

presenta receptores de estrógenos y progesterona positivos y negatividad para el receptor del factor de crecimiento epidérmico^{2,3}.

El patrón de diseminación metastásica también es diferente según el subtipo histológico. La afectación pleuropulmonar, la del sistema nervioso central y la del sistema ganglionar es más frecuente en el subtipo ductal infiltrante que en el lobulillar. El carcinoma lobulillar infiltrante, por su parte, presenta mayor tendencia a afectar al peritoneo, el tracto gastrointestinal o los ovarios, así como la mama contralateral⁴⁻⁶. Un estudio reciente encontró un 4,5% de metástasis a nivel gastrointestinal en los pacientes con carcinoma lobulillar frente a un 1,1% en los pacientes con carcinoma ductal². En el tubo digestivo, la localización más frecuente de este tipo de lesiones es el estómago, seguido del colon y el recto³. Teniendo en cuenta estos datos, en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, particularmente si se trata del subtipo histológico lobulillar, que presenten sintomatología digestiva o signos de anemia microcítica debería indicarse la realización de un estudio endoscópico del tracto intestinal alto y bajo con el fin de detectar posibles lesiones metastásicas⁷.

B I B L I O G R A F Í A

1. Bustamante-Balén M, Navarro-Hervás M, Cuevas JM, García-Díez JV. Metástasis en colon de un carcinoma lobulillar de mama. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100:249-50.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.08.001

2. Arpino G, Bardou VJ, Clark GM, Elledge RM. Infiltrating lobular carcinoma of the breast: Tumor characteristics and clinical outcome. Breast Cancer Res. 2004;6:149-56.
3. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. Surgery. 1993;114:637-42.
4. Gegundez C, Paz JM, Mata I, Cao J, Conde J, Couselo JM, et al. Obstrucción de intestino delgado por metástasis de carcinoma mamario lobulillar. Cir Esp. 2005;77:102-4.
5. Pla V, Safont MJ, Buch E, Pallas A, Roig JV. Metástasis de un carcinoma ductal infiltrante de mama simulando un cáncer de colon obstructivo primario. Cir Esp. 2002;51:257-8.
6. Pera M, Riera E, López R, Vinolas N, Romagosa C, Miguel R. Metastatic carcinoma of the breast resembling early gastric carcinoma. Mayo Clin Proc. 2001;76:205-7.
7. Signorelli C, Pomponi-Formiconi D, Nelli F, Pollera CF. Single colon metastases from breast cancer: A clinical case report. Tumori. 2005;91:424-7.

Lucía Martínez Lesquereux*, Jesús Pedro Paredes Cotoré, María Jesús Ladra González y Alejandro Beiras Torrado

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela Santiago de Compostela, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucialesquereux@hotmail.com (L. Martínez Lesquereux).

Invaginación ileocólica en linfoma de Burkitt

Ileocolic invagination in Burkitt lymphoma

El linfoma de Burkitt es un linfoma no hodgkiniano de células B maduras de alto grado de malignidad. Representa el 40-50% de todos los linfomas no hodgkinianos de la infancia¹. Su presentación como invaginación intestinal se asocia a estadios precoces, teniendo, por tanto, más posibilidades de éxito en el tratamiento^{2,3}.

Presentamos el caso de un varón de 11 años con pubertad precoz en tratamiento con triptorelina. Desde hacía un mes y medio presentaba crisis agudas de dolor tipo cólico con ocasionales deposiciones blandas y vómitos de predominio posprandial, así como anorexia y astenia moderada con pérdida de 7 kg de peso. Refería síntomas de oclusión intestinal de 2 días de evolución.

Al explorarlo, el paciente mostraba buen estado general, estaba afebril y destacaba la presencia de adenopatías submandibulares y una axilar izquierda. El abdomen estaba ligeramente distendido con dolor a la palpación del mesogastrio, sin masas ni visceromegalias. El hemograma mostró hematocrito (35%), hemoglobina (12,7 mg/dl), leucocitos (4.620 UI) (el 65% eran neutrófilos) y actividad de la

protrombina (50%). La radiografía simple de abdomen mostró dilatación de las asas del intestino delgado y niveles hidroáreos. La ecografía abdominal reveló adenopatías retroperitoneales y periaórticas de 3-4 cm de diámetro con asas del intestino delgado distendidas. La TC mostró una invaginación ileocólica con gran dilatación proximal de las asas del intestino delgado y múltiples adenopatías mesentéricas (fig. 1).

Con el diagnóstico de invaginación intestinal, se realizó laparotomía media y se halló líquido ascítico claro y, en la zona de la unión ileon-ciego, una invaginación de consistencia pétrea que se intentó reducir sin éxito. Se realizaron resección del ileon terminal-ciego y anastomosis ileocólica laterolateral manual. El examen anatomo-patológico mostró hallazgos compatibles con linfoma de Burkitt intestinal que llegaba a infiltrar la serosa, pero con ganglios mesentéricos negativos. El paciente recibió posteriormente quimioterapia con ciclofosfamida, vincristina y prednisona.

