ácido úrico: 4,67 mg/dL, úrea: 17 mg/dL, serología hepatitis B y C no reactivos, HIV no reactivo, HTLV 1 no reactivo, Calcio sérico 8,9 mg/dL.

Tomografía helicoidal tórax abdomen pelvis 24SET09: engrosamiento de pared rectal y adenopatía retroperitoneal 10 mm (ver figura 8).

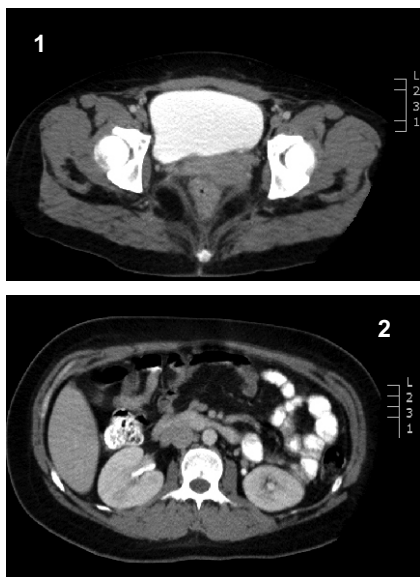


Figura 8. Estudio tomográfico al debut de enfermedad. Obsérvese el engrosamiento de la pared rectal, flecha (1), y la presencia de adenopatía retroperitoneal de 10 mm (2).

MATERIAL Y METODOS

La paciente ingresa a evaluación con los siguientes diagnósticos: 1) Linfoma No Hodgkin Células Grandes B Difuso primario Rectal EC IIE A, Índice Pronóstico Internacional (IPI): Bajo Riesgo; y, 2) Tercigesta 36 ½ semanas, alto riesgo obstétrico. Evaluada en Junta Médica de Ginecología, el 21SET09 considerando los diagnósticos anteriores fue cesareada en esa fecha teniendo un producto recién nacido vivo sexo femenino, peso adecuado para la edad gestacional.

El tratamiento administrado en Oncología Médica, Tacna, consistió en el uso del anticuerpo monoclonal anti-CD20 Rituximab (Mabthera®) aunado a quimioterapia CHOP (R-CHOP, Rituximab 375 mg/m² EV día 1; Ciclofosfamida 600 mg/m² EV, día 2; Doxorubicina 750 mg/m² EV día 2; Vincristina 1,4 mg/m² EV día 2; Prednisona 100 mg VO diario por 5 días, ciclos repetidos cada 21 días) por 8 cursos del 01OCT09 al 15MAR10 seguido por radioterapia de consolidación. Debido a no contar con equipo de radioterapia en la ciudad de Tacna, esta se administró en la ciudad de Lima. Se proscribió administrar lactancia materna desde el inicio de terapia citostática, por lo cual se usó fórmula maternizada.

RESULTADOS

La respuesta al tratamiento ha sido completa al concluir los ocho cursos de quimioterapia. La tolerancia al tratamiento ha sido adecuada sin presentar efectos adversos serios. Los controles médicos en Oncología Médica y Gastroenterología han permanecido sin evidencia de enfermedad hasta la actualidad. Se han realizado estudios de Tomografía helicoidal tórax abdomen pelvis, marcadores tumorales, y endoscopia baja periódicas, negativas a enfermedad.

DISCUSIÓN

El presente caso de complejidad elevada por la concomitancia de gestación durante la presentación y un diagnóstico dificultado requiriendo múltiples endoscopías. La respuesta al tratamiento ha sido completa, lo cual ha permitido lograr una excelente calidad de vida en la salud de la madre y su hija.

Los síndromes linfoproliferativos son procesos neoplásicos que se originan en el tejido linfoide tanto central como periférico presentando diversas variedades morfológicas, inmunológicas, genéticas y clínicas, expresión de la variedad citológica y de la diversidad de la función inmune que corresponde a estas estructuras.

La actual clasificación de los síndromes linfoproliferativos corresponde a la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008, que establece formas anatomoclínicas estudiadas mediante criterios morfológicos, inmunofenotípicos, genéticos y clínicos, estableciendo la célula de origen de cada uno de estos procesos.

La clasificación de la OMS establece los criterios para cada una de las formas anatomoclínicas y considera el grado para los Linfomas No Hodgkin (LNH). La clasificación OMS agrupa los síndromes linfoproliferativos como LNH de células B, LNH de células T/NK y Linfoma de Hodgkin.

Los linfomas B representan el 85% de los casos de LNH y los linfomas T el 15%. La clasificación de la WHO distingue más de 30 entidades diferentes.

