



Figura 1 Interposición de intestino entre hígado y hemidiafragma derecho en paciente asintomático. Visualización de haustras (flecha blanca). Hallazgos compatibles con signo de Chilaiditi.

un tratamiento conservador: reposo en cama, descompresión con sonda nasogástrica, sueroterapia endovenosa, enemas, laxantes y suspensión de medicación potencialmente relacionada. Pese al tratamiento, el 26% de los

pacientes sintomáticos acaban precisando tratamiento quirúrgico (colectomía, hepatopectomía o colopexia)^{5,6}.

Bibliografía

1. Chilaiditi D. On the question of hepatoptosis ptosis and generally in the exclusion of three cases of temporary partial liver displacement. *Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed.* 1910;11:173–208.
2. Weng WH, Liu DR, Feng CC, Que RS. Colonic interposition between the liver and left diaphragm-management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review. *Oncol Lett.* 2014;7:1657–60.
3. Gil MJ, Murillo M, Jimenez P. Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta. *Semergen.* 2011;37:267–9.
4. Rosa F, Pacelli F, Tortorelli AP, Papa V, Bossola M, Doglietto GB. Chilaiditi syndrome. *Surgery.* 2011;150:133–4.
5. Saber AA, Boros MJ. Chilaiditi's syndrome: What should every surgeon know? *Am Surg.* 2005;71:261–3.
6. Lohr CE, Nuss MA, McFadden DW, Hogg JP. Laparoscopic management of Chilaiditi's syndrome. *Surg Endosc.* 2004;18:348.

Bernat de Pablo Márquez^{a,*}, David Pedrazas López^b, David García Font^b, Jovita Roda Diestro^c y Silvia Romero Vargas^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^b Servicio de Urgencias, EAP Abrera, Abrera, Barcelona, España

^c Servicio de Urgencias, CUAP Sant Andreu de la Barca, Sant Andreu de la Barca, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernattedpablo@gmail.com

(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.002>

Infiltración intestinal por linfoma no Hodgkin-T de células grandes de alto grado con sobreexpresión de ciclina-D1 y expresión aberrante de CD79a en paciente con diagnóstico de micosis fungoide en estadio tumoral



Intestinal infiltration of high-grade large T-cell non-Hodgkin lymphoma with cyclin-D1 overexpression and aberrant CD79a expression in a patient with a diagnosis of tumour stage mycosis fungoides

Sr. Director:

La presencia de afectación intestinal por micosis fungoide (MF) en estadio tumoral es excepcional y solo existen

aislados casos reportados^{1–4}. Teniendo en cuenta lo infrecuente de esta complicación y las dificultades clínicas, radiológicas y patológicas que conlleva, presentamos un caso reciente de infiltración intestinal por linfoma no Hodgkin-T (LNH-T) de células grandes de alto grado en paciente con antecedentes de MF en estadio tumoral. Se trata de un varón de 78 años con antecedentes de LNH-T cutáneo tipo MF que, en los últimos meses, ha evolucionado a estadio tumoral con confirmación histológica e inmunohistoquímica (IHQ). El paciente fue sometido a laparotomía de urgencia por cuadro de abdomen agudo secundario a perforación intestinal, extirpándose un segmento de intestino delgado que presentaba signos de peritonitis fibropurulenta y múltiples nódulos tumorales con necrosis e invasión de todo el espesor intestinal (figs. 1 A y B). El estudio histológico mostró una infiltración de todas las capas del intestino por proceso linfoproliferativo de células grandes de alto grado (figs. 1 C-E). Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial con el linfoma del manto variante blastoide, linfoma B difuso de células grandes o con el linfoma T intestinal primario o secundario relacionado con

