

Linfoma primario intestinal: Claves en el diagnóstico por imagen.

Carmen de la Torre Valdivia¹

Carmen Simón Bejarano²

Liliana Renza Lozada³

^{1, 2, 3} Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga

OBJETIVOS:

- Conocer las características generales más relevantes del linfoma intestinal centrándonos en su localización más frecuente, el intestino delgado.
 - Describir los tipos de patrones radiológicos con los que se presenta y los hallazgos más significativos de cada uno de ellos.
 - Demostrar estos hallazgos a través de casos obtenidos en nuestro centro.
-

INTESTINO DELGADO

INTRODUCCIÓN

- El linfoma intestinal es el tumor maligno más común del intestino delgado y representa entre el 20% y el 30% de los linfomas gastrointestinales, siendo el segundo más común después del linfoma gástrico.
 - Esto se debe a la abundante presencia de tejido linfoide en el tracto gastrointestinal, que se localiza en la lámina propia y la submucosa de la pared intestinal.
 - La afectación gastrointestinal por linfoma puede ser secundaria (más frecuente) o primaria, que es la que describiremos en este trabajo. La afectación secundaria suele presentarse en varias localizaciones, mientras que la primaria generalmente afecta a un solo sitio
-

INTESTINO DELGADO

INTRODUCCIÓN

- Clásicamente, el linfoma gastrointestinal primario se define por estas características:
 1. Tumor primario centrado en el intestino delgado, con ganglios linfáticos en el área de drenaje del segmento afectado.
 2. Ausencia de ganglios linfáticos superficiales y radiografía de tórax normal (sin adenopatías).
 3. Ausencia de lesiones esplénicas o hepáticas.
 4. Fórmula de leucocitos normal.
-

INTESTINO DELGADO

EPIDEMIOLOGÍA

- Existe una ligera predilección por los varones y la edad de aparición suele ser alrededor de la sexta década de la vida, con dos picos en niños menores de 10 años y alrededor de los 50 años de edad, siendo el tumor gastrointestinal más frecuente en niños.
 - En la patogénesis del linfoma intestinal se han identificado varios factores de riesgo, como la infección por *Helicobacter pylori* (descrita en asociación con el linfoma MALT), las enfermedades autoinmunes, la inmunodeficiencia y la inmunosupresión, la enfermedad celíaca (mayor riesgo de desarrollar linfoma de células T asociado a enteropatía) y la enfermedad inflamatoria intestinal.
-

INTESTINO DELGADO

CLÍNICA

- Los síntomas van a depender de la zona del tracto gastrointestinal afectado.
 - Debido a esto nos encontraremos con síntomas diversos, siendo la disfagia, el dolor abdominal, las náuseas, vómitos, anorexia, pérdida de peso, diarrea y hemorragia gastrointestinal los síntomas más frecuentes.
-

INTESTINO DELGADO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Tradicionalmente se describen cinco patrones radiológicos:

1 Patrón infiltrativo:

Es la forma más común. Se trata de un engrosamiento homogéneo y circunferencial de la pared intestinal que afecta a un segmento largo de la misma, junto con distorsión y pérdida del patrón estratificado, lo que provoca estrechamiento luminal o dilatación aneurismática.

Este hallazgo es bastante característico de los linfomas intestinales, aunque también puede observarse en otras entidades como los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), los leiomiomas o las metástasis de carcinomas broncogénicos.

Sin embargo, la estenosis u obstrucción rara vez se presenta, por lo que esto puede ayudar en el diagnóstico diferencial con otras lesiones tumorales como los adenocarcinomas.

INTESTINO DELGADO

2. Patrón polipoide/nodular:

Consiste en la aparición de uno o varios pólipos, que son más identificables en los estudios con bario que en el estudio mediante TC, pudiendo asociarse a invaginación.

3. Patrón endoexoentérico:

Este tipo de patrón comienza inicialmente como una masa intraluminal que progresa con crecimiento excéntrico, ulceración y posible perforación hacia el mesenterio adyacente, pudiendo causar fístulas y abscesos estériles.

En algunos casos este tipo de patrón puede provocar la diseminación linfomatosa al mesenterio, el epiplón y el peritoneo, dando lugar a la linfomatosis peritoneal.

4. Patrón mesentérico invasivo:

Engrosamiento de la pared intestinal adyacente a una adenopatía mesentérica grande. Asociado a obstrucción.

