



SCIENTIFIC LETTER

An infrequent cause of left-colon intussusception



Una causa infrecuente de intususcepción de colon izquierdo

Mantle cell lymphoma (MCL) is a type of B-cell non-Hodgkin's lymphoma that is characterized by atypical small lymphoid cells within the mantle zone that surrounds normal germinal center follicles.¹ Represents 2.5% of lymphoid neoplasms in United States and 7–9% of lymphoid neoplasms in Europe.² MCL is usually diagnosed in adults with a median age of 68 years with male predominance.³ The gastrointestinal tract is the most frequent secondary extranodal location, and colon is the most involved site.¹ Multiple lymphomatous polyposis is one of the most common primary gastrointestinal presentations of MCL.¹

Intussusception caused by malignant lymphoma is unusual, accounting for less than 10% of all cases of colonic intussusception.³ Colonic involvement of gastrointestinal lymphomas is observed in 9–27%, although MCL represents only 1.2% of these lesions.⁴ We present the case of a patient with a diagnosis of MCL relapse manifested as left colo-colonic intussusception.

A 65-year-old man with a diagnosis of MCL 8 years ago treated with chemotherapy and autologous transplantation of hematopoietic precursors with good response and without evidence of recurrence in the later control (4 months before) presented with intermittent abdominal pain in the left lower quadrant without fever, weight loss, or diarrhea. On physical exam there were no significant findings. The blood count and biochemical study were within normal limits. Abdominal computed tomography (CT) identified a colo-colonic intussusception in descending colon associated with an endoluminal lesion that showed homogeneous enhancement (Fig. 1A). A colonoscopy was performed and identified a 50 mm pedunculated lesion in the descending colon (Fig. 1B). Biopsies of this lesion showed a lymphoproliferative infiltration (chromatin positive lymphocytes and positive immunostaining for CD20 and cyclin) in the lamina propria compatible to MCL. A multidisciplinary evaluation was carried out and treatment with oral ibrutinib 560 mg qd was started with initial good response. After 6 months of follow up, ibrutinib was finished and a new allogeneic transplantation of hematopoietic precursors was performed with good response after 3 months of follow-up.

The main proportion of patients with MCL relapse after combined therapy (chemotherapy and hematopoietic stem cell transplantation) have a median survival of 3–5 years.²

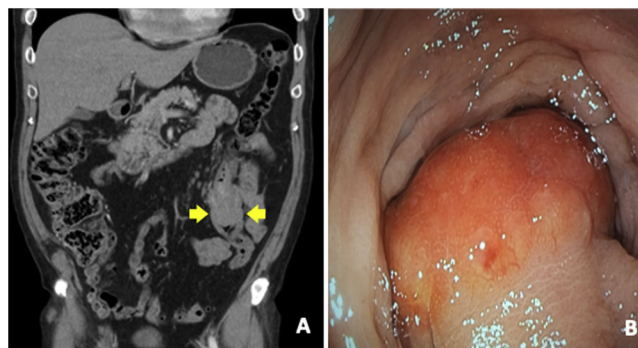


Figure 1 (A) Abdominal computed tomography. Colo-colonic intussusception in descending colon (arrows). (B) Colonoscopy: pedunculated lesion located in the descending colon.

In the present case, MCL relapse was manifested as a single polypoid lesion of the descending colon causing colonic non-obstructive intermittent intussusception. Intussusception in adults is infrequent and represent less than 1% of bowel obstruction.³ In the colon, 60% of intussusception cases are related to malignancy.² After reviewing the literature related to clinical manifestations of MCL, no case of left colonic intussusception was described as MCL presentation and few cases presenting ileocecal or right colo-colonic intussusception were described.⁵

In conclusion, we present a case of left colo-colonic intussusception associated with MCL relapse. This presentation has not been previously reported. This case reinforces the importance of differential diagnosis of MCL recurrence in adult patients with history of MCL and left colon obstruction.

Authors' contribution

Mathius Soruco García, Mariano Higa and Domingo Balderamo wrote the manuscript. All authors approved the submitted version.

Disclosures

None of the authors have any potential conflicts (financial, professional, or personal) to disclosure.

Funding

The present manuscript was performed without any financial support or grant.

References

1. Lee HH, Cho SG, Lee IS, Cho HJ, Jeon YW, Hyun OJ, et al. Mantle cell lymphoma with gastrointestinal involvement and the role of endoscopic examinations. PLOS ONE. 2020;15:e0239740.
2. Smith BM, Reilly K, Baker B, Deeken A, Dan AG. A case report of mantle cell lymphoma presenting as intussuscepting colon mass. Int J Surg Case Rep. 2020;69:28–31.
3. Aukhojee V, Gilong CM, Seewoogoolam G, Strauss PN. Rare presentation of ileocolic intussusception secondary to mantle cell lymphoma. BMJ Case Rep. 2019;12:e229425.
4. Cardona DM, Layne A, Lagoo AS. Lymphomas of the gastrointestinal tract – pathophysiology, pathology, and differential diagnosis. Indian J Pathol Microbiol. 2012;55:1–16.
5. Grin A, Chetty R, Bailey D. Mantle cell lymphoma as a rare cause of intussusception: a report of 2 cases. Ann Diagn Pathol. 2009;13:398–401.