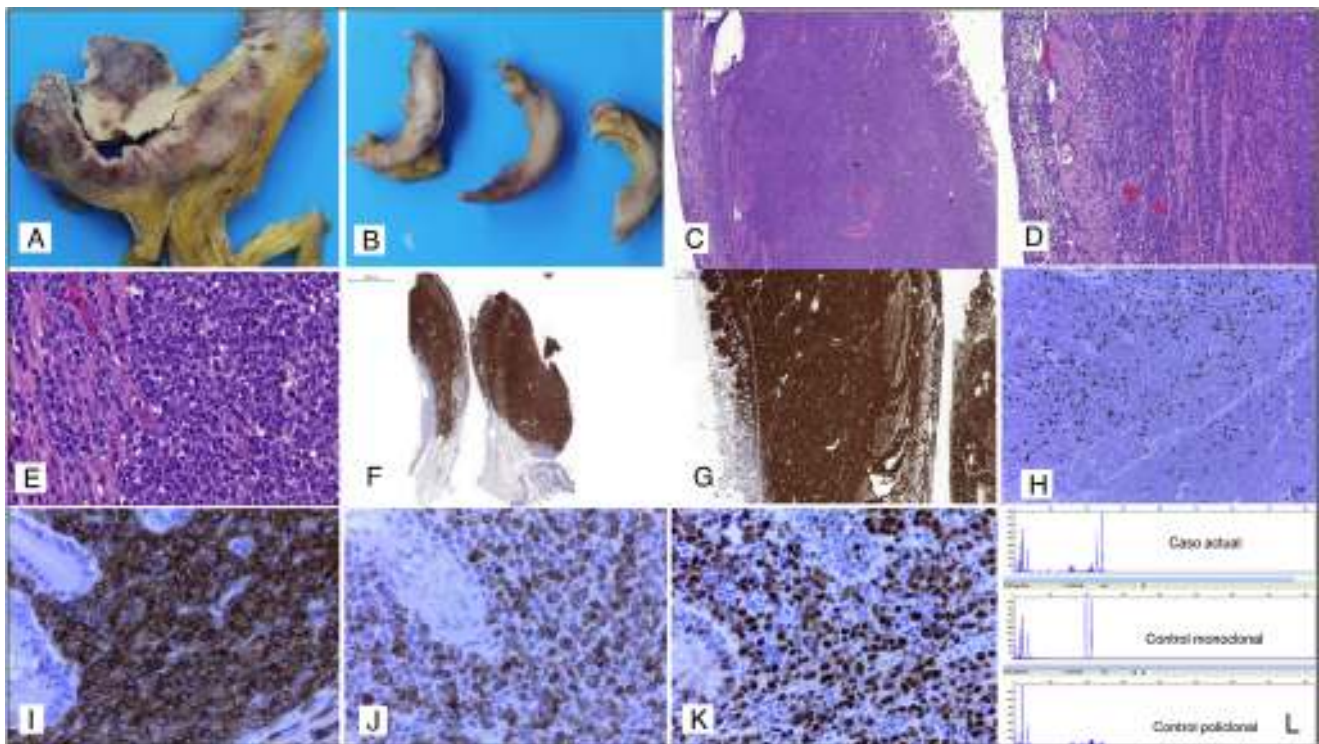


Figura 1 A, B. Aspecto macroscópico de la infiltración intestinal transmural por linfoma T de alto grado. C, D y E. Estudio histopatológico con hematoxilina y eosina donde se observa infiltración transmural por linfoma no Hodgkin de alto grado en intestino delgado. 10x, 20x y 40x, respectivamente. F. Tinción inmunohistoquímica donde se observa que el infiltrado linfoide tumoral es intensamente y difusamente positivo para CD2, 4x. G. Infiltrado linfoide tumoral positivo para CD7 con afectación transmural intestinal, 10x. H. Células tumorales CD8 negativas con presencia de aislados linfocitos T acompañantes no neoplásicos CD8 positivos, 10x. I. CD4 intensamente positivo en las células tumorales con negatividad en las glándulas intestinales, 40x. J. Expresión aberrante de CD79a en células tumorales de un linfoma T, 40x. K. Sobreexpresión nuclear de ciclina D1 en células tumorales, 40x. L. Estudio por biología molecular donde se observa resultado monoclonal para población de células T.

