



# Linfoma primario de ciego e íleon en paciente con *situs inverso*, a propósito de un caso

Francisco Abarca Aguilar,\*  
Francisco Abarca  
Rendón,\*\* Trino Andrade  
Zambrano,\*\*\* Margarita  
Kury González\*\*\*\*

\* Cirujano Coloproctólogo.  
\*\* Médico.  
\*\*\* Cirujano General.  
\*\*\*\* Anatomopatólogo.

Hospital Clínica Panamericana

Dirección para correspondencia:  
Dr. Francisco Abarca Aguilar  
Instituto de Endoscopia y Coloproctología  
Clínica Panamericana  
Panamá 616 y Roca 4to piso ofic. 404  
franciscoabarca@hotmail.com

## Resumen

Paciente del sexo masculino de 69 años de edad, estado civil casado, agricultor, acude a nuestra consulta privada con diagnóstico de tumoración del colon derecho diagnosticada por colonoscopia y para ser tratado quirúrgicamente. De acuerdo a su historia clínica refiere que su sintomatología comienza hace aproximadamente mes y medio con trastornos dispépticos, en especial alteración del hábito defecatorio, presentando diarreas frecuentes, astenia, palidez de tegumentos y dolor abdominal tipo cólico. Al examen físico paciente en condiciones estables, se palpa masa tumoral en abdomen, localizada en flanco y fosa iliaca izquierda, de consistencia dura, poco movable, no dolorosa, tacto rectal nada que llame la atención, no edema de extremidades inferiores, resto de exploración normal, ausencia de adenopatías. **Diagnóstico y resultados:** Exámenes de laboratorio Ht 24.4%, hierro sérico 12.1 9 (N: 60-160), se solicita CEA: 6.0 ng/mL (N: 5-10). Colonoscopia con diagnóstico de tumoración de "colon derecho" de gran tamaño, se tomaron biopsias, las cuales no demostraron lesión maligna. Se solicita TC de abdomen, la cual nos revela que el paciente presenta *situs inverso* total con una gran masa que ocupa la totalidad del hemiabdomen inferior izquierdo. Debido a la confirmación del diagnóstico por colonoscopia, TC de abdomen, se programa al paciente para cirugía electiva, previa preparación del colon con fosfato sódico oral. **Tratamiento y Hallazgos:** El paciente es sometido a una laparotomía exploratoria, realizando incisión media infraumbilical confirmando los hallazgos de laboratorio que se trata de un *situs inverso* y tumoración que ocupa la mitad del colon ascendente y unos 6 cm del íleon distal próximo al ciego. Se procedió a realizar hemicolectomía en este caso izquierda, radical, con anastomosis primaria término-terminal colo-ileal manual. **Evolución postquirúrgica:** Excelente, el paciente es dado de alta a los 5 días del postoperatorio. **Diagnóstico final:** Reporte de patología, linfoma MALT de bajo grado de diferenciación con compromiso de la totalidad de la pared intestinal con metástasis ganglionar de 9/36 ganglios. Se le sitúa en el sistema modificado de Ann Arbor modificado por Musshoff en el grado II 1E.

**Palabras clave:** *Situs inverso*, linfoma Malt.

## Abstract

*Patient of 69 years-old male, married, farmer, who went to our private office with colonoscopy diagnosed of tumor of the right colon and has to be treated for surgical resolution. According to his medical history his symptoms began approximately a month and half ago with dyspeptic syndrome specially irregularity in the habit intestinal with frequently diarrheas, asthenia, paleness of teguments and frequently abdominal pain. The physical exam showed patient in stable condition, the tumor can be felt in the abdominal area abdominal established in flank and left ileal fosse, with a hard consistency, unmovable, and painless. Rectal tact seemed normal, there was no edema in the lower extremities, the rest of patient exploration was normal and no one node was found. **Diagnose and results:** Clinical analysis, the Ht 24.4%, Fe in blood 12.1 (N:60-120), CEA 6 ng/L (N: 5-10), colonoscopy result includes a large tumor in the "right" colon, biopsies were taken and showed no malignant cells. Abdominal TC scan showed that the patient has a total "situs inversus" and a big mass that occupies the whole of left lower abdomen. Due to the results showed by colonoscopy and TC scan the patient had been scheduled for elective surgery, before the preparation of the colon with oral phosphate. **Findings and treatment:** A laparotomy exploration being making a medial abdominal incision confirming the results showed by laboratory test that the patient has a total situs inversus and a tumor mass that occupies half of the right colon and about 6 cm of distal ileum close to cecum, we preceded to perform a radical right hemicolectomy with manual anastomosis. **Postsurgical evolution:** Excellent, the patient is released from hospital after five days. **Final diagnose:** Pathological report Lymphoma MALT of a lower grade of compromise in the intestinal wall and 9/36 lymph nodes had metastasis. We have performed the system of Ann Arbor modified by Musshoff in the grade II 1E.*

