

REPORTE DE CASO

Características imaginológicas del linfoma primario de recto: reporte de un caso y revisión de la literatura

LIDA MILENA APONTE¹

Resumen

El linfoma primario de recto es un tumor intestinal, poco frecuente, que está constituido, principalmente, por el tipo no Hodgkin extraganglionar y corresponde de 0,2% a 0,6% de todos los tumores de colon y recto.

Se presenta el caso de una mujer de 79 años que consultó por una masa en recto de varios meses de evolución y rectorragia crónica. Se le tomó una biopsia, cuyo reporte histopatológico fue indicativo de linfoma no Hodgkin. El linfoma no Hodgkin de recto es un tumor raro, con pobre pronóstico, cuyo pilar de tratamiento es la cirugía.

A continuación, se presenta el caso y una breve revisión de las características clínicas e imaginológicas de esta neoplasia poco frecuente.

Palabras clave: linfoma primario de recto, tumor, intestinal.

Title

Imaginological characteristics of primary lymphoma of the rectum: a case report and literature review. 1 case report and review of the literature

Abstract

Primary lymphoma of the rectum is an intestinal tumor, uncommon, that consists mainly of the extranodal non-Hodgkin's type and represents for 0.2 to 0.6% of all colorectal tumors. One report the case a 79-year-old woman who presented with a history of several months evolution of the occurrence of chronic rectal bleeding and rectal mass. He took a biopsy,

¹ Residente de IV año de Radiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

which was indicative histopathologic NHL the histopathologic report was compatible with non-Hodgkin's lymphoma. Non-Hodgkin's lymphoma of the rectum is a rare tumor with poor prognosis, the mainstay of treatment is surgery. A below is present the case and review of clinical and imaging characteristics of this rare neoplasm.

Key words: primary lymphoma of rectum, tumor, intestinal.

Introducción

El sistema gastrointestinal es el sitio más frecuente de presentación del linfoma no Hodgkin extraganglionar, que representa 6% a 20% de los linfomas[1-3]. 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.

El presente artículo es una revisión del linfoma de colon y recto, el cual es poco común. Su interés radica en sus manifestaciones clínicas e imaginológicas, que muchas veces nos llevan a formular otros diagnósticos y omitimos el linfoma, dada su inusual presentación en el recto.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 79 años, de sexo femenino, que consultó por

un cuadro de varios meses de evolución, consistente en la aparición de una masa rectal, ulcerada, con sangrado crónico. Como antecedentes de importancia, refirió ser fumadora por varios años y la presencia de cáncer de pulmón en hermanos y sobrinos.

En el examen físico se encontró una gran masa rectal, ulcerada, con tejido necrótico y olor fétido.

Se tomó biopsia por visualización directa de la lesión mediante una rectosigmoidoscopia. Al espécimen obtenido se le practicaron estudios de inmunohistoquímica, que fue positiva para el antígeno común leucocitario, con lo cual se reportó un tumor maligno de alto grado compatible con linfoma no Hodgking (B difuso plasmoblástico).

En los estudios de extensión practicados (tomografía axial con medio de contraste, torácica y abdominal) se encontró compromiso pulmonar y hepático.

Con este diagnóstico se inició quimioterapia y continúa en controles actualmente.

Discusión

En general, los linfomas representan de 0,2% a 0,6% de todos los tumores de colon y recto[1,2]. Por esta razón, el linfoma primario de recto es una enfermedad rara que requiere con-

firmación histopatológica, la cual es usualmente de células B, de grado intermedio[2]. 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.

Dawson *et al.* citan cinco criterios para el hacer el diagnóstico de linfoma gastrointestinal primario:

1. ausencia de ganglios linfáticos superficiales palpables,
2. radiografía normal de tórax,
3. recuento normal de leucocitos (total y diferencial),
4. en la laparotomía, la lesión asienta en el tubo digestivo, con drenaje linfático del área comprometida, y
5. sin compromiso hepático ni esplénico[4].

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[2].

La enfermedad intestinal inflamatoria y los estados de inmunosupresión después de trasplante, enfermedad celiaca y por VIH, así como la infección por *Helicobacter pylori*, se han reportado como factores de riesgo[5], aunque no se ha establecido su verdadera asociación. La relación entre la colitis ulcerativa y el linfoma fue descrita inicialmente por Bargen en 1928, con una duración de la colitis de 12 años en el momento del diagnóstico[2].

