

Linfoma primario de intestino delgado relacionado al SIDA.

Informe de un caso.

Tte. Cor. M.C. José Antonio Frías Salcedo,* Mayor M.C. Juan Carlos Ramírez López**

Hospital Central Militar, Escuela Médico Militar. Ciudad de México

RESUMEN. El linfoma no Hodgkin es una neoplasia relacionada con el SIDA, cuya incidencia se incrementa a mayor duración de la infección por el VIH. Se presenta el caso de un hombre de 21 años de edad con diagnóstico de linfoma no Hodgkin inmunoblástico de células grandes, primario del yeyuno.

Palabras clave: SIDA, infección por VIH, linfoma.

Una de las tres neoplasias que incluyen los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en la definición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es el linfoma no Hodgkin (LNH).¹

La epidemiología del linfoma relacionado con el SIDA (LRS) aún no está bien establecida, en Italia existe 20% de subregistro de la enfermedad.^{2,3}

El linfoma es una manifestación tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de manera paradójica, los avances en el tratamiento de la infección por VIH pueden conducir a aumento en el LRS.^{4,5}

El LNH asociado a SIDA es el segundo tumor maligno más frecuente en pacientes VIH+. De 23 casos de pacientes con LRS, 14 de ellos presentaron en el tubo digestivo, de los cuales 3 se localizaron en el intestino delgado.⁶

De los linfomas primarios del intestino delgado, el yeyuno ocupa el segundo lugar después del íleon, decir, la incidencia aumenta de manera distal.⁷

La incidencia de LNH en pacientes infectados por el VIH es de 240.3 casos/100,000 personas-año, mientras que en enfermos no infectados es de 15.4/100,000 personas-año.¹ En niños europeos con SIDA, la incidencia de linfoma es de 1.4%.⁸ En pacientes hemofílicos, el riesgo de desarrollar LNH después de

SUMMARY. Non-Hodgkin's lymphoma is a malignancy related to AIDS. Its incidence rises with increasing duration of HIV infection. A 21 year old man who had primary jejuni large immunoblastic non-Hodgkin's lymphoma is presented.

Key words: AIDS, HIV infection, lymphoma.

la seroconversión a VIH+ está aumentado.⁹ Los pacientes con SIDA tienen aumentado el riesgo de desarrollar linfomas agresivos. En 113 casos de LRS, los que con mayor frecuencia afectaron al tubo digestivo fueron el inmunoblástico y centroblástico de células grandes.^{4,10}

Uno de los rasgos característicos de los pacientes con LRS, es lo invasivo del tumor y la presencia de sintomatología sistémica al inicio del padecimiento.⁴ De 45 pacientes VIH+ con neoplasias linfoides, 35% desarrollaron LNH y de ellos 71% se presentaron en estadio avanzado y 85% debutaron con enfermedad extraganglionar (tubo digestivo y médula ósea).¹¹

Caso clínico

Paciente del sexo masculino de 21 años de edad, portador del VIH a quien le fue diagnosticado LNH primario de intestino delgado, tratado con quimioterapia y cirugía para extirpar la masa tumoral localizada en el yeyuno, fueron resecados 30 cm de intestino.

Seis meses después, el paciente inició datos de suboclusión intestinal, por lo cual es sometido a estudio de tránsito intestinal, el cual fue reportado como anormal; por este resultado se sospecha proceso infiltrativo a nivel de íleon distal. Es referido al Hospital Central Militar (HCM) para continuar su tratamiento. Ingresó al Servicio de Infectología del HCM con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de alto grado de malignidad primario de yeyuno.

La historia clínica revela paciente del sexo masculino de 21 años de edad con antecedente de dos contactos sexuales sin protección. A la exploración física se encuentra adelgazado, pálido(+++), lengua saburral sugestiva de candidiasis oral, faringe hiperémica(+++), abdomen con masa palpable en epigastrio y mesogastrio, ocupando gran parte del hemiabdomen superior, la cual mide por palpación 20 x 14 x 10 cm, indurada, multilobulada,

* Jefe de Infectología y del Comité de Infecciones. Miembro de los Comités de SIDA, Antibióticos, Morbilidad, Investigación y Bioseguridad. Hospital Central Militar. Profesor Titular de Escuelas de Graduados de Sanidad, Odontología y Médico Militar.

** Egresado de la Escuela Médico Militar. Universidad del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana.

Correspondencia:

Tte. Cor. M.C. José Antonio Frías Salcedo
Hospital Central Militar. Depto. de Infectología.
Lomas de Sotelo. México DF. 11200
Tel. 557-3100 Ext. 1493

de bordes bien definidos, superficie lisa, adherida a planos profundos (mesenterio) y desplazable de manera parcial.

La TC de abdomen muestra líquido libre en la cavidad y diversas tumoraciones. Una parece guardar relación con el lóbulo hepático izquierdo; otra se proyecta en la cámara medial y lateral al bazo con zonas hipodensas en su interior, las imágenes muestran además adenopatías retroperitoneales (a nivel de la raíz del mesenterio) sin evidencia de lesiones focales. Los estudios de laboratorio revelaron depresión linfocitaria, aumento de las transaminasas y la fosfatasa alcalina. Las pruebas de intradermoreacción resultaron negativas (anergia cutánea).

Una semana después inició el tratamiento con radioterapia a todo el abdomen, 20 Gy en 20 fracciones y AZT, ketoconazol, nistatina, isoniácida y ranitidina. Durante la semana siguiente, el paciente cursó con hiporexia, náuseas, dolor abdominal, llenura postprandial y evacuaciones diarreicas no fétidas sin moco ni sangre (estudios de heces negativos) y distensión abdominal. Esta sintomatología fue manejada con agentes sintomáticos y dieta elemental a tolerancia. En los 7 días subsecuentes, se presentaron picos febriles intermitentes, vespertinos y las evacuaciones se tornaron pastosas.