COLON Y RECTO

- El colon y el recto constituyen una localización poco común para el linfoma, siendo más frecuente la afectación en ciego y recto.
 - Los factores de riesgo que predisponen son la inmunosupresión, el SIDA y la colitis ulcerosa de larga duración.
 - El patrón polipoide es el más frecuente y puede presentarse como un único pólipo solitario.
 - Cuando la presentación es similar a una masa, pueden alcanzar un gran tamaño.
 - En el caso del recto, puede ser indistinguible del adenocarcinoma.
-

COLON Y RECTO

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Patrones radiológicos:

1. Patrón infiltrativo:

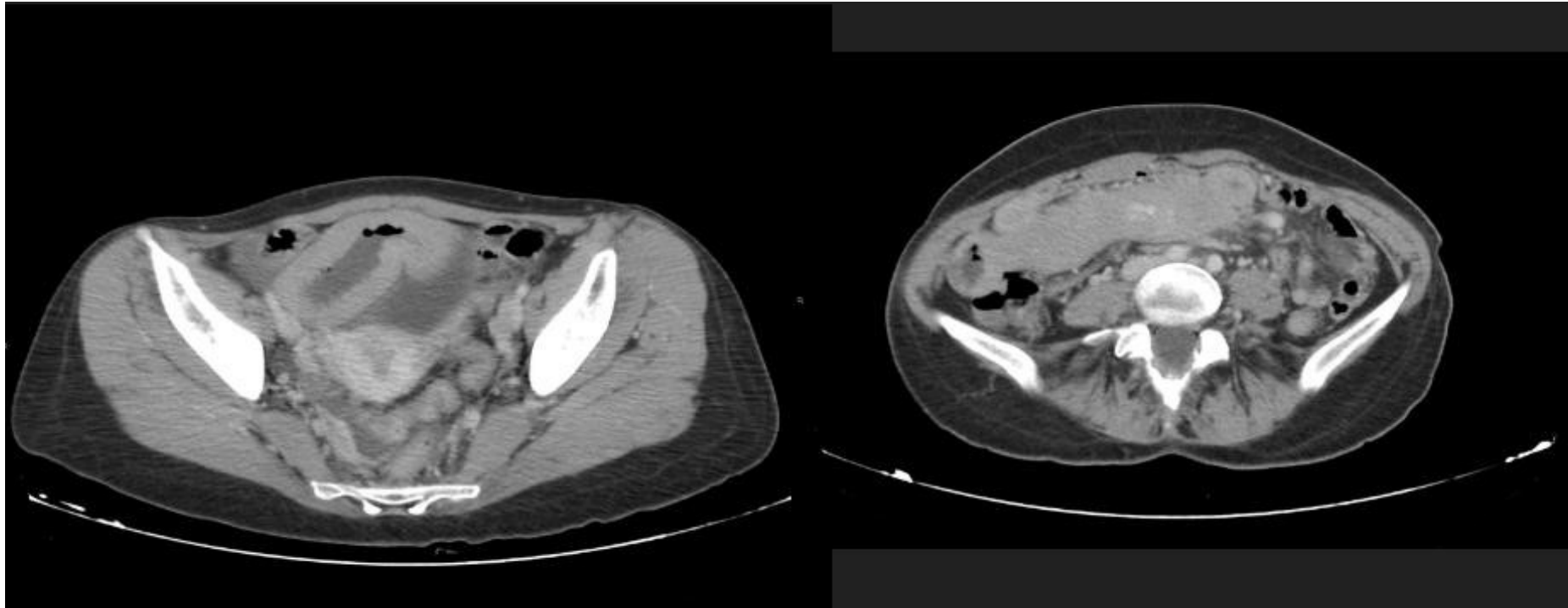
Es similar al descrito en el intestino delgado, tratándose de un engrosamiento concéntrico de la pared de un segmento largo del intestino, que en este caso producirá un estrechamiento de la luz con engrosamiento de las haustras. Como ocurre en el intestino delgado, la obstrucción es rara.

La gran extensión, los márgenes bien definidos y la escasa infiltración de los planos grasos nos harán sospechar de linfoma, pero en el caso del recto puede ser indistinguible de un adenocarcinoma.

2. Patrón polipoide:

Resulta difícil de diferenciar de otros tipos de poliposis.

