Linfoma no Hodgkin Primario en Duodeno
Presentación de un caso y revisión del tema

Dr. Jesús A. Anta*, *Dra. Claudina F. de Erazo***, *Dr. Roberto Zelaya M.* ***

INTRODUCCIÓN

Los linfomas, en algunas ocasiones, afectan en forma primaria localizaciones extraganglionares, siendo el tracto gastrointestinal el sitio más frecuentemente afectado (13,15). La mayoría de los casos informados de linfoma primario gastrointestinal son de localización gástrica, y representan el 4.5o/o de los linfomas; y el lo/o de las neoplasias en general en ese sector. (7,8).

La localización en duodeno es bastante rara y solamente hay 96 casos registrados en la literatura médica revisada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

EZV, 49 años de edad, femenina, Hondureña, ingresa al Servicio de Cirugía del Hospital General San Felipe con historia de vómito de contenido gástrico, dolor epigástrico urente y pérdida considerable de peso de dos meses de evolución. Al examen físico se encuentra delgada y con aspecto de estar crónicamente enferma. Los signos vitales estaban dentro de límites normales y al examinarla se encontró hipersensibilidad palpatoria en el meso-gastrio como único signo físico.

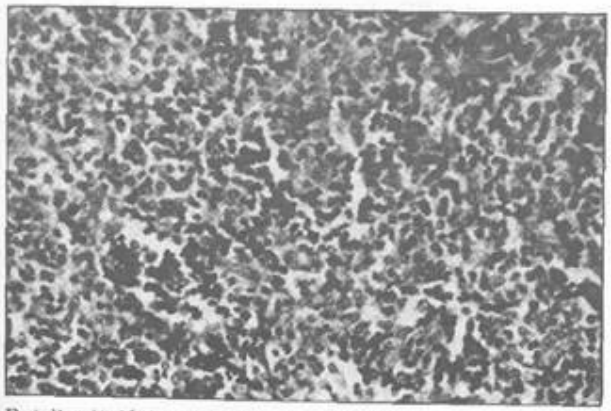
Los exámenes de laboratorio revelan: biometría hemática con: Hb:l3go/o, Ht. 40 volo/o, Leucocitos 5.200 mm3, Neutrófilos 76o/o, Linfocitos: 24o/o, Glucosa en sangre 75 mgso/o Albúmina 2.7. g, Fosfatasa alcalina 3.2 mg. La serie esófago-gastroduodenal: Dilatación gástrica de la primera porción del duodeno con dispersión del medio de contraste (bario) y poco pasó a la 2a. y 3a. porción. La panendoscopía describe una masa infiltrante en el bulbo duodenal, estómago de aspecto normal. No se tomó biopsia. j Con la información obtenida se intervino quirúrgicamente para así poder obtener alivio de su síndrome de estenosis duodenal. Se encuentra una infiltración tumoral localizada en el duodeno por lo que se practica resección pancreatoduodenal.

El informe anatomopatológico nos describe la presencia de un linfoma poco diferenciado difuso del duodeno con infiltración a la cabeza del páncreas; bordes de resección quirúrgica en páncreas

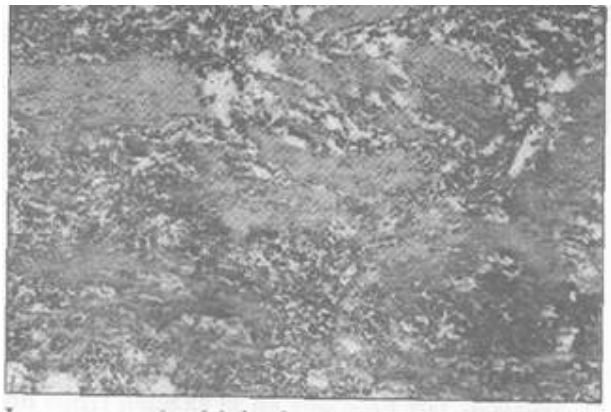
* Cirujano General. Hospital General San Felipe. Profesor FCM. UNAH.
** Patólogo. Hospital Escuela. Profesor Titular II UNAH
*** Residente de Patología. Hospital Escuela.

y duodeno libres de infiltración neoplásica y nueve ganglios linfáticos peripancreáticos sin infiltración linfomatosa (Figs. 1, 2, 3,4).

Se observan algunas glándulas de la mucosa intestinal desplazadas por la infiltración linfomatosa.



Detalle citológico del linfoma duodenal. Obsérvese la monotonía celular característica de esta lesión.



La capa muscular del duodeno (bandas rosadas) infiltrada por linfoma.

La paciente sobrevivió seis meses con quimioterapia adyuvante. A la autopsia se encontraron múltiples abscesos en hígado que llevaron a la paciente a un cuadro séptico agravado por su estado inmu-nodeficiente. No se encontró linfoma residual.

DISCUSIÓN

Dawson cita cuatro criterios necesarios para que un linfoma gastrointestinal sea considerado como primario:

1) No infiltración de ganglios linfáticos perifé ricos o mediastinales.
2) Recuento de glóbulos blancos (leucocitos) normal.
3) Predominio de lesión en tracto gastrointesti nal con compromiso solo de los ganglios lin fáticos regionales.
4) Hígado y bazo sin infiltración linfomatosa(6).

En el caso que presentamos la lesión está localizada en el duodeno con infiltración a la cabeza del páncreas sin afectar los ganglios linfáticos regionales. La lesión es única ya que en la autopsia no se encontró linfoma en ningún otro órgano incluyendo hígado y bazo.