**Key words:** *Situs inversus*, lymphoma Malt.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que el linfoma maligno sea la tercera neoplasia maligna más común del intestino grueso, después del adenocarcinoma y los tumores carcinoides, este tipo de neoplasia no es usual. El recto y el ciego son el sitio más común de localización del linfoma maligno, posiblemente por haber mayor cantidad de tejido linfoideo en estas áreas. Este tipo de tumor puede aparecer a cualquier edad, pero por lo general se presenta en personas por encima de la sexta década de la vida. En el sexo masculino aparece con mayor frecuencia en relación al sexo opuesto.<sup>1,2,8</sup> El diagnóstico de linfoma maligno gastrointestinal es caracterizado por su cuadro clínico, examen físico, estudios radiológicos y endoscópicos y su diagnóstico final es hecho por el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico.<sup>3,4</sup>

Lo importante de este caso es no solamente informar lo infrecuente de este tipo de tumoraciones malignas, sino también por lo curiosos del caso que se presenta en un paciente con *situs inverso* total, y que no existen reportes en la literatura médica.

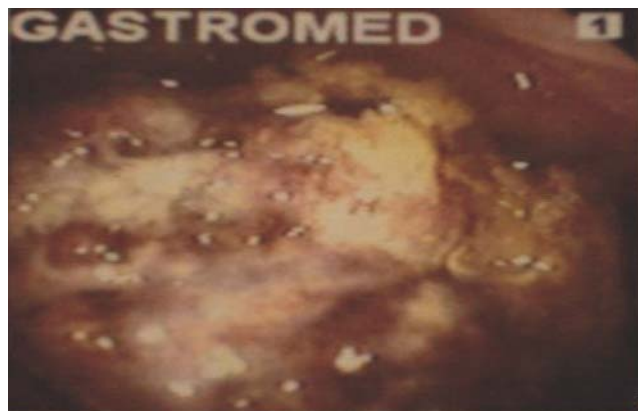
## REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 69 años de edad, agricultor, proviene de una zona rural, sin antecedentes patológicos de importancia solamente y en muy buenas condiciones morfológicas.

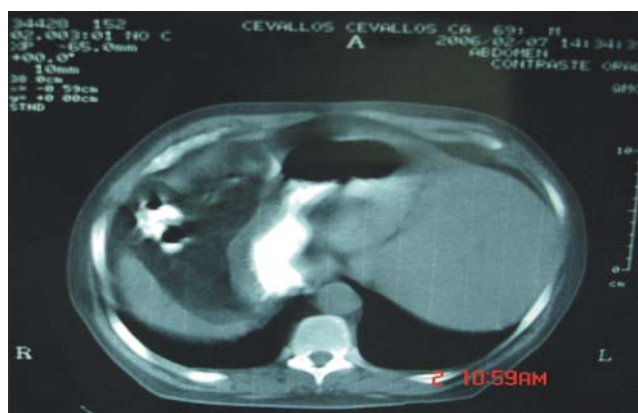
Acude a nuestra consulta el 4 de febrero de 2006 con historia clínica de mes y medio de evolución por presentar trastornos dispépticos, alteración del hábito defecatorio con presencia de heces líquidas y dolor abdominal tipo cólico difuso. Es referido por un familiar con diagnóstico de tumoración del colon derecho según reporte del gastroenterólogo; la biopsia tomada por dicho especialista no refirió lesión maligna según reporte del anatomopatólogo, lo cual está descrito debido al tamaño de la lesión y a veces es imposible tomar el centro de la lesión donde se encuentran las células malignas. No refiere pérdida de peso, ni náuseas, ni vómitos, ni pérdida del apetito.