la MF en estadio tumoral. El estudio IHQ mostró positividad intensa y difusa en las células tumorales para CD2, CD3, CD5, CD43, CD4, CD7, CD79a y ciclina D1 (figs. 1 F-K). CD20, CD8 y PAX-5 fueron negativos. CD30 mostró positividad focal y el Ki-67 fue del 95%. El estudio por biología molecular resultó monoclonal para población de células T (fig. 1 L). El perfil IHQ de las células tumorales en la infiltración intestinal fue similar al descrito en las biopsias previas de piel, donde se diagnosticó la MF en estadio tumoral, donde también observamos expresión aberrante de ciclina D1 y CD79a. Del mismo modo, el pico monoclonal de TCR coincidía en piel y en intestino, asegurando entonces que se tratan ambas lesiones del mismo tumor.

A la vista de los hallazgos histopatológicos, IHQ y moleculares el diagnóstico fue de infiltración intestinal extensa por LNH-T de células grandes de alto grado, tipo MF en transformación tumoral, con sobreexpresión de ciclina-D1 y expresión aberrante de CD79a.

La afectación intestinal por MF en estadio tumoral es extremadamente infrecuente, habiéndose reportado aislados casos en la literatura médica de lengua inglesa¹⁻⁴. Por otro lado, los linfomas T de cualquier localización pueden tener sobreexpresión de ciclina-D1⁵ y expresión aberrante de marcadores B, como el CD79a⁶ dificultando el diagnóstico diferencial, sobre todo con el linfoma del manto, que es uno de los subtipos histológicos más frecuentes de linfomas

intestinales. En el caso que reportamos los antecedentes de MF, el perfil IHQ predominantemente T y la monoclonalidad T confirmaron el diagnóstico de infiltración intestinal por linfoma T de alto grado.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Velagapudi P, Turagam M, Uzoaru I, Graham D. Small bowel obstruction due to mycosis fungoides: An unusual presentation. *Am J Med Sci.* 2011;341:508-9.
2. Camisa C, Goldstein A. Mycosis fungoides. Small-bowel involvement complicated by perforation and peritonitis. *Arch Dermatol.* 1981;117:234-7.
3. Van Doorn R, van Haselen CW, van Voorst Vader PC, Geerts ML, Heule F, de Rie M, et al. Mycosis fungoides: Disease evolution and prognosis of 309 Dutch patients. *Arch Dermatol.* 2000;136:504-10.
4. Chen KR, Tanaka M, Miyakawa S. Granulomatous mycosis fungoides with small intestinal involvement and a fatal outcome. *Br J Dermatol.* 1998;138:522-5.

5. Aquino G, Franco R, Ronconi F, Anniciello A, Russo L, de Chiara A, et al. Peripheral T-cell Lymphoma with cyclin D1 overexpression: A case report. *Diagn Pathol.* 2012;7:79.
6. Matnani RG, Stewart RL, Pulliam J, Jennings CD, Kesler M. Peripheral T-cell lymphoma with aberrant expression of CD19, CD20, and CD79a: Case report and literature review. *Case Rep Hematol.* 2013;2013:183134.

Isidro Machado^{a,*}, Onofre Sanmartín^b,
José Ángel Díez-Ares^c, Víctor Traves^a, Amparo Avaria^d,
Claudia Salazar^d, Luis Rubio^e y Javier Lavernia^f

^a *Servicio de Patología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

^b *Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

^c *Servicio de Cirugía, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

^d *Unidad de Hematología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

^e *Laboratorio de Biología Molecular, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

^f *Servicio de Oncología Médica, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isidro.machado@uv.es (I. Machado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.001>