

LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE ESÓFAGO. REPORTE DE UN CASO

Dres. Martín P*, Chiquillo A*, Peraza S*, Castro D*, Silva O*, Vivas J*, Calderón M*.
*Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson"

RESUMEN

El Linfoma esofágico primario es un tumor muy raro, representa menos del 1% de los tumores esofágicos. Se reporta el caso un paciente con linfoma no Hodgkin localizado en esófago medio e inferior, que consulta por disfagia, siendo diagnosticado y tratado exitosamente con quimioterapia, con sobrevivencia de 12 meses, hasta la actualidad asintomático y sin evidencia de tumor.

SUMMARY

Primary esophageal lymphoma is a very rare tumor; represents less than 1 % of all esophageal tumors. We report a case of a patient with no-Hodgkin lymphoma involving the medial and lower esophagus, presenting with dysphagia, he was treated successfully with chemotherapy, with an overall survival of 12 months. He is at the moment, asymptomatic and without evidence of tumor.

Key Words: primary esophageal lymphoma; no-Hodgkin lymphoma.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas constituyen cerca 95% de todos los tumores malignos del esófago (1). El desarrollo de Linfoma primario en el esófago es raro, y solo se han reportado 17 casos en la literatura Inglesa (2-15), donde el linfoma no Hodgkin es la variedad histológica más común.

Describimos el caso clínico de un paciente con linfoma no Hodgkin primario de esófago, diagnosticado en el Centro de Control Gastrointestinal en el año 2004.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 54 años que consulta por presentar de 3 meses de evolución disfagia para sólidos y semisólidos, acompañada de pirosis. Al examen funcional sin alteraciones Sin antecedentes de importancia. Se evidencio examen físico normal

Se realizó endoscopia digestiva superior observándose a 24 cm de arcada dental lesión elevada de superficie similar a la mucosa adyacente, que protruye hacia la luz y se extiende longitudinalmente por cara anterior, lateral derecha del esófago hasta el cardias, con ulceración a nivel de parte media,(ver fig 1.)

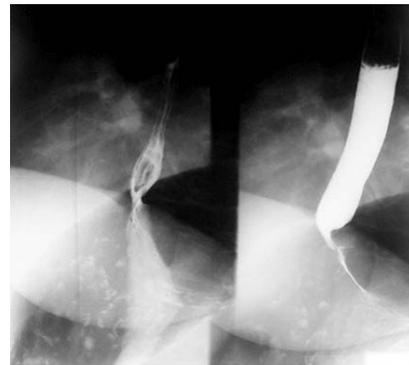
Se toma un fragmento de la parte superior de la lesión con asa de polipectomía para análisis histológico.

Posteriormente se realiza esofagograma que evidencio la lesión (ver fig 2).

Fig 1. A Endoscopia Digestiva Superior muestra lesión elevada de superficie lisa similar a la mucosa adyacente, que estenosa en un 60% la luz esofágica. B. ulceración parte media de la lesión.



Fig 2 Esofagograma. A a nivel de esófago medio e inferior se observa, defecto de llenado, de bordes regulares con interrupción de la columna de bario a este nivel



La biopsia reporta presencia de lesión neoplásica de extirpe linfoide, caracterizado por proliferación de células de mediano tamaño, monomorfas que se disponen en un patrón difuso con remanentes de folículos linfoides, haciéndose un diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células grandes predominantemente difuso de esófago, (ver fig 3)

El reporte de la inmunohistoquímica mostró antígeno leucocitario común, CD 20, y ciclina D1 que inmunomarcaron los linfocitos neoplásicos, confirmando el diagnóstico de Linfoma de células del Manto inmunofenotipo B

