

Linfoma Malt. Caso Clínico

Juan C. Oñate, Luis Gutiérrez, María Villanueva, Italo Braghetto, Jaime Rappoport, Roberto Valenzuela.

Resumen

El Linfoma MALT representa del 1 al 7 % de las neoplasias Gástricas y puede comprometer otras localizaciones. Es una entidad clínica descrita en 1983, con alcances diagnósticos y terapéuticos aún en discusión. Se presenta un caso clínico de linfoma MALT gástrico tratado en nuestro centro. Se analiza cuadro clínico, métodos diagnósticos y tratamiento.

Summary

The MALT Lymphoma represents 1 to 7% of gastric neoplasias and can compromise other locations. It was a recognized clinical entity in 1983 with diagnostic and therapeutic scopes that are still in discussion. A clinical case of gastric MALT Lymphoma is presented in our center. The clinical symptom complex, diagnostic methods and treatment are analyzed.

Introducción

El Linfoma MALT fue descrito por Isaacson y Wright

en 1983 ⁽¹⁾, como un tejido linfoide asociado a mucosas. Se puede definir como un linfoma no Hodgkin de células B extranodal, encuadrado dentro del grupo de los linfomas de la zona marginal, siendo posible el compromiso de los nodos linfáticos y de otros órganos durante su evolución.

Su localización más frecuente es la gástrica, predomina en la edad adulta y afecta más a hombres que a mujeres.

Caso Clínico

Paciente de 65 años, sexo masculino, ocupación Carpintero, con antecedentes de Apendicectomía y Neumopatía basal derecha.

Previamente asintomático, cuadro de tres meses de evolución, caracterizado por vómitos post prandiales, de contenido alimentario, a lo que se suma baja de peso cuantificada en 10 kg. en 3 meses. Acude a médico solicitándose estudio que muestra hematocrito: 39%, bilirrubina total: 1.39, directa: 0.83, GOT: 130, GPT: 165, FA: 395, GGT: 140. Se complementa estudio realizándose:

- Ecotomografía abdominal: Normal.
- TAC de abdomen = pequeñas hernias de Bochladdeck; pequeño quiste hepático izquierdo; resto del examen sin hallazgos patológicos.

Departamento de
Cirugía. Médicos Servicio
de Emergencia. Hospital
Clínico de la
Universidad de Chile

Consulta en nuestro centro donde se continúa estudio.

· Endoscopia digestiva alta = Pliegues de cuerpo y antro aparecen erosionados y edematosos, con aspecto de empedrado, duodeno sin lesiones. Se diagnostica Gastritis crónica verrucosa y Linfoma MALT.

· Informe de biopsias = Linfoma no Hodgkin de bajo grado tipo MALT.

· Nueva TAC de abdomen y pelvis = Engrosamiento leve de las paredes gástricas a nivel del cuerpo y antro de aspecto inespecífico; pequeño quiste hepático en el segmento 4 a; hernias de Bochladeck bilaterales pequeñas; dilatación leve de la vía biliar intrahepática (Figura 1).