La invaginación intestinal es una manifestación rara del linfoma de Burkitt^{3,4}, y su origen no tumoral es más

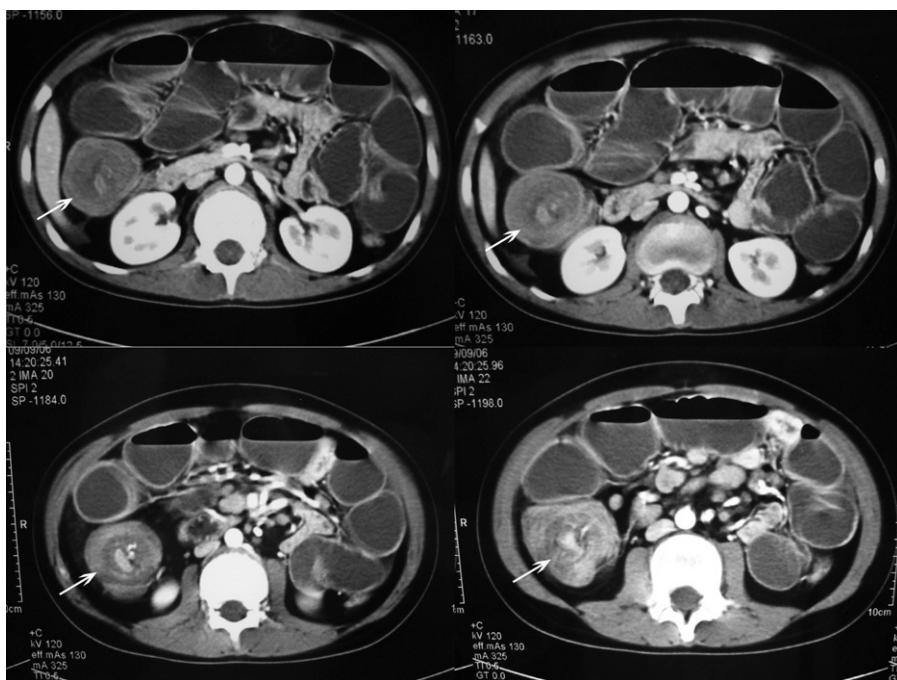


Figura 1 – Imagen de TC en la que se aprecia la invaginación ileocólica (flechas) y la dilatación de las asas del intestino delgado.

frecuente en la edad infantil. Este cuadro en adultos es aun menos frecuente y está asociado, en la mayoría de los casos, a un tumor en el ciego o el ileón. La localización más frecuente del linfoma no hodgkiniano primario digestivo es la gástrica, en segundo lugar la intestinal y, por último, la cólica⁵. Dentro de los casos de linfoma no hodgkiniano, tendría más incidencia la presentación como linfoma de Burkitt en pacientes africanos, con antecedentes de mononucleosis por virus de Epstein-Barr (VEB)² o con infección por VIH⁵. De ahí que el caso expuesto, al tratarse de un niño de raza blanca, con 11 años de edad, VEB negativo, VIH negativo y con localización cólica del tumor, sea un prototipo atípico de linfoma de Burkitt digestivo. Por otro lado, aunque diversos autores aseguren que la ecografía abdominal es el método más eficiente para el diagnóstico de invaginación intestinal en niños^{2,3}, en nuestro caso no fue concluyente. Ante una invaginación intestinal, tanto en la infancia como en la edad adulta, es necesario valorar la posible etiología tumoral del cuadro, teniendo en cuenta causas raras en nuestro medio, como el linfoma de Burkitt.

B I B L I O G R A F I A

1. Pasic S, Vujic D, Djuricic S, Jevtic D, Grujic B. Burkitt lymphoma-induced ileocolic intussusception in Wiskott-Aldrich syndrome. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2006;28:1.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.009

2. Fleming ID, Turk PS, Murphy SB, Crist WM, Santana VM, Rao BN. Surgical implications of primary gastrointestinal lymphoma of childhood. *Arch Surg*. 1990;125:2.
3. Gupta H, Davidoff AM, Pui CH, Shochat SJ, Sandlund JT. Clinical implications and surgical management of intussusception in pediatric patients with Burkitt lymphoma. *J Pediatr Surg*. 2007;42:6.
4. Brichon P, Bertrand Y, Plantaz D. Burkitt's lymphoma revealed by acute intussusception in children. *Ann Chir*. 2001;126:7.
5. Aragón Sánchez FJ, García Molina FJ, Rodríguez Fernández A, De Dios Franco Osorio J, Ortegón Castellano B, Márquez Platero R, et al. Primary colorectal lymphoma. *Rev Esp Enferm Dig*. 1997;89:12.

Cristóbal Moreno Alarcón*, Luis Martín Díaz, José Sánchez Valero, Manuel Vicente Cantero y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crismomed@hotmail.com
(C. Moreno Alarcón).