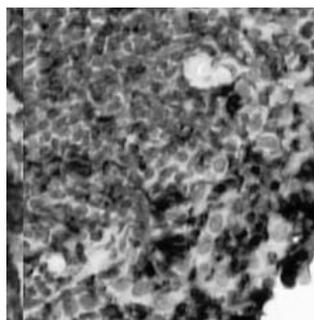
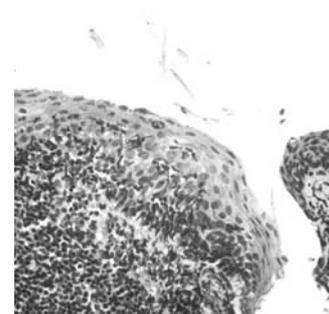


Fig 3. A,B,C secciones histológicas con H&E constituidas por lesión neoplásica de extirpe linfoide, caracterizada por la proliferación de células de mediano tamaño, monomorfas, con moderada irregularidad de los núcleos y nucleolos ocasionales, se disponen en un patrón difuso con remanentes de folículos linfoides, a mayor aumento mitosis atípicas.

Se realizaron estudios complementarios como hematología, química sanguínea, frotis de sangre periférica, aspirado de médula ósea, que se encuentran dentro de límites normales, además, Rx de tórax, ecografía abdominal, TAC abdominal, donde no hay evidencia de linfadenopatía abdominal, confirmando el diagnóstico de linfoma primario de esófago.

La paciente es valorada por Oncología, y recibe 6 ciclos de quimioterapia con: Dexorubicina, Oncovin, Prednisona, Encloxan, posterior al tratamiento, se realizan endoscopias de control periódicas, cada 4 meses, donde se observa marcada disminución progresiva del tamaño de la lesión y desaparición de los síntomas, se ha realizado seguimiento por 1 año, con biopsias negativas.

DISCUSIÓN

El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más común para el Linfoma no Hodgkin, y está involucrado entre el 5-20% de los pacientes durante la vida, y hasta en el 50% de autopsias (16,17); el esófago es el sitio menos común y se presenta en menos del 1% de los pacientes con linfoma gastrointestinal (16,17). Sin embargo, cuando está presente allí, es usualmente secundario a enfermedad gástrica o mediastinal.

Una revisión de la literatura inglesa ha revelado solo 17 casos de linfoma primario esofágico; se han reportado varios casos de enfermedad de Hodgkin tratados con radioterapia o quimioterapia con posterior recurrencia en el esófago (14, 18, 19). Los casos reportados con linfoma esofágico fueron catalogados como primarios basados en los criterios sugeridos por Dawson et al. (20) Como son: desarrollo esofágico predominante con solo nódulos linfáticos regionales comprometidos, ausencia de nódulos linfáticos periféricos o mediastinales, ausencia de compromiso hepático y esplénico, y un conteo de células blancas normales. En nuestro caso se reúnen los criterios para ser catalogado como linfoma Esofágico Primario.

De los 17 casos publicados hasta la actualidad (2-14), todos excepto uno reportaron linfoma no Hodgkin de células grandes que es el subtipo histológico más común. El rango de edad de los pacientes fue entre 17 y 86 años; 12 de los 18 fueron hombres. La disfagia se presentó en todos los pacientes, seis con dolor torácico, y seis con pérdida de peso, solo un paciente se presentó con hematemesis por una úlcera profunda (10), cualquier segmento del esófago fue comprometido pero predominantemente medio e inferior. Los hallazgos endoscópicos muestran una apariencia morfológica variable del tumor, presentándose patrones nodulares, polipoideos, ulcerados, o estenóticos, apariencia que es de poca ayuda diagnóstica, como los que encontramos en nuestro caso.

Es de importancia mencionar que tres pacientes con linfoma esofágico primario tenían Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (8), el cual es asociado con el incremento de la frecuencia del Linfoma no-Hodgkin (21). El linfoma esofágico, aunque raro, puede ser una de las causas de disfagia en pacientes con SIDA, en nuestro paciente se reportó HIV(-).

