

Invaginación ileocecal como forma de presentación de linfoma no Hodgkin en un paciente con SIDA

Marcelo Corti,¹ María F Villafañe,¹ Omar Palmieri,¹ Darío Aisencher,¹ Mirna Sawicki,¹ Ricardo Schtirbu,¹ Marina Narbaitz,² Marcela de Dios Soler²

¹ Hospital de Infecciosas F J Muñiz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

² Academia Nacional de Medicina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Acta Gastroenterol Latinoam 2008;38:51-55

Resumen

La invaginación intestinal es poco frecuente en el adulto. Aquí se describe el caso de un paciente adulto con SIDA que desarrolló una invaginación ileocólica secundaria a un linfoma de células B localizado en el ciego. Los hallazgos quirúrgicos fueron: íleon libre de tumor, invaginado en el ciego infiltrado por la neoplasia. Se realizó la resección del hemicolon derecho debido a la tumoración localizada en el ciego, causante de la invaginación. Se revisó la literatura inglesa y española sobre este tema.

Palabras claves: invaginación intestinal, linfoma de células B, HIV, SIDA.

Ileocolic intussusception due to a large B cell lymphoma in a patient with AIDS

Summary

Adult intussusception is rare. Here, we describe a case of an AIDS adult patient who developed an ileocolic intussusception secondary to a large B cell lymphoma of the cecum. Surgical findings included the ileon free of the tumor and invaginated within the cecum with infiltrating neoplasm. Surgical treatment included the resection of the right hemicolon because of the tumor, located in the cecum, causing intussusception. The english and spanish literature is reviewed.

Key words: ileocolic intussusception, B cell lymphoma, AIDS.

La invaginación se define como la introducción de un segmento intestinal en el que le precede o en el que le sigue. Puede ser entérica, ileocólica, ileocecal o colónica.^{1,2} Cuando esta complicación compromete al intestino delgado suele ser secundaria a enfermedades benignas, habitualmente a adherencias posquirúrgicas. En cambio, cuando ocurre en el colon, las neoplasias constituyen el hallazgo habitual, y el adenocarcinoma, la causa más frecuente.^{2,3} Su tratamiento es, en los pacientes adultos, siempre quirúrgico a diferencia de lo que ocurre en los niños.

Se presenta un paciente con diagnóstico de enfermedad avanzada debida al virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) que desarrolló una invaginación ileocolónica como forma de presentación de un linfoma primario de ciego.

Caso clínico

Varón de 23 años, heterosexual, con serología reactiva para el HIV, sin antecedentes de enfermedades marcadoras del SIDA ni tratamiento antirretroviral, que se interna por dolor abdominal y diarrea crónica. Al examen físico se encontraba afebril, con el abdomen distendido, tenso y doloroso a la palpación superficial y profunda, ruidos hidroaéreos de lucha y signos de compromiso peritoneal en la fosa ilíaca derecha. El laboratorio de ingreso reveló: Hto: 21%, GR: 2.710.000/mm³, GB: 3.100/mm³ (88% de polimorfonucleares); plaquetas: 126.000/mm³; eritrosedimentación: 107 mm en la 1a hora, LDH 252 U/L y recuento de linfocitos T CD4+:44 cél/μL. El resto de los parámetros del laboratorio de rutina fueron normales. La radiografía de tórax fue normal y la directa de abdomen mostró niveles hidroaéreos (Figura 1). La ecografía abdominal evi-

Correspondencia: Marcelo Corti
Puan 381 2° C 1406CQG, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: marcelocorti@fibertel.com.ar

Figura 1. Radiografía simple de abdomen de pie: niveles hidroaéreos en hemiabdomen izquierdo.



denció en los cortes transversales la imagen de anillos concéntricos, característica de invaginación intestinal (Figura 2). A nivel del ciego también pudo

observarse la imagen de “seudoriñón” por la infiltración transmural de la pared colónica. (Figura 3)

Con el diagnóstico de invaginación intestinal se realizó una laparotomía exploratoria donde se observó la invaginación del íleon y de la válvula ileocecal en el ciego. Se desinvagina y se observa un tumor infiltrante de 2 cm x 2 cm localizado en el ciego que invade y perfora la serosa peritoneal. Se realizó hemicolectomía derecha con resección de 20 cm de íleon terminal y el colon ascendente con anastomosis ileotransversa laterolateral en dos planos. A los 14 días se le da de alta en buena condición clínica. El examen histopatológico mostró mucosa colónica con extensas áreas de ulceración y en la submucosa una densa y homogénea proliferación de células de mediano y gran tamaño, con citoplasma anfófilo y núcleos ovoideos, la mayoría de ellos con nucléolos únicos centrales, compatibles con inmunoblastos (Figura 4). Los elementos atípicos se disponen alrededor de las glándulas observándose extensas áreas de necrosis. El íleon terminal no mostró infiltración tumoral y los ganglios regionales no mostraron infiltración neoplásica. La inmunomarcación fue positiva para antiCD20 (PAN B) y CD10, y negativa para CD3 (células T). El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma de colon derecho, inmunoblástico, de fenotipo B y de alto grado. La detección del genoma del virus de Epstein-Barr en las células tumorales resultó negativa por inmunohistoquímica para la proteína latente de membrana tipo 1 (LMP-1) y