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[1, 2, 6]. 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[6].

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 inflamato-

ria intestinal (figura 1). 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.

Los hallazgos que ayudan a diferenciar un adenocarcinoma de un linfoma, incluyen la extensión en el íleo terminal, los márgenes bien definidos con preservación de los planos grasos, sin invasión a las estructuras

adyacentes y la perforación sin reacción desmoplásica. Esto explica por qué el linfoma raramente causa obstrucción, pues, al no producir reacción desmoplásica, la infiltración linfática de la submucosa debilita la muscular propia de la pared.

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 [5, 7] (figuras 2 y 3).

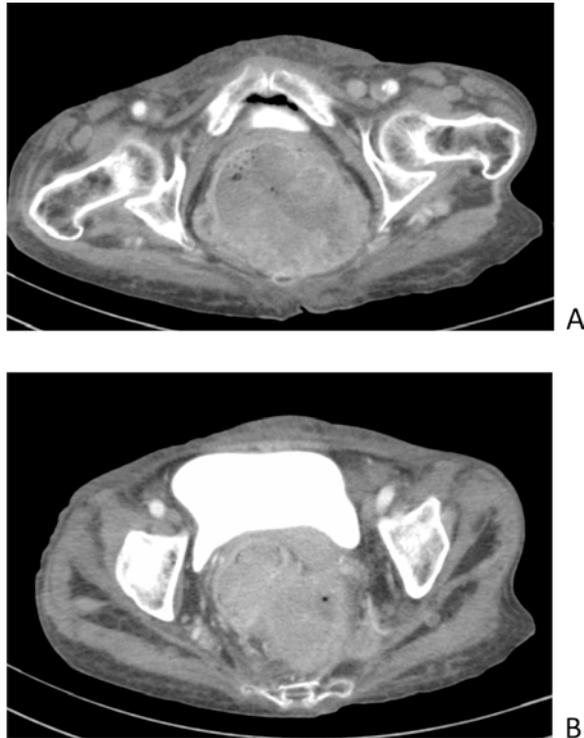


Figura 1. Masa heterogénea con áreas de necrosis, con baja atenuación y signos de infección dados por gas en su interior. Se pueden observar zonas de estrechez, dilataciones o formación de fístulas.

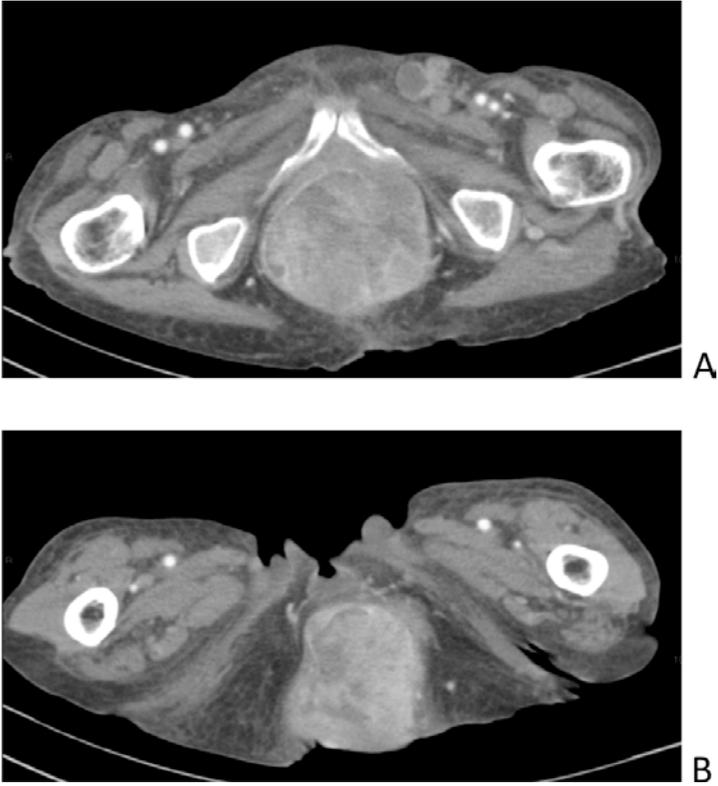


Figura 2. Ulceración perianal, con infiltración de la piel y tejido celular subcutáneo en el glúteo izquierdo. Adenopatía inguinal ipsilateral con signos de necrosis.

