

REPORTE DE CASO

Linfoma MALT de localización colónica: a propósito de un caso y revisión de la literatura

Colonic MALT Lymphoma. Case report and literature review

Irene Vilela, Moisés Hernández-Barroso, Ana Soto-Sánchez, Guillermo Hernández, Nélida Díaz-Jiménez, José Gregorio Díaz-Mejías, Luisa Elena Gamba-Michel, Manuel Barrera-Gómez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias, España

*Autor para correspondencia: Irene Ferrer Vilela Correo electrónico: irevilela@gmail.com

Recibido el 01 de febrero de 2018; aceptado el 12 de noviembre de 2018

Disponible en Internet el 29 de junio de 2019

PALABRAS CLAVE

Linfoma;
Linfoma no Hodgking;
MALT;
Colon;
Helicobacter pylori

Resumen

El linfoma MALT es una forma poco frecuente de linfoma no Hodgking de células B de bajo grado, que se desarrolla a expensas del tejido linfoide de las membranas mucosas. La localización más frecuente a nivel gastrointestinal es el estómago relacionando con la infección por *Helicobacter pylori*. El linfoma MALT colónico es una entidad extremadamente rara y cuya incidencia no supera el 5% de los casos en países asiáticos, con series porcentualmente menores al 2,5%, siendo la ubicación de este tipo de linfoma la más inusual de todo el tracto digestivo en comparación con otras neoplasias malignas que afectan al colon. Los autores exponen el caso infrecuente de presentación de linfoma tipo MALT de localización colónica en un paciente varón de 51 años, describiendo la clínica, los resultados de pruebas complementarias y el tratamiento recibido por el paciente.

Abstract

MALT lymphoma is a rare form of low-grade non-Hodgkin B-cell lymphoma, which develops at the expense of lymphoid tissue of the mucous membranes. The most frequent location at the gastrointestinal level is the stomach related to the infection

by *Helicobacter pylori*. Colonic MALT lymphoma is an extremely rare entity and the incidence of which does not exceed 5% of cases in Asian countries, with a series of less than 2.5%, with the location of this type of lymphoma being the most unusual of the entire digestive tract compared to other malignant neoplasms that affect the colon. The authors present the infrequent case of presentation of MALT-type lymphoma of colonic location in a 51-year-old male patient, describing the clinic, the results of complementary tests and the treatment received by the patient.

Introducción

El linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) es una forma poco frecuente de linfoma no Hodgking de células B de bajo grado, la cual se desarrolla a expensas del tejido linfoide de las membranas mucosas. La localización más frecuente a nivel gastrointestinal es el estómago, donde se ha demostrado que la infección por *Helicobacter pylori* contribuye

al desarrollo de una gastritis con abundantes folículos linfoides, y cuya malignización favorece la posterior aparición del linfoma. Sin embargo, el linfoma MALT colónico es una entidad extremadamente rara, cuya incidencia no supera el 5% de todas las neoplasias malignas de colon en países asiáticos¹, con series porcentualmente menores al 2,5%²⁻⁴. Los factores etiológicos y tratamiento en el MALT colónico no están del todo establecidos en la actualidad⁵.

Reporte del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 51 años sin antecedentes personales de interés, con clínica de masa indolora de 9 x 8 cm que ocupaba el flanco y fosa ilíaca derecha de 6 meses de evolución, sin otra sintomatología concomitante y analíticamente destacaba LDH de 224 y Beta-2 microglobulina de 2,39. Se hizo con un estudio de extensión con un escáner que describe la aparición de una masa en tejido graso peritoneal, que engloba asas intestinales, de 13 x 7 x 12 cm. Se realizó una colonoscopia objetivando a nivel del ángulo esplénico y colon transverso una mucosa engrosada, con aspecto infiltrativo, de la cual se tomaron biopsias que confirmaron el hallazgo de linfoma no Hodgkin B, de bajo grado, compatible con linfoma marginal tipo MALT (CD 20 +, CD3 -, CD 5 -, bcl-2 +, CD23 -, bcl 6 -, ciclina D1 -, Ki 67 bajo). Se completó el estudio con una biopsia de médula ósea con la presencia de infiltración linfomatosa.