Mathius Soruco García, Mariano Higa,
Domingo Balderramo*

Gastroenterology Department, Hospital Privado
Universitario de Córdoba, Instituto Universitario de
Ciencias Biomédicas de Córdoba, Córdoba, Argentina

* Corresponding author.

E-mail address: dbalderramo@hospitalprivadosa.com.ar
(D. Balderramo).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.08.006>

0210-5705/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Bacterias enteroinvasivas. Estudio local en atención clínica especializada



Enteroinvasive bacteria. Local study in specialized clinical care

La diarrea infecciosa aguda grave constituye un grave problema de salud pública en todo el mundo. En la de etiología bacteriana, exceptuando la causada por *Clostridioides difficile*, la mayor parte presentan un carácter invasivo¹ y el tratamiento antibiótico será preciso en situaciones concretas. Por lo tanto, es crucial conocer la sensibilidad a distintos antimicrobianos clásicos y alternativos, dado que el número de episodios de enteritis por patógenos multirresistentes está aumentando²⁻⁵. El objetivo de este trabajo fue analizar la tasa de sensibilidad a los antibióticos, así como la capacidad de predecir la sensibilidad de *Salmonella* a ciprofloxacino a través de la susceptibilidad al ácido nalidíxico.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los resultados de los coprocultivos registrados en nuestro Sistema de Información del Laboratorio, por episodios de enteritis, entre enero de 2016 y diciembre de 2019. El ámbito geográfico fue la provincia de Granada y el ámbito poblacional fue el área de referencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, con una población de referencia básica de 330.486 habitantes, pero que tiene una actividad asistencial de tercer nivel. La población asistida fue de atención especializada (incluyendo hospitalizados, de consultas externas y urgencias). Se careció de la información expresa sobre los síntomas. Las heces no sólidas fueron transportadas y procesadas siguiendo un protocolo estricto de trabajo¹. El sistema MicroScan (Beckman Coulter, Barcelona, España) se utilizó para determinar la sensibilidad de los microorganismos de crecimiento rápido. La concentración mínima inhibitoria de azitromicina y fosfomicina fue determinada mediante gradiente de difusión (MIC Test Strip, Liofilchem®, Italia). Los resultados se interpretaron siguiendo las guías del Comité Europeo de Pruebas de Susceptibilidad a los Antimicrobianos (2020) (https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUC_AST_files/Breakpoint_tables/v_10.0.Breakpoint.Tables.pdf)

cuando hubo punto de corte. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas, y las medidas de tendencia central y dispersión para las numéricas. Se utilizó la prueba de χ^2 para el análisis estadístico de variables categóricas y la de la t de Student para análisis de variables numéricas, como la edad. Los datos se analizaron con el programa IBM® SPSS® Statistics.

En el estudio se obtuvieron 9.290 coprocultivos negativos y se aislaron 1.160 microorganismos de 1.080 (10,4%) episodios diferentes. En general, *Campylobacter* (tabla adicional 1 en el anexo) es el más aislado ($p < 0,001$), con *Campylobacter jejuni* como el más frecuente. El año con mayor número de coprocultivos positivos fue 2017 ($p < 0,001$), seguido de 2019 (tabla adicional 2 en el anexo). La frecuencia de *Campylobacter* aumentó en el último año ($p = 0,008$); la de *Salmonella* fue mayor en 2017 ($p < 0,001$) y *Aeromonas* se mantuvo estable ($p = 0,52$). *Campylobacter* y *Salmonella* fueron más frecuentes en verano y en otoño ($p = 0,002$ y $p < 0,001$, respectivamente). Hubo más aislamientos en población infantil que en adultos (60,2 vs. 39,8%), a pesar de existir más muestras de adultos (69,3 vs. 30,7%), por lo que la rentabilidad del coprocultivo es mayor en la población infantil (15 vs. 4%; $p < 0,001$). El 64,8% de *Campylobacter* ($p < 0,001$), el 54% de *Salmonella* ($p = 0,009$) y el 61,1% de *Aeromonas* se detectaron en población infantil ($p = 0,002$). En menores de un año, *Campylobacter* fue la especie más aislada, seguida de *Aeromonas*. En población adulta, los patógenos más frecuentemente aislados fueron los mismos que en la población pediátrica (tabla adicional 3 en el anexo). En la mayoría de los pacientes se detectó un único patógeno, en 56 pacientes se aislaron simultáneamente 2; de estos en el 96,4% de los episodios uno de los microorganismos fue *Aeromonas*. El patógeno acompañante más habitual en la coinfección con *Aeromonas* fue *Campylobacter*. El 85,2% de las coinfecciones con *Aeromonas* ocurrieron en niños, fundamentalmente menores de un año.

La sensibilidad antibiótica se indica en la tabla 1. Destaca la baja sensibilidad de *Campylobacter* a ciprofloxacino, dado que en algunos casos de diarrea aguda grave se inicia tratamiento empírico con quinolonas, y la infección por *Campylobacter jejuni* constituye el microorganismo detectado con mayor frecuencia en los coprocultivos. En las tablas adicionales 4 y 5 del anexo aparecen los resultados