Un día después a solicitud del paciente, es dado de alta para su control como externo. Sin embargo reingresa tres días después por recidiva de la sintomatología. Es de notar que la masa abdominal no disminuyó de tamaño a pesar de la radioterapia.

En el reingreso, los estudios de laboratorio mostraron retención de azoados y leucopenia (1,400/mm³) con linfopenia (14.3%).

Siete días después es dado de alta por no ameritar encame y para su control como externo. El paciente falleció en su domicilio una semana después.

Discusión

El síndrome más frecuente en linfoma de intestino delgado es de dolor abdominal relacionado con obstrucción parcial de intestino. El hallazgo físico más común es masa abdominal palpable. La anemia se presenta en 20% de los casos.^{7,10} Salvo la anemia, el resto de los datos clínicos estuvieron presentes en el enfermo. Otros síntomas comunes incluyen fiebre, sudoración nocturna y/o pérdida de peso de más de 10% y abdomen agudo.^{4,12} Nuestro paciente inició fiebre antes de su deceso. Los linfomas gastrointestinales pueden complicarse con hemorragia o perforación en el sitio del tumor en más del 25% de los pacientes.⁴ Esta complicación no se presentó en nuestro paciente, tal vez debido a la resección temprana del segmento afectado.

El diagnóstico de linfoma primario del intestino delgado debe satisfacer los criterios de Dawson, los cuales comprenden a pacientes sin linfadenopatía mediastinal o periférica, con frotis de sangre periférica con cuenta de leucocitos absolutos y diferencial normal y compromiso tumoral con predominio en el tubo digestivo.⁷ En pacientes que cursan con LRS, los estudios de estadiaje deben incluir biopsia de médula ósea, estudios de imagen de tórax, abdomen, pelvis y cerebro, así como rastreos con galio. En personas con cuen-

tas bajas de linfocitos CD4+, la endoscopia está indicada a fin de detectar LNH de localización gastrointestinal.^{4,13}

El tratamiento de los pacientes con linfoma primario del intestino incluye exploración quirúrgica con resección del segmento afectado junto con su mesenterio subyacente. Los resultados de la terapia coadyuvante son controversiales y son múltiples sus efectos colaterales, como los presentados por el presente caso. Con el fin de reducir la toxicidad y los días de hospitalización, se investigan nuevas terapias alternas como el factor estimulante de granulocitos, con buenos resultados.¹⁴

La mayoría de pacientes con LRS, mueren por actividad tumoral o por otras complicaciones asociadas a la infección subyacente. La media de sobrevivencia de estos pacientes es de 6 meses.¹⁰ El paciente presentado falleció 8 meses después del diagnóstico de LRS.

En conclusión, en pacientes con SIDA y trastornos digestivos como datos de bloqueo intestinal, masa abdominal palpable y dolor abdominal, debe sospecharse malignidad entre las opciones diagnósticas y corroborarse con los estudios pertinentes.

Bibliografía

1. Hessel NA, Katz MH, Liu JY. Increased incidence of Hodgkin disease in Homosexual men with HIV infection. *Ann Int Med* 1992;117:309-311.
2. Tirelli U, Franceschi S, Carbone A. Malignant tumours in patients with HIV infection. *BMJ* 1994;308:1148-1152.
3. Serrano D, Franceschi D, Errante D, Zaccarelli M, Tirelli U. Non-Hodgkin's lymphoma in AIDS patients. Abstracts. IXth International Conference on AIDS. Berlin 1993.PO-B13-1610.
4. Levine AM. Acquired immunodeficiency syndrome-related lymphoma. *Blood* 1992;8:20.
5. Metz SA, Hutchins GM, Baellar H. A comparison of autopsy and death certificate finding among AIDS related deaths in the multicenter AIDS cohort study. Abstracts. IXth International Conference on AIDS. Berlin, 1993.PO-CO1-2650.
6. Szeleny H, Jablonowski H, Aumbrecht C. AIDS-associated gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma has a better survival than extra gastrointestinal NHL. Abstracts IXth International Conference on AIDS. Berlin 1993.PO-B13-1627.
7. Coit DG. Cancer of small intestine, in: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer principles and practice of oncology*. 4th ed. JB Lippincott Co. Philadelphia, 1993.
8. Klob S, Kropp S, Fuchs A. Unusual manifestations of pediatric AIDS. Abstracts International Conference on AIDS. Berlin, 1993.PO-B05-1018.
9. Rabkin CS, Hilgartner MW, Hedberg KW. Incipience of lymphomas and others cancer in HIV-infected and HIV-uninfected patients with hemophilia. *JAMA* 1992;267:1090-1094.
10. O'Reilly SE, Connors JM. Non-Hodgkin's lymphoma II: Management problems. *BMJ* 1992;39-42.
11. Carbone A, Tirelli U, Vaccher E. A clinicopathologic study of lymphoid neoplasias associated with HIV infection in Italy. *Cancer* 1991;68:842-852.
12. Domizio P, Owen R, Sheperd N, Talbot I, Norton AJ. Primary lymphoma of the small intestine. A clinico-pathological study of 119 cases. *Am J Surg Pathol* 1993;17:429-442.
13. Munozzi F, Picasso M, Aste H. Manifestations of HIV infection in the gastrointestinal tract endoscopic findings. Abstracts International Conference on AIDS. Berlin, 1993.PO-B05 1018.
14. Tirelli U, Errante D, Tavio M. Treatment of HIV-related NHL with chemotherapy and granulocyte-colony stimulating factor. Abstracts International Conference on AIDS. Berlin, 1993. WS-B16-2.