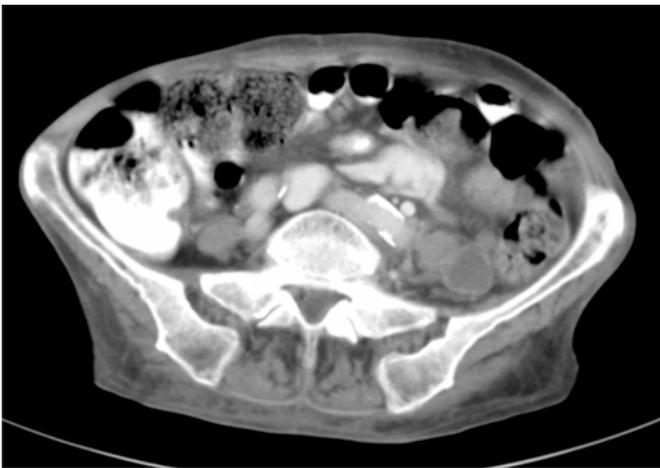


Figura 3. Infiltración de la masa al psoas iliaco izquierdo.

Las metástasis a distancia están influenciadas por el drenaje venoso del tumor primario. El drenaje venoso del colon y la porción superior del recto se hace por vía porta y el hígado es el sitio principal de compromiso secundario. No obstante, el recto tiene un drenaje dual por las venas hemorroidales superiores que van a las venas pélvicas y a la cava inferior, lo cual explica las metástasis pulmonares (7) (figuras 4 y 5).

Los factores pronóstico que se deben tener en cuenta son: la edad del paciente, el sexo, el sitio del compromiso tumoral, el tamaño de la lesión, la presencia de ganglios linfáticos afectados, así como el grado histológico del tumor y el uso de quimioterapia adyuvante[8]. Sin embargo, comparando los linfomas de alto grado con los que no reciben quimioterapia adyuvante, no se reportan diferencias significativas en la supervivencia.

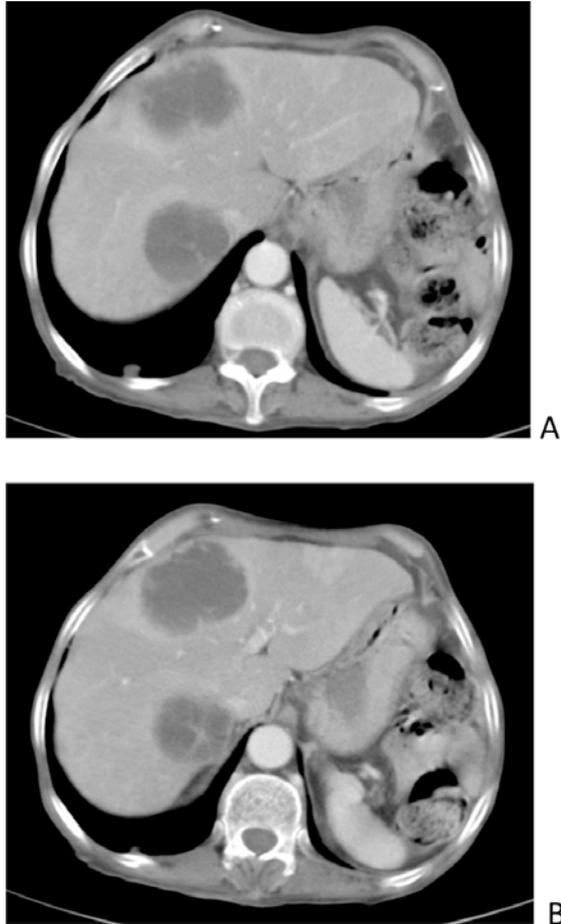


Figura 4. Múltiples masas metastásicas, con realce anular de hasta 6 cm en el hígado.