Se decidió iniciar el tratamiento quimioterápico con 6 ciclos de R-CVP, presentando buena tolerancia inicial; no obstante, en el PET-TC de control, a pesar de existir ausencia de captación del trazador en la masa abdominal primaria, se objetiva actividad metabólica alta (SUV= 4,7) en masa retroperitoneal, localizada en hipocondrio derecho englobando el colon transverso (figs. 1 y 2). Se repite la colonoscopia donde se objetiva una mucosa irregular y mamelonada situada a 45-50 cm del margen anal, tomándose biopsias que confirman el diagnóstico de linfoma tipo MALT. Se solicitó un nuevo escáner que describe la presencia de una masa peritoneal, que engloba colon ascendente de 10 x 6,5 x 11 cm (fig. 3).

Ante el diagnóstico de linfoma MALT colon ascendente y transverso recidivado se decidió realizar una intervención quirúrgica, como hallazgos intraoperatorios se objetivó una tumoración cerebroide en colon transverso distal y ángulo hepático de unos 15 cm de diámetro mayor, con presencia de adenopatías macroscópicas en epiplón mayor, raíz de la arteria cólica media y en vasos esplenocólicos, por lo que se realizó una colectomía subtotal con linfoadenectomía de la arteria mesentérica inferior, vasos esplenocólicos y omentectomía.

La evolución durante el posoperatorio fue satisfactoria. La anatomía patológica posquirúrgica confirmó el diagnóstico de linfoma MALT con afectación de adenopatías paratumorales (22) de hasta 2,5 cm. Adenopatías paracecales y márgenes libres (CD20+; bcl2; Ki67= 10%). Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por el Servicio de Oncología Médica tras tratamiento con rituximab de mantenimiento durante 12 ciclos, con actual progresión de su enfermedad de base.

Discusión

El linfoma MALT colónico es un tipo de linfoma no Hodgkin de células B de bajo grado muy poco frecuente con una incidencia que no supera el 5% de los casos, que cursa clínicamente de forma heterogénea desde pacientes paucisintomáticos hasta clínica de sangrado intestinal o perforación. Desde el punto de vista etiopatogénico, al contrario que el linfoma MALT gástrico, no se ha demostrado al 100% una relación directa con la infección por *Helicobacter pylori* como agente indispensable en su desarrollo^{6,7}, por lo que su manejo terapéutico difiere completamente. Actualmente encontramos ciertas discrepancias al respecto, dado que según un estudio prospectivo de Grünberger *et al.*⁸ la terapia erradicadora con antibióticos no fue efectiva en pacientes infectados con *H. pylori* que padecían linfoma tipo MALT extragástrico, contrario a lo expuesto por un estudio realizado por Nakase *et al.*⁹ que ratifica la regresión en tres pacientes con MALT rectal en los que se inició antibioterapia erradicadora a pesar de que las muestras iniciales de *H. pylori* fueron negativas en diferentes pruebas diagnósticas, incluyendo el test de ureasa en aliento.

No obstante, se han reportado casos de regresión de linfoma MALT de localización extragástrica, que involucra a otros órganos como las glándulas salivales, duodeno e intestino delgado¹⁰⁻¹². Cabe señalar que Matsumoto *et al.*¹³ reportan un caso de regresión de linfoma MALT de localización colorrectal tras la instauración de tratamiento erradicador de *H. pylori*, confirmado por rectoscopia a las 7^a y 12^a semanas después de finalizar su tratamiento, lo cual nos plantea una posible relación en su patogenia a pesar de las divergencias existentes. Además, recientemente Singh K *et al.*¹⁴ han notificado la asociación del *H. pylori* con otras bacterias del tracto digestivo, concretamente la presencia de *Strongyloides stercoralis* consiguiendo la regresión en un caso de linfoma MALT sincrónico de localización gástrica y colónica, tras la instauración de tratamiento erradicador de ambos microorganismos.

Por lo tanto, si además tenemos en cuenta la baja tasa de incidencia de este tipo de neoplasia así como un escaso número de casos descritos en la literatura, a diferencia del linfoma MALT de localización gástrica cuyo pilar de tratamiento se centra en la terapia con antibióticos dirigida contra la infección del *H. pylori*^{15,16,17}, nos encontramos ante una falta de estandarización en lo que respecta a su manejo terapéutico cuando este se ubica en el colon^{18,19}. En nuestro caso clínico no encontramos relación con la infección por *Helicobacter pylori*, por lo que no planteamos terapia erradicadora.

