

Linfoma MALT y tumor carcinoide sincrónicos de íleon

Synchronic MALT lymphoma and carcinoid tumor of the ileum

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 71 años histerectomizada que ingresó en nuestro servicio por síndrome anémico y masa palpable dolorosa en fosa iliaca derecha. La paciente había sido estudiada previamente con una gastroscopia revelándose una gastritis crónica e infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) tratada y curada un mes antes del ingreso. Con ileocolonoscopia no se detectó lesión alguna pero TC de abdomen y RM pélvica confirmaron la existencia de una masa de 9,5 cm de eje mayor con áreas hipodensas y un nivel hidroaéreo situada encima del muñón vaginal sin plano de separación con el recto, que comunicaba con el íleon distal y parecía estar formada por un asa aneurismática, además había múltiples adenopatías perilesionales de más de 2 cm (fig. 1). Se operó a la paciente extirpándose la masa a la que abocaban 2 asas de intestino delgado que terminaban en una cloaca en su interior y que afectaba a la pared anterior del recto. Se identificó un nódulo de 1 cm firme y algo retraído en íleon y se hizo una resección segmentaria del mismo. Se resecaron también recto, trompa y ovario derechos y múltiples adenopatías. Se realizaron colostomía terminal y anastomosis terminoterminal de intestino delgado. El examen histológico (fig. 2) reveló que la masa pélvica en estrecha relación con el asa de intestino delgado estaba formada por una proliferación de células linfoides de núcleo mediano, con aspecto centrocítico o centroblastico, con escasa cantidad de citoplasma y alto índice mitótico y necrosis compatibles con un linfoma de alto grado; esta celularidad se extendía también a la mucosa de mucosa colónica. Los bordes de resección de intestino delgado y recto estaban libres de infiltración. La inmunohistoquímica era la propia de un linfoma MALT. El nódulo de íleon estaba formado por una tumoración transmural desde mucosa a subserosa de células neuroendocrinas monomorfas agrupadas en masas y trabéculas, con un índice de proliferación inferior

al 1%, y positivas para cromogranina y sinaptofisina, hallazgos propios de un tumor carcinoide. Un mes después de la cirugía la paciente presentó náuseas, dolor abdominal, escasa ingesta, astenia y pérdida de peso, por lo que acudió al hospital decidiéndose el reingreso. Presentaba Hb 9 g/dl, creatinina 1,4 mg/dl, beta-2-microglobulina 6,9 mg/dl, PCR 77 mg/l y VSG 129. Con ecografía y TC se comprobó una hidronefrosis bilateral, conglomerados adenopáticos retroperitoneal, ilíaco y de cadenas obturatrices e implantes peritoneales además de masa pélvica de 5 cm en relación con recidiva local. La biopsia de médula ósea y el resto de estudio de extensión fueron negativos. La paciente recibió nutrición parenteral total. Con quimioterapia (R-CHOP) la paciente ha ido mejorando y tras el cuarto ciclo hay remisión completa con TC.

El linfoma MALT supone el 10% de los linfomas primarios gastrointestinales y es el segundo en frecuencia después del linfoma difuso B de células gigantes. La cuarta parte de ellos se localiza en el intestino delgado y su curso puede ser indolente¹. Los tumores carcinoide pueden ser hallazgos inesperados en el 40% de los casos² y cerca del 20% puede darse en pacientes con una segunda neoplasia cutánea, de glándulas endocrinas o prostática^{2,3}. La asociación del carcinoide con el linfoma de tipo MALT se ha descrito tan solo en otras 3 ocasiones^{4,6}: un caso que asociaba un carcinoide de delgado con comportamiento agresivo asociado a un MALT gástrico⁴ y 2 casos con ambos tumores localizados en un pulmón^{5,6}. Independientemente de la relación que el linfoma MALT tiene con *H. pylori*⁷, también presente en esta paciente, para tratar de explicar la coexistencia de 2 tumores diferentes sincrónicos se ha apuntado la posibilidad de que secreciones paracrinas procedentes de uno puedan inducir la aparición de otro⁶. Además, la hiperactividad inmunitaria frente a un tumor podría inducir el desarrollo del linfoma, o bien la disfunción inmunitaria de los pacientes con linfoma podría favorecer el desarrollo de otras neoplasias.

La asociación de linfoma MALT de alto grado de localización intestinal coexistente con un carcinoide de íleon no ha sido descrita antes, pero como ya se ha dicho no es en absoluto raro que los carcinoide coexistan con otros tumores o bien se diagnostiquen de forma casual en el transcurso de una laparotomía.

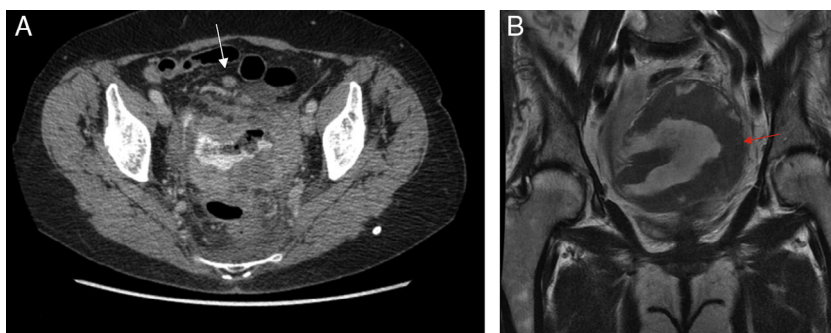


Figura 1 A) TC de pelvis con contraste oral e intravenoso. Corte axial. Masa pélvica, dependiente de íleon terminal, con captación heterogénea de contraste y dilatación aneurismática de la luz. Adenopatías locorregionales (flecha blanca). B) RM de pelvis, corte coronal potenciado en T2. Asa aneurismática con voluminoso engrosamiento de la pared, que es hipointensa (flecha roja) y no produce obstrucción.