El primer caso de linfoma duodenal fue informado por Alexander en 1877 (2). En 1931 Prey y col. registraron 34 linfosarcomas. (10) Copeland y Greiner encontraron 9 casos con compromiso dúo-

denal y 4 en la unión duodeno yeyunal. (5).

Las manifestaciones son imprecisas y se presenta clínica y radiológicamente como un Carcinoma (8,3) hasta que se establece el diagnóstico por estudio histológico. (7).

Los que causan obstrucción, producen saciedad temprana, vómitos y dolor post-prandial; las lesiones ulceradas producen hemorragia, a veces penetran a tejidos vecinos y no se pueden diferenciar de la úlcera péptica. Cuando involucran la región periampollar producen ictericia. La pérdida de peso es marcada. Los hallazgos en el examen físico no son concluyentes pudiendo existir hipersensibili-dad localizada o difusa y rara vez una masa palpable.

Los hallazgos radiológicos son diversos e inespe-cíficos. Incluyen deformidad duodenal indistinguible de la úlcera péptica. Stassa y Col. (11) consideran que una úlcera inusualmente grande o una zona radiolúcida en bulbo duodenal debe hacer sospechar un tumor intramural. Present (9) considera que las características radiológicas de esta lesión incluyen alisamiento de la mucosa duodenal y pérdida de pliegues. La presencia de un cráter triangular se ha interpretado como hallazgo patognomónico de linfoma gastrointestinal.

Se han considerado como aspectos importantes en el pronóstico los siguientes: estadio, tipo histológico, sitio primario y el tratamiento combinado. (7).

Los resultados del tratamiento no son halagadores excepto para algunos casos aislados. Según Cope-land y Greiner debido a las relaciones anatómicas de la lesión la cirugía reseccionista en raras ocasiones ha dado resultados adecuados. Warren (12) invoca la gastroenterostomía con radioterapia -- post-operatoria como la mejor elección.

Las modalidades quirúrgicas (1) fluctúan desde la biopsia única hasta la resección pancreatoduodenal, con o sin radioterapia. La sobrevida a los 2 años alcanza el 40o/o.

Se ha recomendado la radioterapia en aquellos casos donde la cirugía no puede llevarse a cabo o cuando los márgenes de resección y los ganglios linfáticos regionales están infiltrados.

Bush y Jenkins informan tener mejor sobrevida cuando se da radioterapia postoperatoria en pacientes con linfoma de intestino delgado y en estómago. (14).

RESUMEN

Se presenta un caso de linfoma no Hodgkin primario en duodeno y se revisa literatura sobre diferentes aspectos (clínica, histopatología, tratamiento, etc.) del tema.

La localización primaria en duodeno de un linfoma es extremadamente rara, y solamente se han informado 96 casos.

Su pronóstico es malo dado la etapa en que se detecta y por las peculiaridades de la localización anatómica.

La resección quirúrgica sola, no es la indicada y debe hacerse radioterapia aún en aquellos enfermos en los que se ha logrado una resección completa.

BIBLIOGRAFÍA

1.- AUison JG. The role of surgery in the management of lymphomaJAMA 1981. 246(24);2843-2848.

2.- Alexander R.G. Lymphomatous tumor of the duo-denum. Lancet 1877. 2:954.

3.- Caraveo J. Trwbridge AA., White RR. Diagnóstico y tratamiento de linfomas gastrointestinales primarios. Clin Quir N. Am. 1979. 5:868-872.

4.- Contreary K., Nance FC, Becker WF., Primary Lym-phoma of the gastrointestinal trac. Ann Sug. 1980. 91(5):593-598.

5.- Copeland NM. Greiner DJ. Lymphosarcoma of the duodenum. Report of a case. Review of the litera-ture. Are Surg. 1949. 58:511-528.

6.- Dawson IMP., Comes JS., Morson BC. Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract;

Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. Br, J. Surg. 1961. 49:80-89.

7. Herrmann R., Panahon AM., Barcos MP., Walsh D., Stutoman L. Gastrointestinal involvement in Non-Hodgkin's Lymphoma. Cáncer 1980. 46; 215-22.

8.- Najem Az, Porcaro JL., Rush BF. Primary Non-Hodgkin's Lymphoma of the Duodenum. Cáncer 1984.54:895-898.

9.- Present AJ. Primary lymphosarcoma of the duodenum. Am.J. Roentgenol. 1939.41:545-548.

10.- Prey D., Foster JM., Dennis W. Primary sarcoma of the duodenum. Arch. Surg. 1935. 30:675-684.

11.- Stassa G., Klingensmith C. Primary tumors of the duodenal bulb. Am. J. Roentgenol. 1969. 107:105-110.

12.- Warren KW. Malignant lymphoma of the duodenum, small intestine and colon. Surg Clin Nort Am. 1959. 39:725-735.

13.- Weingrad DR, Decosse J.J. Sherlock P., Straus D., Lieberman PH. Filippa DA. Primary gastrointestinal lymphoma. Cáncer 1982. 49:1258-1265.

14.- Alien A.W. Donaldson G., Sniffen R.C., Goodale F., Primary malignant lymphoma of the gastrointestinal tract Ann Surg. 1954. 140:428-438.

15.- Freeman C. Berg JW. Cutler SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas, Cáncer. 1972. 29:252-260.