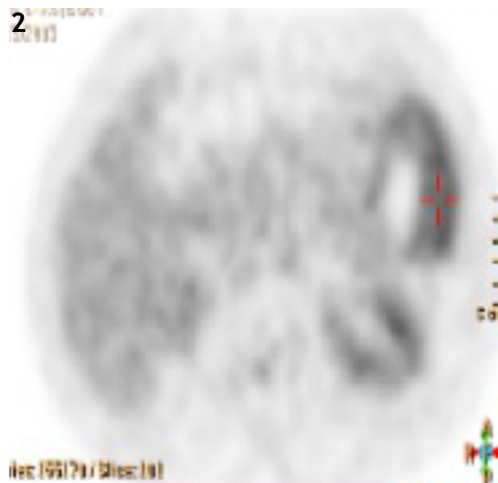
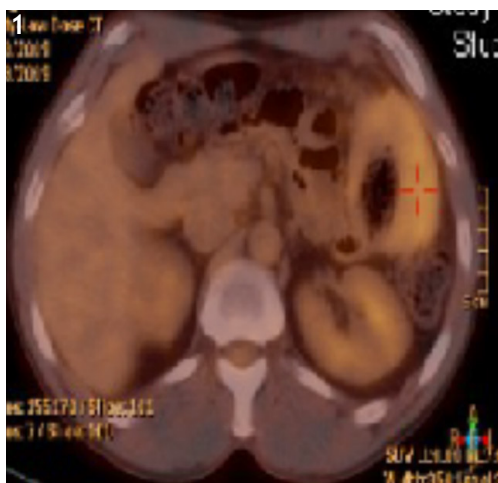


Figura 1 y 2. PET-TAC: actividad metabólica alta en masa retroperitoneal e HCD englobando el colon transverso.

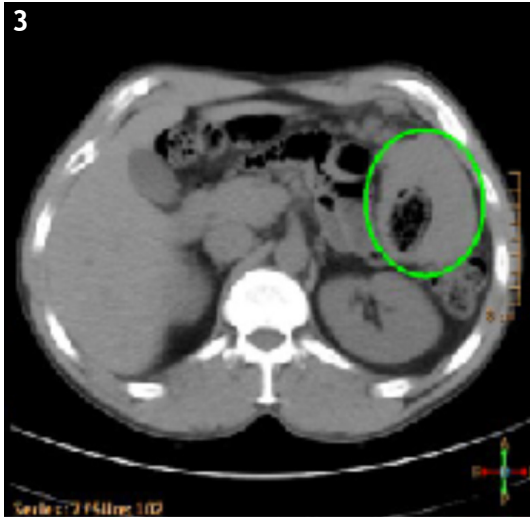


Figura 3. TAC: masa peritoneal, que engloba colon ascendente de 10 x 6,5 x11 cm.

En la actualidad la combinación de quimioterapia y cirugía, incluyendo la resección endoscópica, constituyen la primera línea de abordaje terapéutico, incluidos como regímenes quimioterápicos la mitoxantrona, clorambucil y prednisona; sin embargo, nuevos agentes farmacológicos como el rituximab permitirán en un futuro próximo el uso de monoterapia en pacientes determinados²⁰. No obstante, el seguimiento con colonoscopia u otras pruebas de imagen asociadas de forma seriada sigue siendo necesario para el control de la respuesta al tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al equipo de cirugía colorrectal del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Bibliografía

1. Hasegawa N, Kato K, Yamada K, Morita K, Kuroiwa M, Ito H, et al. Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) of the sigmoid colon. *Gastrointest Endosc.* 2000;52(6):802-4.
2. Gezen C, Kement M, Oncel M, Tuncay E, Sahlepci T, Alkan S. Mucosa associated lymphoid tissue lymphoma of the colon: a case report. *Cases J.* 2009;2:9316.
3. María Guzmán, Milagros Quispe, Guillermo Quiroga, Doris Abanto, Jorge Mas. Linfoma primario de Colon descendente Comunicación de un caso. *Rev Gastroenterol Perú.* 2005; 25:210-5.
4. Chen PH, Lin YM, Yen HH. Primary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the colon. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9(8):e74-5.
5. Hafsa Abbas, Masooma Niazi, and Jasbir Makker. Mucosa-Associated Lymphoid Tissue (MALT) Lymphoma of the Colon:

- A Case Report and a Literature Review. *Am J Case Rep.* 2017;18:491-7.
6. Greiner A, Marx A, Heesemann J, Leebmann J, Schmausser B, Muller-Hermelink HK. Idiotype identity in a MALT-type lymphoma and B-cells in Helicobacter-pyloric associated chronic gastritis. *Lab Invest.* 1994;70:572-8.
 7. Amouri A, Chtourou L, Mnif L, Mdhaffar M, Abid M, Ayedi L, et al: [MALT lymphoma of the rectum: a case report treated by radiotherapy]. *Cancer Radiother.* 2009;13(1):61-4.
 8. Grünberger B, Wöhrer S, Streubel B, Formanek M, Petkov V, Puspöck A, et al. Antibiotic treatment is not effective in patients infected with Helicobacter pylori suffering from extragastric MALT lymphoma. *J Clin Oncol.* 2006; 24(9):1370-5.
 9. Nakase H, Okazaki K, Ohana M, Ikeda K, Uchida K, Uose S, et al. The possible involvement of microorganisms other than Helicobacter pylori in the development of rectal MALT lymphoma in H. pylori-negative patients. *Endoscopy.* 2002;34(4):343-6.
 10. Alkan S, Karcher DS, Newman MA, Cohen P. Regression of salivary gland MALT lymphoma after treatment for Helicobacter pylori. *Lancet.* 1996;348(9022):268-9.
 11. Nagashima R, Takeda H, Maeda K, Ohno S, Takahashi T. Regression of duodenal mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma after eradication of Helicobacter pylori. *Gastroenterology.* 1996;111(6):1674-8.
 12. Fischbach W, Tacke W, Greiner A, Konrad H, Hermelink M. Regression of immunoproliferative small intestinal disease after eradication of Helicobacter pylori. *Lancet.* 1997;349:31-2.
 13. Matsumoto T, Iida M, Shimizu M. Regression of mucosa-associated lymphoid-tissue lymphoma of rectum after eradication of Helicobacter pylori. *Lancet.* 1997;350:115-6.
 14. Singh K, Gandhi S, Doratotaj B. Synchronous MALT lymphoma of the colon and stomach and regression after eradication of Strongyloides stercoralis and Helicobacter pylori. *BMJ Case Rep.* 2018;2018. pii: bcr-2018-224795.
 15. Wotherspoon AC, Doglioni C, Diss TC, Pan L, Moschini A, de Boni M, et al. Regression of primary low-grade B-cell gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after eradication of Helicobacter pylori. *Lancet.* 1993;342:575-7.
 16. Wotherspoon AC, Ortiz-Hidalgo C, Falzon MR, Isaacson PG. Helicobacter pylori-associated gastritis and primary B-cell gastric lymphoma. *Lancet.* 1991;338(8776):1175-6.
 17. Wündisch T, Thiede C, Morgner A, Dimpfle A, Günther A, Liu H, et al. Long-term follow-up of gastric MALT lymphoma after Helicobacter pylori eradication. *J Clin Oncol.* 2005;23(31):8018-24.
 18. Raderer M, Jäger G, Brugger S, Puspök A, Fiebiger W, Drach J, et al. Rituximab for treatment of advanced extranodal marginal zone B cell lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *Oncology.* 2003;65(4):306-10.
 19. Ahlawat S, Kanber Y, Charabaty-Pishvaian A et al: Primary mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma occurring in the rectum: A case report and review of the literature. *South Med J.* 2006;99(12):1378-84.
 20. Matsumoto T, Shimizu M, Iida M, Amano K, Nakamura S, Fujishima M. Primary low-grade, B-cell, mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the colorectum: Clinical and colonoscopic features in six cases. *Gastrointest Endosc.* 1998;48(5):501-8.