CASOS CLÍNICOS



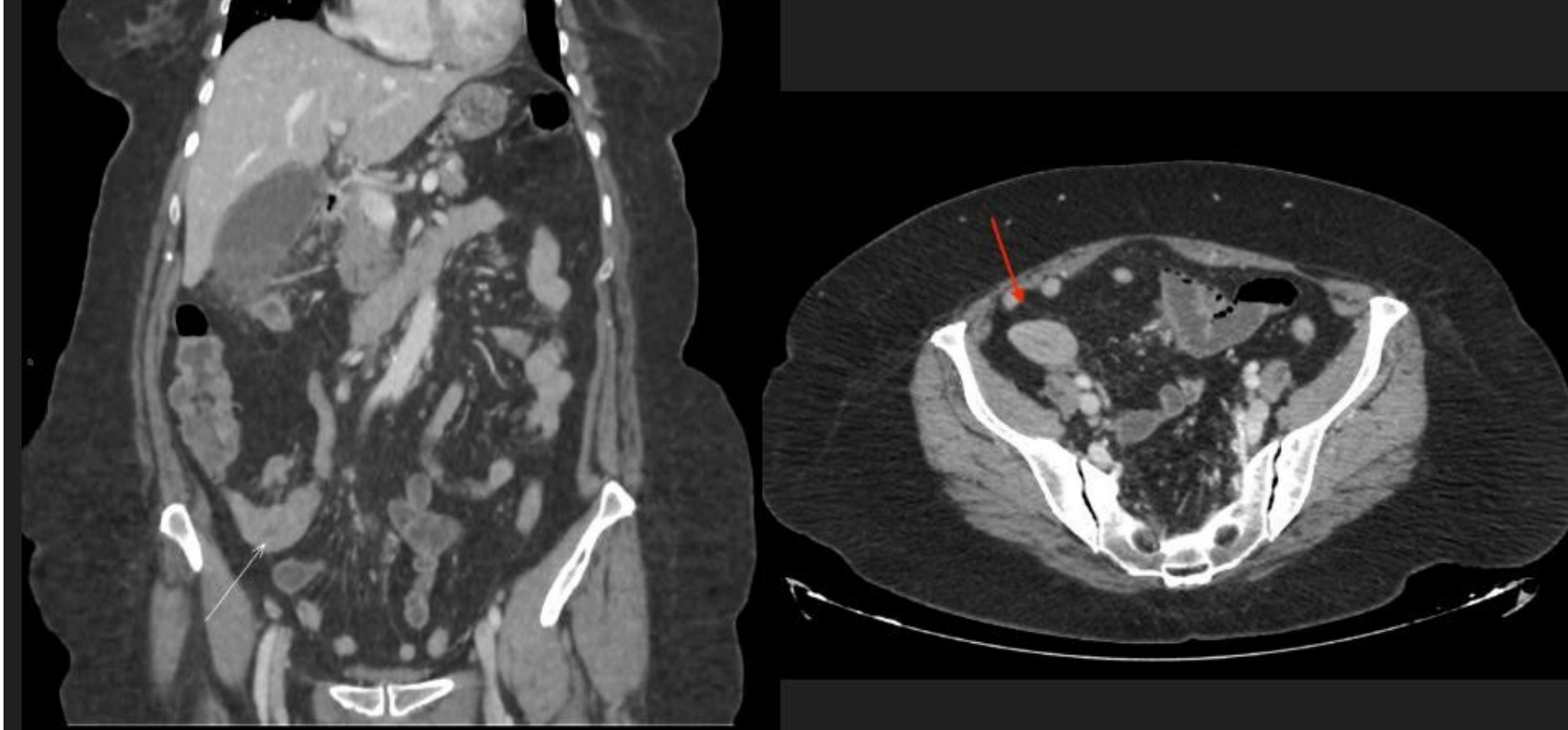
Caso 1

Mujer de 47 años con dolor hipogástrico y pérdida de peso.

Primera imagen. TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal, que muestra engrosamiento de un asa del intestino delgado en la pelvis, en el segmento largo, con dilatación aneurismática.

Segunda imagen. También se observa una masa de tejido blando a la altura de la raíz del mesenterio que envuelve los vasos mesentéricos (signo del sándwich). Resultado de la anatomía patológica: linfoma no Hodgkin de células B.