## EXAMEN FÍSICO

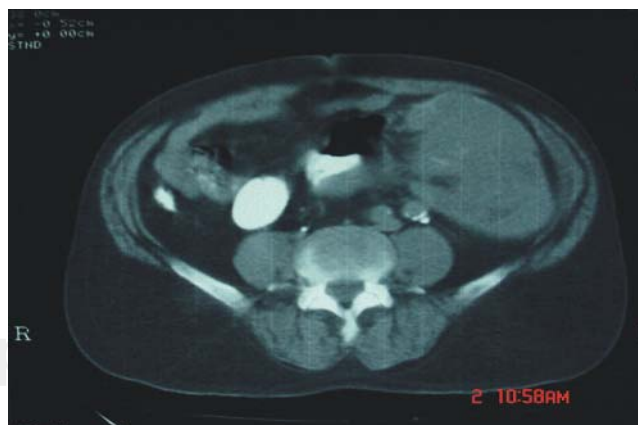
Al momento de su ingreso el paciente luce en muy buenas condiciones tanto física como mental, bien hidratado, debido a que provenía de una zona rural fría. El paciente era hipertenso, no habiendo sido tratado anteriormente. Presenta palidez de tegumentos y no hay adenopatías periféricas. Abdomen globuloso, se palpa masa de aproximadamente unos 15 cm que abarca todo el flanco y fosa iliaca izquierda y se extiende a mesogastrio.



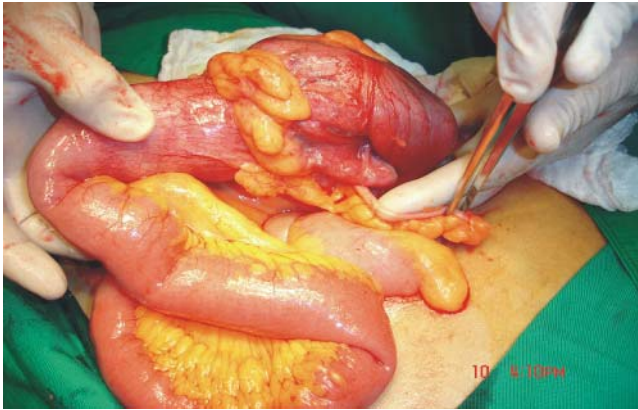
**Figura 1.** Colonoscopia.



**Figura 2.** Imagen de TAC simple de abdomen, se observan estructuras en situs inverso.



**Figura 3.** Imagen de TAC simple de abdomen, mostrando una masa tumoral en lado izquierdo.



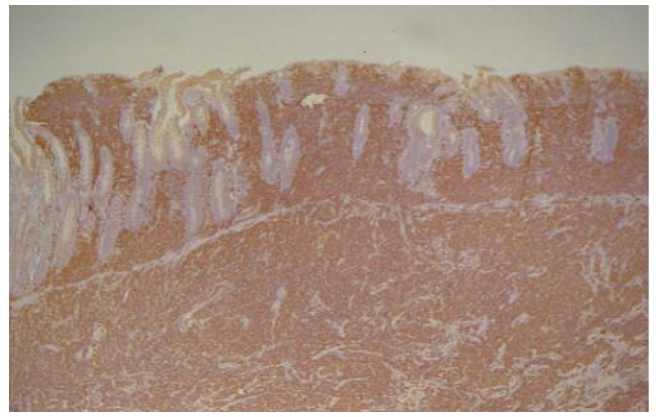
**Figura 4.** Imagen transoperatoria del linfoma de ciego e íleon, señalando apéndice cecal.



**Figura 6.** Imagen de macrofotografía del desfiladero del tumor en ciego.



**Figura 5.** Imagen de macrofotografía del desfiladero del tumor en ciego.



**Figura 7.** Imagen microscópica del linfoma tipo Malt.

**Exámenes de laboratorio:** Ht 24.4%, hemoglobina 7.1 mg/dL, hierro sérico 12.1 mg/dL, Grupo y factor: O Rh positivo. Proteínas totales 6.10 mg/dL, albúmina: 3.18 mg/L, globulina: 1.08 mg/L, TGO: 14.7 U/L, TGP: 19.1 U/L, fosfatasa alcalina: 119.7 U/L, glucosa: 110 mg/L, creatinina: 0.74, CEA: 6.0 ng/mL, alfafetoproteína: 1.8 ng/mL.