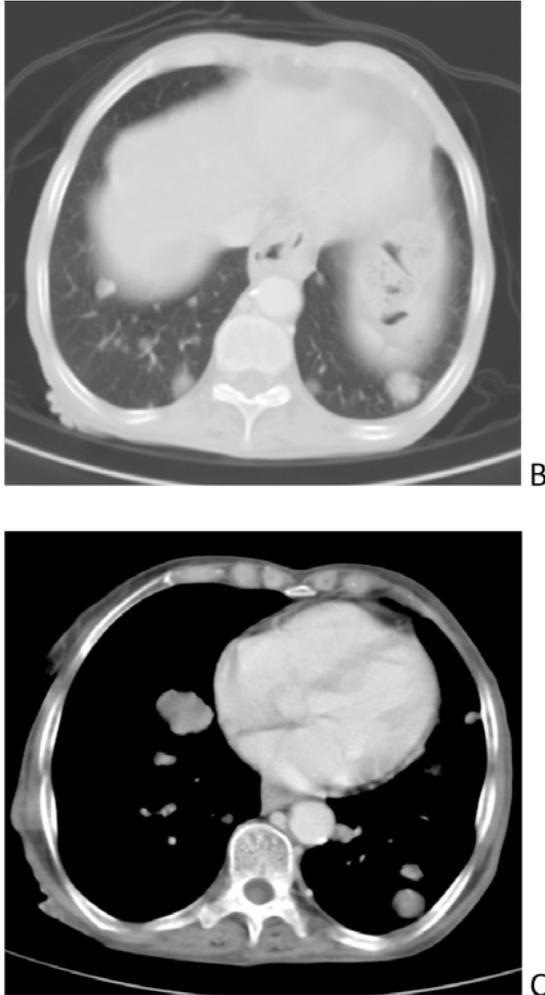


Figura 5. Compromiso multifocal del parénquima pulmonar.

La supervivencia media reportada es de 28 meses, lo que explica su pobre pronóstico a la respuesta marginal de la cirugía y a la quimioterapia. Por otro lado, los estadios avanzados en el momento del diagnóstico, con masas mayores de 5 cm y compromiso ganglionar regional como factores adicionales, fortalecen la teoría de una

inadecuada respuesta al tratamiento actual.

En el linfoma no Hodgkin que compromete otros lugares del tubo digestivo, se han usado cirugía y quimioterapia adyuvante, con una supervivencia a 5 años en un rango de 27% a 55 % [2].

El tratamiento está basado en la cirugía y en la quimioterapia, que puede usarse durante la enfermedad metastásica o localmente avanzada o en un intento por controlar la enfermedad microscópica residual, y en la radioterapia, la cual se reserva para casos seleccionados.

Algunos oncólogos clínicos consideran que el linfoma del tubo digestivo puede ser manejado sólo con quimioterapia; pero teniendo en cuenta que, en el caso del linfoma de colon y recto, la cirugía es el pilar del tratamiento, se le adiciona un valor extra, al brindar información sobre el tipo histológico, la extensión y el estado de la enfermedad. Además, ofrece un cambio con terapia adyuvante o sin ella, pues previene complicaciones, como hemorragia, obstrucción o perforación, que disminuyen de forma significativa la calidad de vida de los pacientes[3].

Conclusión

El linfoma es una condición rara. Se ha reportado un predominio en el sexo masculino, con un pico de incidencia en la sexta década de la vida. La presentación inespecífica de los síntomas, hace que su diagnóstico se haga en estadios avanzados. La histología reportada con mayor frecuencia es la de células B de alto grado. El tratamiento se basa en la cirugía, seguida

de quimioterapia, y se alcanza una tasa de supervivencia de 28 meses.

Bibliografía

1. 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.
2. Wong MTC, Eu KW. *Primary colorectal lymphomas Colorectal disease*. Aug 2006; Vol. 8 Issue 7, 586-91.
3. List AF, Greer JP, Cousar JC, Stein RS, Johnson DH, Reynolds VH, Greco FA, Flexner JM, Hande KR. *et al*. Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: an analysis of clinical and pathological features affecting outcome. *J Clin Oncol*. 1988;6:1125-33.
4. Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant tumors of the intestinal tract. *Br J Surg*. 1961;49:80-9.
5. 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.
6. González QH, Heslin MJ, Dávila-Cervantes A, Álvarez J. Primary colonic lymphoma. *Am Surg*. 2008;74:214.
7. Horton KM, Abrams RA, Fishman EK. Spiral CT of colon cancer: Imaging features and role in management. *Radiographics*. 2000;20:419-30.
8. Doolabh N, Anthony T, Simmang C, Bielick S, Lee E, Huber P, *et al*. Primary colonic lymphoma. *J Surg Oncol*. 2000;74:257-62.