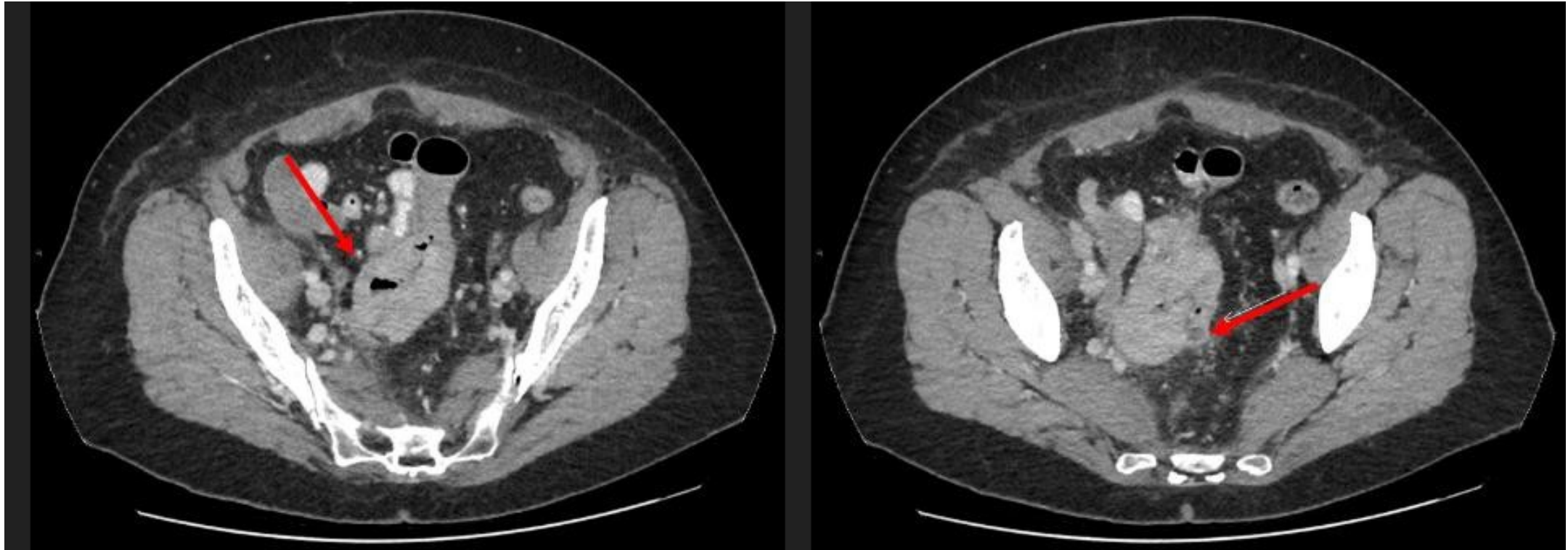
CASOS CLÍNICOS



Caso 2

Paciente con síntomas de colecistitis aguda. Se realizó TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal, donde, además de hallazgos compatibles con colecistitis aguda, se observó un engrosamiento de un segmento del íleon (flechas) en la pelvis, con linfadenopatía locorregional de aspecto patológico. El resultado de la anatomía patológica fue linfoma no Hodgkin de células B.