Figura 1

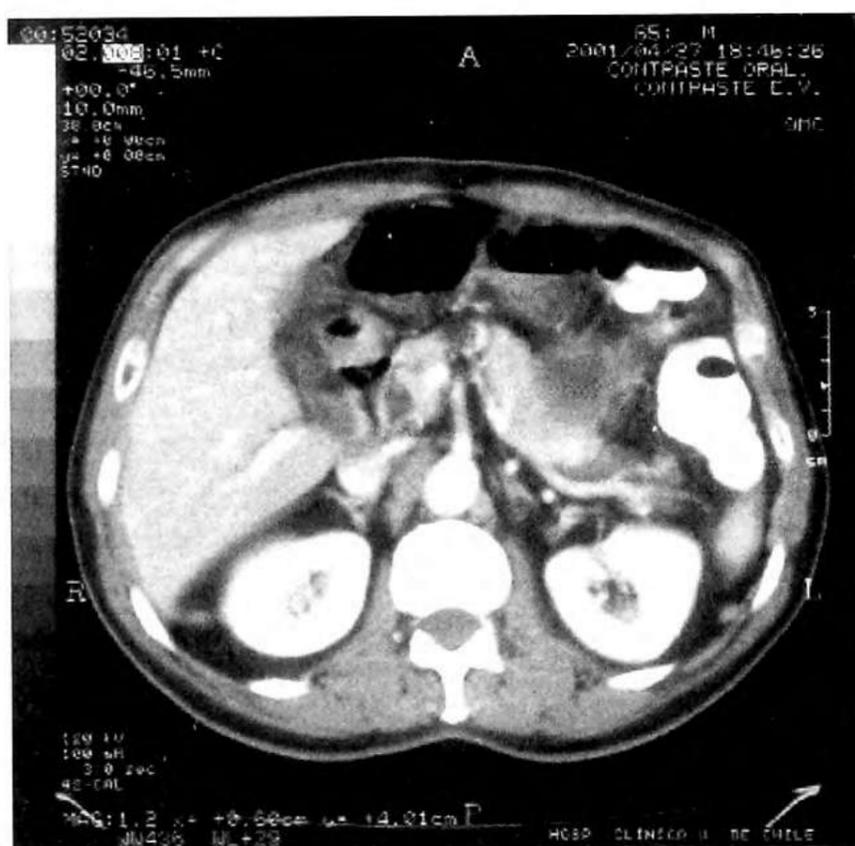


Figura 1. TAC de abdomen del paciente, muestra engrosamiento de la pared del cuerpo y antro del estómago (flecha)

· Colonoscopia = Aspecto de empedrado linfoide ileal, Linfoma?; pólipo Yamada III del transverso y Yamada II del descendente resecados con asa; pólipo diminuto cecal resecado con pinza; enfermedad diverticular difusa del colon, principalmente en sigmoides no complicada.

· Informe de biopsias = Hiperplasia linfoide ileal; Adenomas tubulares con displasia de bajo grado de transverso y ciego; mucosa colónica normal.

· Biopsia de médula ósea = estudio normal.

· Biopsia hepática = Colangitis linfocítica leve; Colestasia pura centro lobulillar.

Se inicia tratamiento erradicador de Helicobacter Pilory.

· Nueva endoscopia digestiva alta = sin cambios respecto a estudio previo, duodeno y yeyuno sin lesiones. Se toman biopsias.

· Biopsias = Estómago con infiltrado linfoide atípico concordante con linfoma MALT de bajo grado, duodeno y yeyuno sin compromiso (Figuras 2 y 3).

Figura 2

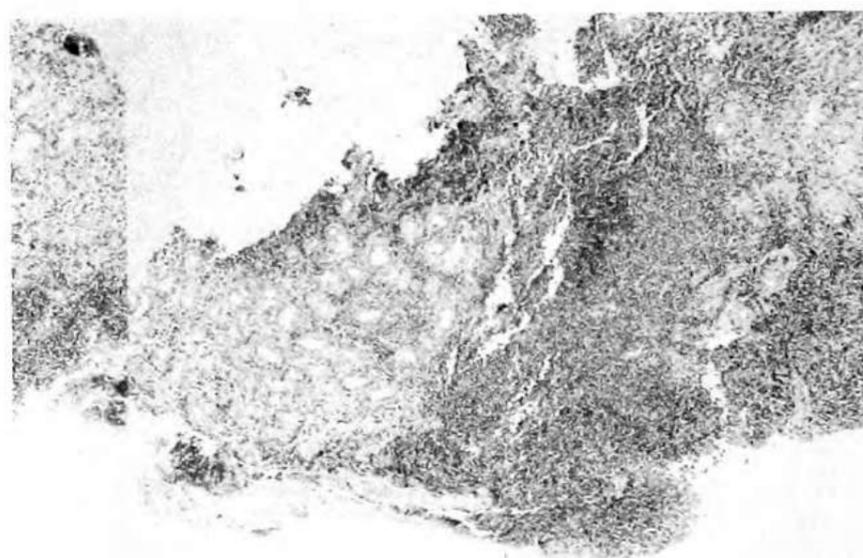


Figura 2. Histología de Mucosa Gástrica (4x tinción de hematoxilina - eosina): Infiltrado denso en la zona central, en base a linfocitos pequeños, que desplaza las glándulas.

Control de pruebas hepáticas = dentro de rango normal.

Luego de evaluación en conjunto con Hematología se decide tratar al paciente con Radioterapia, evolucionando en forma satisfactoria hasta la fecha.