La quimioterapia es la modalidad de tratamiento para el linfoma esofágico secundario, pero ha surgido una variación en el manejo del linfoma esofágico primario, como se ha usado en los casos reporta-

dos hasta la actualidad: resección quirúrgica (esofagectomía = 3, resección local = 3), quimioterapia (n = 8) y radioterapia (n=3), con resultados muy variables (8-11), en nuestro paciente el tratamiento con quimioterapia fue exitoso observándose la remisión tanto clínica como endoscópica en un año de seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyce HW Jr. Tumors of the esophagus. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*, vol 1. Philadelphia: WB Saunders, 1993:401-18.
2. Berman MD, Falchuk KR, Trey C, Gramm HF. Primary histiocytic lymphoma of the esophagus. *Dig Dis Sci* 1979;24:883-6.
3. Stein HA, Murray D, Warner HA. Primary Hodgkin's disease of the esophagus. *Dig Dis Sci* 1981;26:457-61.
4. Williams MR, Chidambaram M, Salama FD, Ansell ID. Tracheo-oesophageal fistula due to primary lymphoma of the oesophagus. *J R Coll Surg Edinb* 1984;29:60-1.
5. Doki T, Hamada S, Murayama H, Suenaga H, Sannohe Y. Primary malignant lymphoma of the esophagus. *Endoscopy* 1984; 16:189-92.
6. Matsuura H, Saito R, Nakajima S, Yoshihara W, Enomoto T. Non-Hodgkin's lymphoma of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1985;80:941-6.
7. Bernal A, del Junco GW. Endoscopic and pathologic features of esophageal lymphoma: a report of four cases in patients with acquired immune deficiency syndrome. *Gastrointest Endosc* 1986;32:96-9.
8. Nagrani M, Lavigne BC, Siskind BN, Knisley RE, Traube M. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the esophagus. *Arch Intern Med* 1989;149:193-5.
9. Bolondi L, Giorgio RD, Santi V, et al. Primary non-Hodgkin's T-cell lymphoma of the esophagus: a case with peculiar endoscopic ultrasonographic pattern. *Dig Dis Sci* 1990;35:1426-30.
10. Mengoli M, Marchi M, Rota E, Bertolotti M, Gollini C, Signorelli S. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the esophagus. *J Gastroenterol* 1990;85:737-41.
11. Maipang T, Panjapayakul C, Sriplung H. Primary lymphoma of the esophagus: a case report. *J Med Assoc Thai* 1992;75:299-303.
12. Tsukada T, Ohno T, Kihira H, et al. Primary esophageal non-Hodgkin's lymphoma. *Intern Med* 1992;31:569-72.
13. Taal BG, Van Heerde P, Somers R. Isolated primary esophageal involvement by lymphoma: a rare cause of dysphagia. *Gut* 1993;34:994-8.
14. Gupta N, Goenka M. Primary lymphoma of the Esophagus. *J Clin Gastroenterol* 1996;23(3):203-206
15. Kurihara K, Fukui A, Kumano S. Malignant lymphoma of the esophagus associated with macroglobulinemia: a report of a case. *Pathol Int* 1994;44:712-5.
16. Herrmann R, Panahon A, Barcos MP, et al. Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 1980; 46:215-22.
17. Rosenberg SA, Diamond HD, Jaslowitz B, Craver LF. Lymphosarcoma: a review of 1269 cases. *Medicine* 1961; 40:31-83.
18. Agha F, Schnitzer B. Esophageal involvement in lymphoma. *Am J Gastroenterol* 1985;80:412-6.
19. Wodzinski MA, Gavalos M, Brown MJ, Thorpe JAC. Hodgkin's disease of the esophagus. *Acta Hematol* 1988; 79:221-3.
20. Dawson IMP, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. *Br J Surg* 1961; 49:80-9.
21. Kaplan LD, Abrams DI, Feigel E, et al. AIDS associated non-Hodgkin's lymphoma in San Francisco. *JAMA* 1989; 261:719-24.

Para cualquier información o separata contactar a el:

Dr. Martín P. Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson"

E-mail:

Fecha de Recepción Sep. 2005- Fecha de Revisión Jun. 2006- Fecha de Aprobación. Agos. 2006