CASOS CLÍNICOS



Caso 3

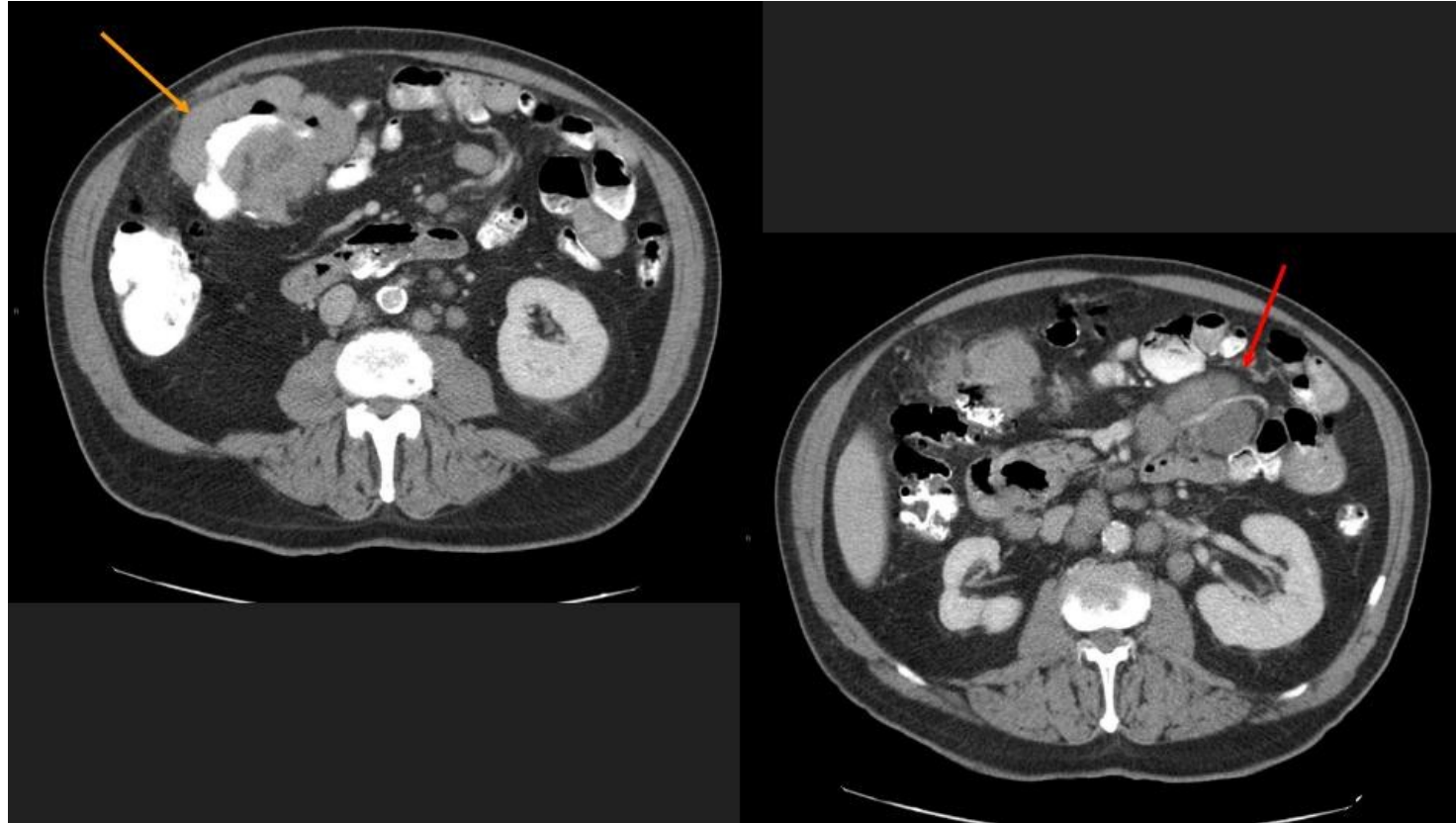
Paaciente mujer de 71 años con sospecha de neoplasia de intestino delgado detectada mediante ecografía.

Primera imagen: TC de abdomen con contraste intravenoso en fase portal, donde se observa un asa del intestino delgado con un gran engrosamiento de la pared, con la luz conservada.

Segunda imagen: Imagen de ulceración en la pared (flecha).

Resultado de la anatomía patológica: Linfoma B no Hodgkin de alto grado con necrosis, ulceración y signos de peritonitis.