Figura 3

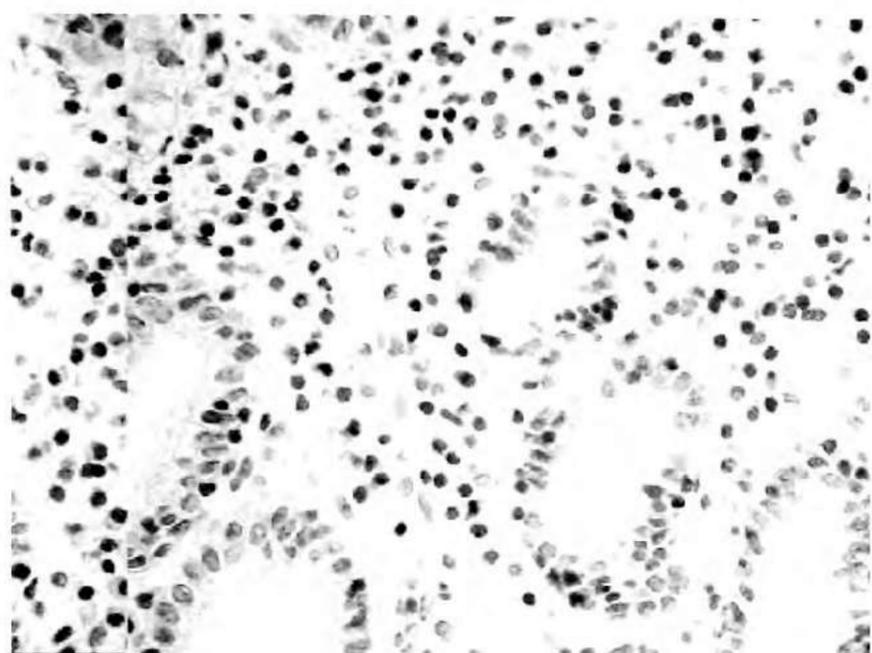


Figura 3. Histología de Mucosa gástrica con mayor aumento (40x tinción hematoxilina - eosina): muestra presencia de linfocitos en el epitelio de revestimiento glandular.

Discusión

El Linfoma MALT se clasifica histológicamente en : a) De bajo grado, b) De alto grado primario y c) De alto grado secundario el cual incluye al linfoma de bajo grado con componentes de alto grado y al linfoma de alto grado con componentes de bajo grado.

El estadio clínico es determinado por la clasificación de Mushoff ⁽²⁾, la que deriva de la clasificación de Ann Arbor modificada:

· Estadío I, aquel linfoma restringido al estómago, subdividido en:

EI1 si infiltra hasta submucosa.

EI2 si se extiende más allá de la submucosa.

· Estadío II, aquel linfoma que se extiende hacia el abdomen con compromiso de nodos linfáticos, subdivididos en:

EII1 si existe infiltración de los nodos perigástricos.

EII2 si se extiende a los nodos distantes subdiafragmáticos (paraaórticos, paracava, pélvicos e inguinales).

· Estadío III, con compromiso de linfonodos a ambos lados del diafragma.

· Estadío IV con extensión a órganos extranodales, médula ósea e hígado.

El mecanismo más aceptado para la patogénesis del linfoma MALT es que linfocitos B y T son reclutados en la mucosa como parte de la respuesta inmune contra el *Helicobacter Pilory* ^(3,4,5,6,7), pero el hecho de que una minoría de los pacientes infectados desarrollen un linfoma MALT permite plantear que otros factores (ambientales, genéticos o bacteriológicos) puedan tener un rol en su patogenia.

Las manifestaciones son muy variables, pudiendo ser asintomáticas o con síntomas secundarios al compromiso local o sistémico. Las más frecuentes son dolor abdominal epigástrico (77%), náuseas (35-75%), baja de peso (24%), sangrado gastrointestinal (20%), vómitos (13%), constipación o diarrea (8%). Las manifestaciones sistémicas incluyen fiebre, baja de peso mayor de 10%, sudoración vespertina nocturna y compromiso del estado general ⁽¹¹⁾.

Los principales métodos diagnósticos son la endoscopia (75-95%), biopsias y técnicas para detección de clonalidad. Las lesiones presentes en la endoscopia son de aspecto variable, siendo las más frecuentes unifocales; mayores de 5 cms. y ulceradas. En un 5% se describe la endoscopia como normal, ya que el linfoma gástrico puede afectar la submucosa sin infiltrar la mucosa. Es necesario realizar biopsias endoscópicas con buena técnica, incluyendo un mínimo de 8-12 muestras de las lesiones incluyendo áreas aparentemente normales ^(8,11).