**Ecografía abdominal:** Según ecosonografista, bazo aumentado de tamaño, flanco izquierdo: imagen mixta de tamaño considerable, compatible con lesión del colon descendente.

**Colonoscopia:** A nivel del ciego se observa masa de gran tamaño, exofítica, nodular y friable, DX Ca de colon, se toman biopsias (Figura 1).

Diagnóstico histopatológico de las biopsias tomadas en la colonoscopia: Cuadro histológico compatible con una lesión ulcerada activa con cambios reparativos ó regenerativos.

**Tc Abdomen:** Se realizó TC abdomino-pélvico con cortes de 10 mm, simple y con contraste oral rectal e intravenoso. Siendo el diagnóstico: Dextrocardia con *situs* inverso. Hígado, bazo y páncreas normales en *situs* inverso. No adenopatías abdominales. No signos de ascitis ni dilatación intestinal (Figuras 2 y 3).

**Procedimiento:** Laparotomía exploratoria con incisión media infraumbilical se corrobora diagnóstico de tumoración de ciego y colon ascendente con prolongación a íleon distal en posición contraria anatómicamente en el cuadrante inferior izquierdo, lo que corrobora el *situs* inverso (Figuras 4, 5 y 6).

**Estudio anatomopatológico:** Pieza operatoria: se encuentran 2 masas tumorales, una, que compromete el íleon, ulcerada, concéntrica que mide 10 x 8 cm con pequeño segmento libre a nivel del borde mesentérico en ambas caras, con una separación de unos 5 cm se encuentra otra tumoración exofítica y redon-

**Cuadro I.** Sistema de clasificación en estadios LGI.

**EI:** afección localizada en una o más áreas gastrointestinales a un lado del diafragma sin infiltración ganglionar

**EI1:** Linfoma limitado a mucosa y submucosa también llamado linfoma precoz

**EI2:** Linfoma extendido a través de la submucosa

**EII:** afección de una o más localizaciones gastrointestinales, a un lado del diafragma con infiltración ganglionar, independiente del grado de infiltración en profundidad de la pared gastrointestinal

**EII1:** Infiltración de ganglios regionales

**EII2:** Infiltración de ganglios alrededor del área regional

**EIII:** Afectación del tracto gastrointestinal y/o de los ganglios linfáticos a uno o ambos lados del diafragma

**EIV:** Masa linfoide con o sin infiltración de ganglios y afectación difusa de órganos y tejidos no gastrointestinales

En lo que se refiere a este caso no hubo sospecha de tumor linfoide gastrointestinal, más aún, se pensó que se trataba de un adenocarcinoma, los exámenes de laboratorio así lo demostraban. El diagnóstico histopatológico fue concluyente, lo importante de este caso no solamente es el resultado de linfoma tipo MALT que como sabemos es uno de los tumores raros que afectan el colon sino también por lo curioso del caso, ya que se trata de un paciente con *situs inverso* total y no hemos encontrado un caso similar en la literatura médica

deada que mide 11.5 cm x 11.06 cm y que está en relación con el ciego y colon ascendente, con pequeño desfiladero que corresponde a la luz intestinal, esta tumoración no compromete serosa, no así el íleon. Se identifican 36 ganglios en mesenterio. Diagnóstico final: Intestino delgado y grueso, región ileal y cecal: linfoma MALT de bajo grado con compromiso de la totalidad de la pared intestinal, bordes quirúrgicos libres de tumor. De 36 ganglios linfáticos identificados 9 están comprometidos con linfoma de células pequeñas. Por tratarse de un linfoma desarrollado en el tejido linfoide asociado a la mucosa intestinal (ileal y cecal), de bajo grado, y por tratarse de células pequeñas y medianas que exhiben un crecimiento difuso y por el compromiso de la totalidad de la pared y de los ganglios contiguos al sitio primario, se le sitúa en el sistema de Ann Arbor modificado por Musshoff en el grado II 1E (*Figura 7*).