CASOS CLÍNICOS



Caso 4

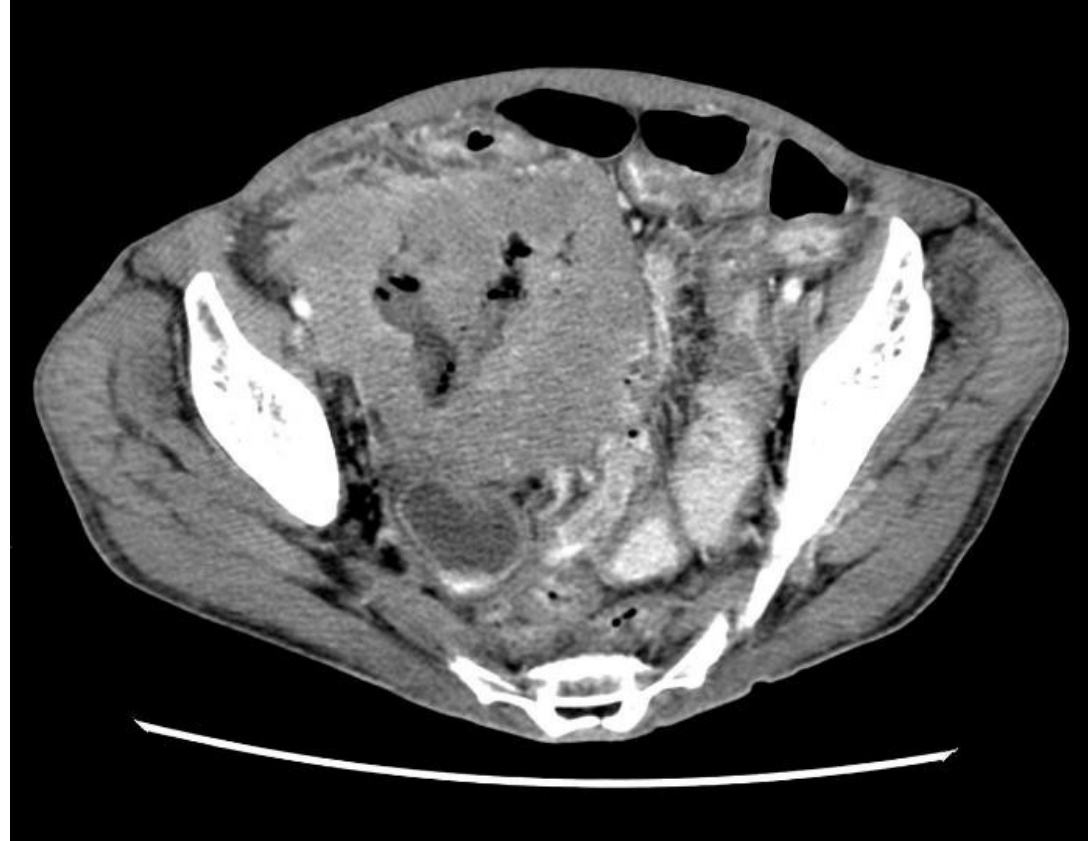
Paciente varón de 75 años.

Primera imagen. Agrandamiento aneurismático de un asa del intestino delgado.

Segunda imagen. Linfadenopatía agrandada que afecta a los vasos mesentéricos (signo del sándwich).

Resultado de la anatomía patológica: linfoma no Hodgkin de células B.