El Linfoma No Hodgkin más frecuente en el Perú es el Linfoma de Células Grandes B Difuso (LCGBD).

El Índice Pronóstico Internacional (IPI) es un score desarrollado por 16 instituciones procedentes de USA, Europa y Canada como un modelo de factor pronóstico para LNH de alto grado de malignidad que incluye cinco variables que incluyen la edad, status performance, sitios extraganglionares, DHL y estadio de la enfermedad. Estos cinco factores permiten establecer el riesgo en cuatro categorías.

El sistema gastrointestinal es el sitio más frecuente de presentación del linfoma no Hodgkin extraganglionar, que representa 6% a 20% de los linfomas. El estómago es el sitio más frecuentemente involucrado, seguido por el intestino delgado y del grueso, con compromiso, principalmente, del ciego en un rango de 37% a 71%, hallazgo que se ha explicado porque hay una mayor cantidad de tejido linfático en esta localización, que se encuentra en la lámina propia y en la submucosa.

En general, los linfomas representan de 0,2% a 0,6% de todos los tumores de colon y recto.

Por esta razón, el linfoma primario de recto es una enfermedad rara que requiere confirmación histopatológica, la cual es usualmente de células B, de grado intermedio. Estas neoplasias pueden encontrarse con compromiso de los ganglios linfáticos regionales o sin él, y es importante resaltar que no debe existir compromiso de otros órganos abdominales, ni de la médula ósea ni compromiso ganglionar retroperitoneal o del mediastino.

La incidencia se ha incrementado por diversos factores, entre los cuales encontramos el aumento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha reportado un pico de incidencia del cáncer de colon y recto en la edad de 50 a 55 años, con un rango de 23 a 79 años, y predominio en el sexo masculino.

La enfermedad intestinal inflamatoria y los estados de inmunosupresión, como la gestación, estado post-trasplante, enfermedad celiaca y por VIH, así como la infección por *Helicobacter pylori*, se han reportado como factores de riesgo, aunque no se ha establecido su verdadera asociación.

No se ha reportado la presencia de síntomas B. Usualmente se manifiesta por dolor abdominal, seguido de diarrea y pérdida de peso, o por una masa abdominal de características inespecíficas, así como rectorragia. En algunos casos, se presenta con obstrucción intestinal baja, sin requerir laparotomía de urgencia. Estos síntomas son poco comunes, pero, en el caso del linfoma de recto, constituye el principal indicio. El carácter inespecífico de los síntomas de presentación hace que la mayoría de los pacientes se encuentren en estados avanzados en el momento del diagnóstico.

Entre los hallazgos por imágenes encontramos el compromiso focal o difuso (generalmente, circunferencial) de una lesión con ulceración de la mucosa que puede ser similar a la encontrada en la enfermedad inflamatoria intestinal. También, se pueden encontrar lesiones tipo pólipo, principalmente cuando está comprometida la válvula ileocecal. La

intususcepción puede ocurrir, ocasionalmente, en casos de compromiso del ciego.

El linfoma de recto es indistinguible del carcinoma, manifestado como engrosamiento de la pared o estrechez de la luz e, incluso, compromiso de estructuras adyacentes.

Dado la poca frecuencia en la localización de esta patología, los tratamientos indicados, son basados de los que se ofrece en los linfomas de localizaciones más frecuentes. El pilar del tratamiento con quimioterapia; a la cual ante la positividad de CD20, se le agrega un anticuerpo monoclonal Rituximab (Mabthera®).

CONCLUSION

El presente caso constituye el primer tratamiento de linfoma de alto grado concomitante al embarazo en la ciudad de Tacna, con respuesta completa y sin evidencia de enfermedad a dos años de vigilancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wong MTC, Eu KW. Primary colorectal lymphomas. *Colorectal disease*. Aug 2006; Vol. 8 Issue 7, 586-91.
2. Fan CW, Changchien CR, Wang JY, Chen J-S, Hsu KC, Tang R, Chiang JM. Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum*. 2000; 43:1277-82.
3. Ghai S, Pattison J, Ghai S, O'Malley ME, Khalili K, Stephens M. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. *RadioGraphics*. 2007; 27:1371-88.
4. González QH, Heslin MJ, Dávila-Cervantes A, Álvarez J. Primary colonic lymphoma. *Am Surg*. 2008;74:214.

CORRESPONDENCIA:
Miguel Ticona Castro
Telf. 952657575

Recibido: 20/05//2011

Aceptado: 15/06/2011