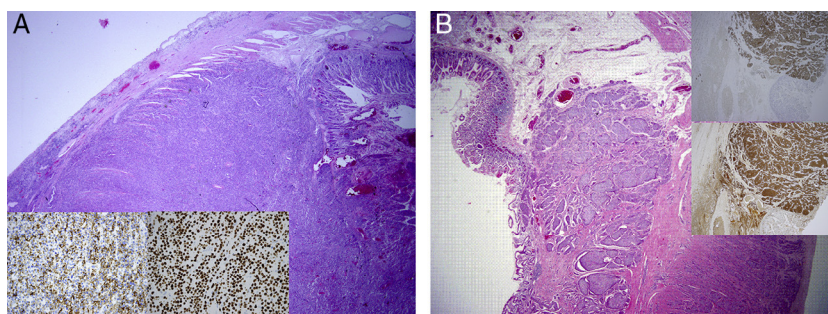


Figura 2 A) HE X20. Linfoma MALT. A la derecha de la imagen se identifica la mucosa intestinal y a la izquierda la subserosa. Las 2 fotografías pequeñas corresponden a inmunohistoquímica (IHQ X400) positiva para CD70 (*izquierda*) y Ki67 > 90% (*derecha*). B) HE X20. Tumor carcinóide. A la izquierda se aprecia la mucosa de íleon y a la derecha la muscular. Las 2 fotografías pequeñas corresponden a IHQ X20 para cromogranina positiva (*arriba*) y sinaptofisina (*abajo*).

Bibliografía

- Kim SJ, Choi CW, Mun YC, Oh SY, Kang HJ, Lee SI, et al. Multicenter retrospective analysis of 581 patients with primary intestinal non-hodgkin lymphoma from the Consortium for Improving Survival of Lymphoma (CISL). *BMC Cancer*. 2011;11:321.
- Niederle MB, Niederle B. Diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors: Current data on a prospectively collected, retrospectively analyzed clinical multicenter investigation. *Oncologist*. 2011;16:602–13.
- Zar N, Garmo H, Holmberg L, Hellman P. Risk of second primary malignancies and causes of death in patients with adenocarcinoma and carcinoid of the small intestine. *Eur J Cancer*. 2008;44:718–25.
- McGregor DH, Cherian R, Weston AP, Lawson L, McAnaw MP. Adenocarcinoid of ileum and appendix, incidentally discovered during exploratory laparotomy for gastric MALT lymphoma, with subsequent diffuse prostatic metastases: report of a case with light, immunohistochemical, and electron microscopic studies. *Dig Dis Sci*. 1999;44:87–95.
- Taylor WS, Vaughan P, Trotter S, Rajesh PB. A rare association of pulmonary carcinoid, lymphoma, and sjogren syndrome. *Ann Thorac Surg*. 2013;95:1086–7.
- Czapiewski P, Majewska H, Tomaszewski D, Biernat W. Coexistence of tumor let and marginal zone B-cell lymphoma in the lung. *Pathol Res Pract*. 2010;206:508–10.
- Gisbert JP. *Helicobacter pylori*-related diseases: dyspepsia, ulcers and gastric cancer. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34 Suppl 2:S15–26.

Edel Berroa de la Rosa^a, Laura Casadiego Matarranz^b, Rafael Aparicio Duque^c, María Jesús Peñarrubia Ponce^d, Javier Ortiz de Solórzano Aurusa^e y Luis Fernández Salazar^{e,*}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^d Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^e Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisfernalsal@gmail.com (L. Fernández Salazar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.005>

Duodenitis isquémica en paciente pluripatológico

Ischemic duodenitis in a patient with multiple comorbidities

Sr. Director:

Las alteraciones isquémicas duodenales se han descrito en pocos casos en pacientes con ateromatosis severa de las arterias esplánicas¹. Este hallazgo es infrecuente debido a que el duodeno sufre la falta de irrigación de la arteria mesentérica superior a través de colaterales pancreático-duodenales².

Se describe el caso de una paciente mujer de 70 años que acude al hospital por melenas y dolor abdominal de 10 h de evolución. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal y miocardiopatía isquémica crónica. Cinco años antes tuvo un episodio de colitis isquémica. En la exploración física, la presión arterial es de 92/58 mm Hg y la frecuencia cardiaca de 102 latidos/min, el abdomen está distendido, es doloroso a la palpación de manera difusa y presenta disminución de los ruidos hidroaéreos. En la analítica sanguínea destaca anemia microcítica e hipocrómica con Hb de 7,3 g/dl, leucocitosis y elevación de proteína C reactiva. Tras estabilizar a la paciente con reposición hidroelectrolítica y transfusión de hematíes, se realiza gastroscopia. En ella se visualiza