Figura 2. Ecografía abdominal en sección transversal mostrando la imagen de anillos concéntricos patognomónica de invaginación intestinal.

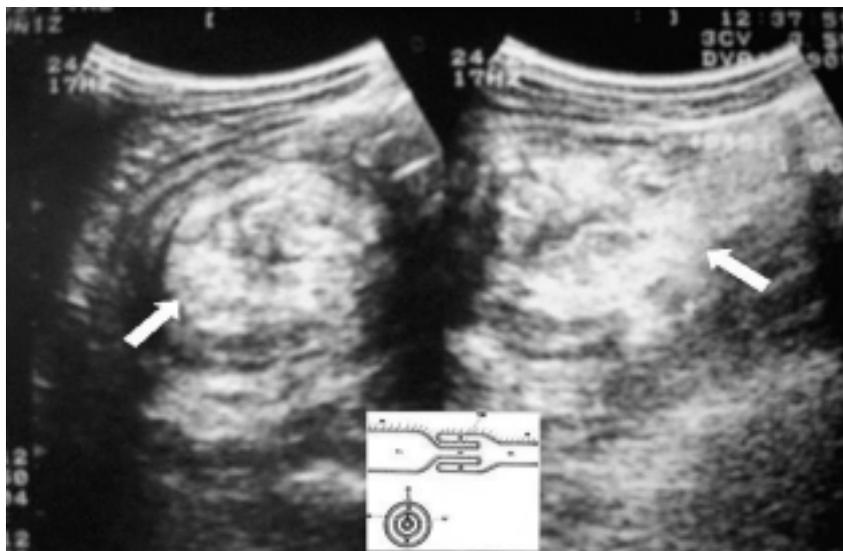


Figura 3. Ecografía abdominal mostrando imagen de "seudoriñón" por la infiltración transmural de la pared colónica por el linfoma.

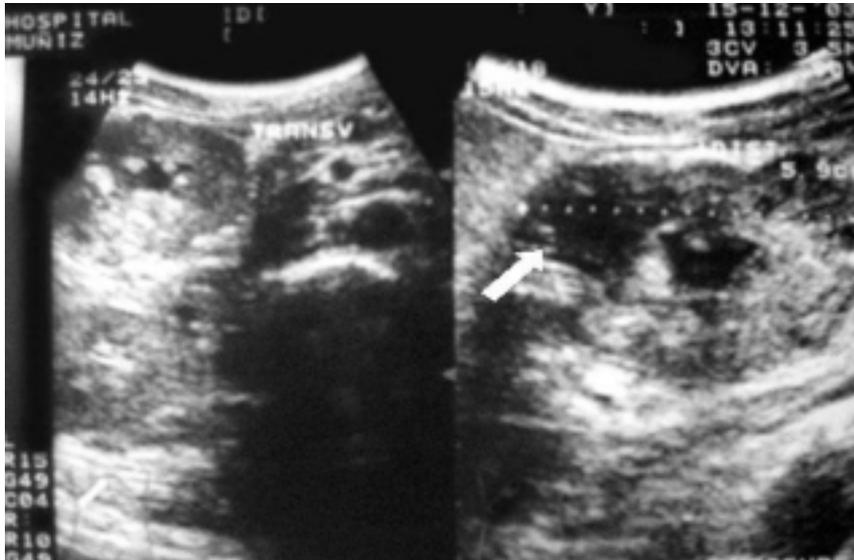
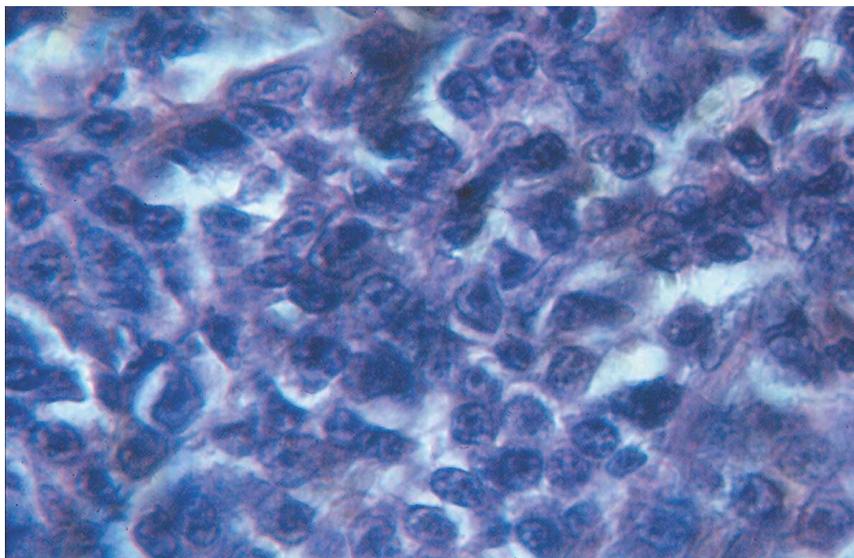