**DISCUSIÓN**

El aparato digestivo es rico en tejido linfoide. Esporádicas agresiones externas o degenerativas pueden llevar a alteraciones reactivas de estos tejidos. La mayoría de las veces la respuesta de los tejidos linfoides gastrointestinales al contacto con algún antígeno son de naturaleza policlonal como en el caso de las infecciones. La proliferación monoclonal, en cambio, es característica de las neoplasias. La mayoría de los linfomas del aparato digestivo se encuentran en el tracto gastrointestinal y son proliferaciones monoclonales de origen de los linfocitos B. Estas células se pueden anidar en folículos linfoides organizados como en las placas de Peyer o permanecer en forma difusa en la mucosa (mucosa-associated lymphoid tissue, o MALT). Es por eso que todos los

linfomas del aparato digestivo son nombrados en forma general como simplemente de linfomas MALT. Los más comunes son los linfomas gástricos primarios que pueden representar hasta el 60% de estos tumores. En segundo lugar siguen los linfomas del intestino delgado entre un 20 y 30% y del intestino grueso entre un 10 y 20%.<sup>1,2</sup>

Como habíamos dicho que a pesar de que el linfoma maligno sea la tercera neoplasia maligna más común del intestino grueso, después del adenocarcinoma y los tumores carcinoides, este tipo de neoplasia no es usual. El recto y el ciego son el sitio más común de localización del linfoma maligno, posiblemente por haber mayor cantidad de tejido linfoideo en estas áreas. Existen criterios para considerar que estamos frente a un linfoma gastrointestinal y esto incluye los criterios de Dawson que son: 1. Ausencias de linfadenopatías periféricas, 2. Ausencia de linfadenopatías mediastinales en la radiografía de tórax, 3. Frotis de sangre periférica normal, 4. Durante la laparotomía el compromiso de sólo esófago, estómago, intestino o de sólo ganglios regionales y 5. Ausencia de compromiso hepático y esplénico; excepto por la diseminación directa de la enfermedad a partir de un foco contiguo.<sup>3,5-7</sup>

El paciente presentó linfoma MALT de bajo grado de diferenciación, confirmado por estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico, lo que concuerda con lo señalado en la literatura y los criterios de Dawson. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al quinto día del postoperatorio, posteriormente recibió tratamiento quimioterápico y actualmente se encuentra en buenas condiciones.

La mayoría de los sistemas de estadiaje empleados no son adecuados en lo que se refiere a los linfomas del aparato digestivo. El estadiaje de elección es el de Ann Arbor modificado por Musshoff (*Cuadro I*).

# **BIBLIOGRAFÍA**

1. Keighley M, Williams N. *Cirurgia do Anus, Reto e Colo*. Ed Manole 1988: 1064-1065.
2. Zilberstein B, Mester M, Bresciano CJC, Jacob CE, Engler P, Dorlhiac-Laacer P, Chamone D, Iriya K, Habr-Gama A, Gama-Rodriguez J. Linfomas do aparelho digestivo. *Rev Gastro* 2004: 415-424.
3. Guzman M, Quispe M, Quiroga G, Abanto D, Mas J. Linfoma primario de Colon descendente, comunicación de un caso. *Rev Gastroenterol Perú* 2005: 210-215.
4. Fan CW, Changchien CR, Wang JY, Chen JS, Hsu KC, Tang R, Chiang JM. Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1277-82.
5. Guerra MD, Inda A, Saavedra JR. Linfoma de células B de tipo Burkitt, primario de colon. *Rev Mexicana de Coloproctologia* 2004; 10: 32-35.
6. Villanueva E, Alvarez-Tostado JF, Martinez MP, Valdez MA, Pena JP. Linfoma primario de colon. *Rev Gastroenterol Mexicana* 2002; 67: 28-33.
7. Romaguera J, Hagemeister FB. *Curr Opin Gastroenterol* 2005; 21: 80-4.
8. Chott A. Pathology of intestinal Lymphoma. *Pathologie* 2003; 23: 15-27.
9. Maaravi Y, Wengrower D, Leibowitz G. A unique presentation of lymphoma of the colon. *J Clin Gastroenterol* 1993; 17: 49-51.