Tabla 1

Sobrevida a 5 y 10 años		
· Según Grado histológico:	5 años	10 años
bajo grado =	96	89%
Alto grado =	67	61%
Según Apariencia macroscópica:		
superficial =	91	83%
otro tipo =	66	59%
· Según Estadío:		
EI =	94	87%
EII =	79	60%

Los factores pronósticos incluyen el grado histológico, la apariencia macroscópica y el estadio.

El tratamiento depende del tipo histológico y del estadio, incluyendo la erradicación de *Helicobacter Pylori*, Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia. Alrededor del 68 – 88% se diagnostica en etapa E I-II, por lo que la tendencia actual tiende a ser conservadora y no existe un claro consenso sobre el mejor esquema terapéutico para cada estadio.

En los linfomas de bajo grado el tratamiento de elección en la etapa I es la erradicación del *Helicobacter Pylori* (remisión completa en 70-90%). El tiempo requerido para demostrar remisión histológica es de 5 meses. La Cirugía posee una alta tasa de curación en estadios localizados (90%), pero estudios recientes no demuestran su superioridad con respecto a otros esquemas terapéuticos. Tiene la ventaja de obtener una mayor precisión en el tipo histológico y estadio.

La radioterapia también ha demostrado ser efectiva y tener baja morbilidad en estadios localizados y en régimen de bajas dosis (1800-4000 cGy) determinando un muy buen control local, preservando la función gástrica⁽⁹⁾.

La quimioterapia es utilizada en los estadios II en adelante⁽¹⁰⁾, aunque todavía se continúa evaluando su rol.

La sobrevida global a 5 años es de un 82%, 90-100% en estadio I-II y 30% en estadio III-IV. Debe efectuarse un seguimiento cada 3 meses los primeros dos años y luego cada 6 meses⁽¹¹⁾.

Los resultados a largo plazo de series con mayor número de pacientes, permitirán establecer con mayor precisión la mejor opción terapéutica en cada caso particular. Sin embargo, las limitaciones en la etapificación de las opciones no quirúrgicas, representan un fuerte argumento a favor del tratamiento quirúrgico.

Referencias

1. Isaacson P, Wright DH
Malignant lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. A distinctive type of B-cell lymphoma. Cancer 1983; 52: 1410-6
2. Musshoff K.
Klinische Stadieneinteilung der nicht-Hodgkin lymphome. Strahlentherapie 1977; 153: 218-21
3. Gisbert JP, Boixeda D, Martin de Argila C.
Infección por helicobacter Pylori y cáncer gástrico. En: Infección por helicobacter Pylori. ¿Dónde está el límite?. Boixeda D., Gisbert JP, Martin de Argila C (ed.) Prous Science. Barcelona, España. 1996: 179-97
4. Stolte M, Eidt S, Bayerdorffer E, Fischer R.
Helicobacter Pylori associated gastric lymphoma. En: Helicobacter Pylori, basic mechanisms to clinical use. De Hunt R.H., Tytgat GN (ed.) Kluwer Academic Publishers. Lancaster, UK 1994: 498-503
5. Borda F, Martinez-Peñuela JM, Echarri A, Valenti C. y cols.
Linfoma Gástrico primario e infección por Helicobacter Pylori: ¿Puede haber una relación epidemiológica de causalidad? Anales 1998; 21: 55-9
6. Wotherspoon AC, Doglioni C, Diss TC, Pan L. y cols.
Regression of primary low-grade B-cell gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue after eradication of Helicobacter Pylori. Lancet 1993; 342: 575-7
7. España MP, Huelin J, De la Cruz J.
Helicobacter Pylori y linfoma gástrico. En: Helicobacter Pylori, un paso más. Huelin J. (Ed) Prous Science. Barcelona, España. 1997: 59-63
8. Zucca E.
B-cell lymphoma of MALT type: a review with special emphasis on diagnostic and management problems of low-grade gastric tumors. Br J Haematol 1998; 100: 3-14
9. Schechter NR, Yabalom J.
Low-grade MALT lymphoma of the stomach: a review of treatment options. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2000; 46: 1093-1103.

10. Hammel P, Haioun C, Chaumette MT, Gaulard P. y cols.

Efficacy of single agent chemotherapy in low-grade B-cell mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma with prominent gastric expression. J Clin Oncol. 1995; 13: 2524-29

11. Quera R, Navarro A.

Hablemos de... Linfoma MALT Gástrico. Gastroenterología Latinoamericana. 2001; 12: 46-50