Figura 4. Histopatología de la pieza quirúrgica: linfoma de grandes células, inmunoblástico.



por hibridización *in situ* (EBERs). Una tomografía axial computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis no mostró alteraciones de significación. La biopsia de médula ósea resultó negativa para células atípicas.

Discusión

La invaginación intestinal es por lo general una enfermedad de la infancia. Sólo en el 5% al 10% de

los casos se presenta en adultos y, en éstos, representa sólo el 1% al 5% de las causas de oclusión intestinal.^{2,3}

Las manifestaciones clínicas predominantes son inespecíficas e incluyen dolor abdominal de tipo cólico (75% de los casos), náuseas y vómitos (68%), signos de irritación peritoneal (60%), distensión abdominal (45%) y signos de obstrucción intestinal (34%). En el 24% al 42% de los casos puede palparse una masa abdominal.^{1,3}

El diagnóstico preoperatorio de invaginación intestinal en el adulto es difícil y, en general, se realiza durante el acto quirúrgico. La TC y la ecografía abdominal son los métodos de elección para la evaluación prequirúrgica y aportan patrones similares de oclusión intestinal como se pudo apreciar en el caso que se presenta.²

Después del sistema nervioso central, el tracto digestivo representa el sitio más frecuente de localización extraganglionar de los linfomas asociados con el SIDA.⁴ El frecuente compromiso extraganglionar y en especial del tubo digestivo obliga a incluir a estas neoplasias en el diagnóstico diferencial de las afecciones de este aparato, sobre todo en aquellos enfermos que refieren dolor abdominal, fiebre de predominio vespertino, sudoración nocturna y pérdida de peso. El estudio endoscópico y las biopsias son la base del diagnóstico.⁴

Los pacientes con SIDA tienen un riesgo incrementado de desarrollar neoplasias, particularmente sarcoma de Kaposi y linfomas no Hodgkin (LNH).⁵ Estos linfomas son en su mayoría de alto grado y de fenotipo B y con frecuencia se observan inicialmente como enfermedad neoplásica en estadios avanzados, III o IV según la clasificación de Ann Arbor para esta entidad y compromiso extraganglionar, como en este caso. Estos tumores muestran un marcado predominio en hombres y en adictos a drogas intravenosas y se presentan a edades más tempranas en comparación con la población general, con la máxima incidencia entre los 30 y 40 años.^{4,6} El riesgo de desarrollar un LNH se correlaciona casi siempre, aunque no en forma exclusiva, con el nivel de linfocitos T CD4+. La mayoría de estos enfermos ya tiene diagnóstico de SIDA al momento de la aparición de la neoplasia y el recuento de linfocitos T CD4+ es menor de 200 células/μL.^{4,7} En este caso el recuento de linfocitos T CD4+ fue de menos de 50 células/μL.

Desde el punto de vista histológico los linfomas asociados con el SIDA se dividen en linfomas difusos de grandes células con sus dos variedades, inmunoblástico y centroblastico, el tipo Burkitt y dos subtipos poco frecuentes y casi exclusivos de la población HIV/SIDA, el linfoma plasmoblástico y el linfoma primario de cavidades.⁸ En el paciente que se presenta el diagnóstico histopatológico fue de linfoma inmunoblástico de grandes células.

En relación con la patogenia, la asociación con el virus de Epstein-Barr (VEB) es menor en los LNH sistémicos, en comparación con los linfomas primarios del sistema nervioso central y con el linfoma de

Hodgkin de los pacientes con SIDA.^{5,9}

El genoma del VEB se detecta por inmunohistoquímica e hibridización *in situ* en el 30% al 50% de los casos de LNH sistémicos.^{4,10,11} En este enfermo ambas técnicas de detección del VEB en las muestras obtenidas durante el acto quirúrgico resultaron negativas.