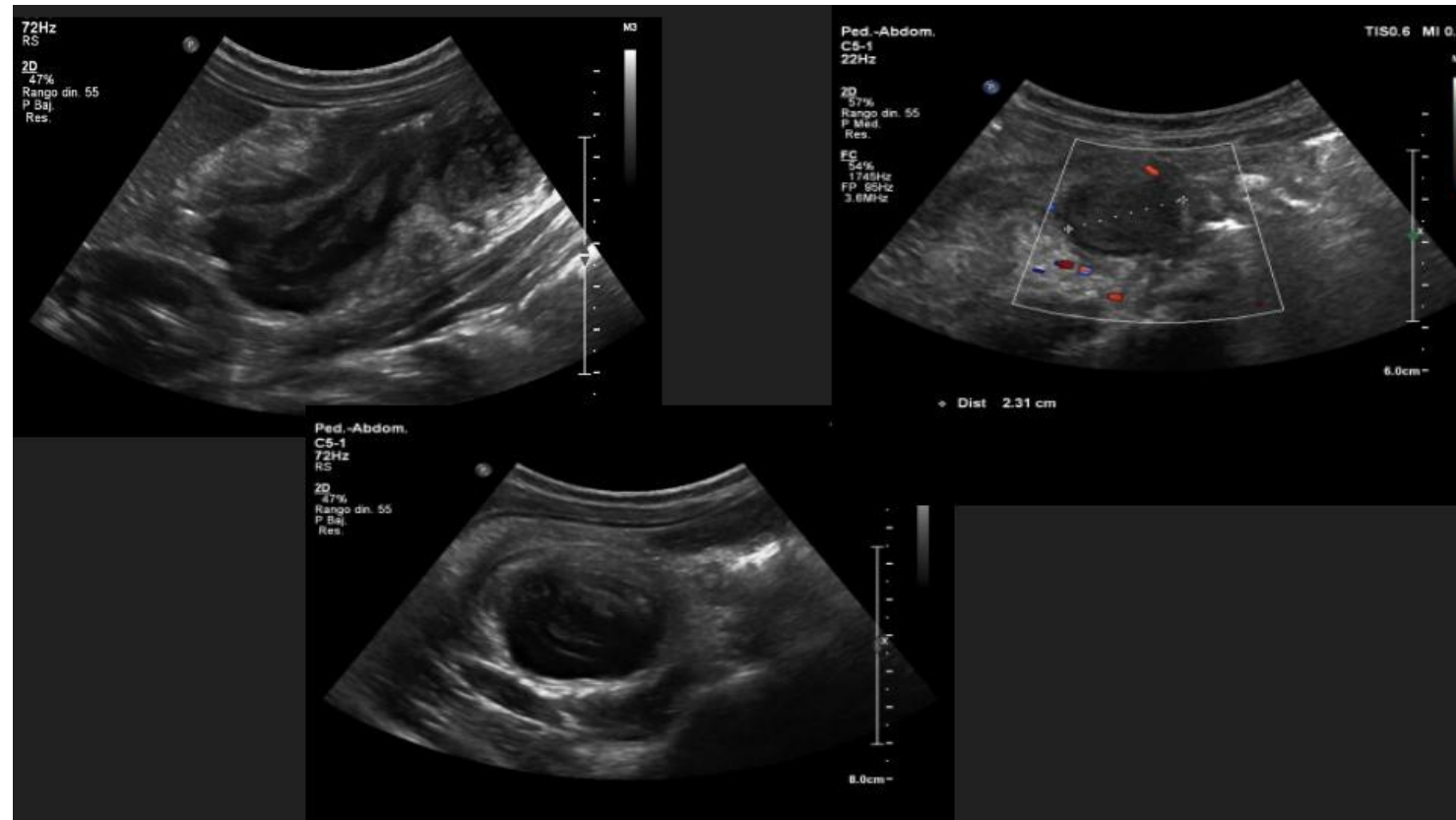
CASOS CLÍNICOS



Caso 5

Paaciente varón de 47 años. TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal, en la que se observa una dilatación aneurismática de un segmento intestinal en la región ileocecal.
El resultado del estudio patológico fue linfoma de Burkitt.

CASOS CLÍNICOS



Caso 6

Niña de 8 años con dolor abdominal de un mes de duración, pérdida de peso y sangre oculta en heces.

Imágenes superior izquierda e inferior: Engrosamiento de la pared ileocecal con invaginación.

Imagen superior derecha: Adenopatía aumentada de tamaño, de aspecto patológico.

Resultado de la anatomía patológica: Linfoma de Burkitt.

CASOS CLÍNICOS



Caso 7

Paciente varón de 71 años.

TC abdominal realizado por otra causa reveló un engrosamiento incidental a nivel de la pared de sigma con escasa afectación de la grasa adyacente y sin obstrucción de la luz intestinal.

Resultado de la Anatomía Patológica fue: Linfoma difuso de células B grandes.

CONCLUSIONES

- El linfoma intestinal primario es una entidad poco frecuente, si bien el intestino delgado es la localización extraganglionar más frecuente.
- Sus manifestaciones radiológicas son muy diversas, siendo la dilatación aneurismática del asa intestinal y la ausencia de obstrucción de la luz intestinal las más características.
- Debemos estar familiarizados con esta entidad y sus manifestaciones radiológicas para tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial en nuestra práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. . Claire Smith et al. Linfoma no Hodgkin del tracto gastrointestinal. Radiographics 1992;12:887-899. Lee et al. (2008). Manifestaciones abdominales del linfoma. AJR 191:198-206.
- 2. Sangeet Ghai et al. Linfoma gastrointestinal primario: espectro de hallazgos de imagen con correlación patológica. Radiographics 2007; 27:1371-1388.
- 3. Lewis RB, Mehrotra AK, Rodríguez P, Manning MA, Levine MS. De los archivos de patología radiológica: linfoma gastrointestinal: hallazgos radiológicos y patológicos. Radiographics. 2014 nov-dic;34(7):1934-53.
- 4. Choi et al. (2002). Linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica: hallazgos en la tomografía computarizada helicoidal y correlación patológica. AJR:178.
- 5. Zinzani PL, Magnagnoli M, Pagliani G, et al. Linfoma intestinal primario: características clínicas y terapéuticas de 32 pacientes. Haematologica 1997; 82: 3: 305-8. 6. Marc S. Levine et al. Linfoma no Hodgkin del tracto gastrointestinal: hallazgos radiográficos. AJR 1997; 168:165.