En la literatura médica consultada existen pocos casos de invaginación debida a linfomas de esa localización.^{12,13} En los pacientes con SIDA, además de los linfomas intestinales, el sarcoma de Kaposi también ha sido descrito como causa de invaginación intestinal.¹⁴

La intervención quirúrgica está indicada en todos los casos de invaginación en pacientes adultos, debido a que las lesiones orgánicas son, por lo general, responsables del cuadro. En los casos de compromiso ileocecal o colónico se debe realizar la resección de la porción de intestino comprometida, en primer lugar para resolver la intususcepción y el cuadro obstructivo asociado y, en segundo término, para efectuar el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica que permita el diagnóstico definitivo y la evaluación de la extensión local del proceso. Finalmente, en aquellos casos de enfermedad localizada la cirugía ayudará a la resolución terapéutica.^{1,3,15,16,17}

La invaginación intestinal es una complicación infrecuente que debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros de abdomen agudo en pacientes con enfermedad HIV/SIDA. En la localización colónica los linfomas deben considerarse entre las posibles etiologías, debido a la frecuencia de estos tumores en esta población de pacientes.¹⁸

Referencias

1. Nagorney D, Sarr M, Mc Ilrath D. Surgical management of adult intususcepcion. *Ann Surg* 1981;193:230-236.
2. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM. Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1978;187:189-193.
3. Sarotto L, Sinagra D, Moreira Grecco A, Nahmod MS, Ferraina P. La intususcepción en el adulto como causa de oclusión intestinal. *Rev Arg Cirug* 2005;89:177-180.
4. Corti M, Villafañe Fioti MF, Lewi D, Schtirbu R, Narbaitz M, de Dios Soler M. Linfomas del tubo digestivo y glándulas anexas en pacientes con SIDA. Serie de casos. *A Ge La* 2006;36:190-196.
5. Corti M, Villafañe MF, Trione N, Schtirbu R, Yampolsky C, Narbaitz M. Linfomas primarios del sistema nervioso central en pacientes con SIDA. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22:332-336.
6. Biggar RJ, Rabkin CS. The epidemiology of acquired immunodeficiency syndrome-related lymphomas. *Cuur Opin*

- Oncol 1992;4:883-893.
7. Levine AM, Gill PS. AIDS-related malignant lymphoma: clinical presentation and treatment approaches. *Oncology* 1987;1:41-46.
 8. Gandhi MK, Khanna R. Viruses and lymphoma. *Pathology* 2005;37:420-423.
 9. Corti M, Villafañe ME, Trione N, Narbaitz M. Linfoma de Hodgkin asociado a la infección por VIH-1: análisis epidemiológico, clínico y virológico e histopatológico en 18 pacientes. *Med Clín (Barcelona)* 2005;124:116-117.
 10. Hamilton-Dutoit SJ, Pallesen G, Karkov J, Skinjoj P, Franzmann MB, Pedersen C. Identification of EBV-DNA in tumor cells of AIDS-related lymphomas by in-situ hybridization. *Lancet* 1989;1:554-555.
 11. Ganser A, Carlo-Stella C, Bartram CR, Boehm T, Heil G, Henglein B, et al. Establishment of two Epstein-Barr virus negative Burkitt cell lines from a patient with AIDS and B-cell lymphoma. *Blood* 1988;72:1255-1260.
 12. Greco A, Leung AW, Zwi LJ, Burdett-Smith P, Spencer J, Gibson RN, et al. Ileocolic intussusception in large cell lymphoma of the terminal ileum. Report of a case. *Acta Radiol Diagn (Stockh)* 1986;27:687-690.
 13. Matsushita M, Hajiro K, Kajiyama T, Ohana M, Konishi Y, Kusumi F, et al. Malignant lymphoma in the ileocecal region causing intussusception. *J Gastroenterol* 1994;29:203-207.
 14. Wang NCh, Chang FY, Chou YY, Chiu ChL, Lin ChK, Ni YH, et al. Intussusception as the initial manifestation of AIDS associated with primary Kaposi's sarcoma: A case report. *J Formos Med Assoc* 2002;101:585-587.
 15. Azar T, Berger D. Adult intussusception. Review Article. *Ann Surg* 1997;226:134-138.
 16. Chapple KS, Hartley JE. Intestinal obstruction. *Br J Hosp Med* 2006;67:5-7.
 17. Lorenzi M, Iroatulam AJ, Vernillo R, Banducci T, Mancini S, Tiribocchi A, et al. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. *Am Surg* 1999;65:11-14.
 18. Garner JP, Haldipur N, Ravi K, Amarnath TS, Gupta R. Colonic intussusception in adults: three cases and review of the literature. *Indian J Surg* 2006;68:322-324.