



Obstrucción del tracto de salida gástrico, secundario a linfoma gástrico tipo MALT

Gastric outlet tract obstruction, due to gastric lymphoma of the MALT type

Benjamín Gallo Arriaga, *^{‡§¶} Pamela H Roa Pantoja, *[‡] Jesús Ibarra Rodríguez, *,||
Benjamín Gallo Chico, *[‡] Carlos Hidalgo Valadez*,^{‡¶}

Citar como: Gallo AB, Roa PPH, Ibarra RJ, Gallo CB, Hidalgo VC. Obstrucción del tracto de salida gástrico, secundario a linfoma gástrico tipo MALT. Acta Med GA. 2025; 23 (4): 373-375. <https://dx.doi.org/10.35366/120529>

Resumen

Introducción: el linfoma gástrico representa de 2 a 8% de las neoplasias gástricas. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es responsable del 75% de los casos de cáncer gástrico, así como del tejido linfoide denominado MALT. Se reporta remisión completa con la erradicación de *H. pylori*. **Caso clínico:** masculino de 40 años, quien inició con signos y síntomas de retención gástrica de 72 horas de evolución. La panendoscopia con toma de biopsia reportó ulceraciones y obstrucción antropilórica. Histopatología reportó linfoma con immunofenotipo B (linfoma MALT), además de *H. pylori* positivo. El paciente fue manejado con erradicación de *H. pylori* y múltiples dilataciones hidroneumáticas mediante endoscopia.

Palabras clave: *Helicobacter pylori*, linfoma gástrico, tumor de tejido linfoide asociado a mucosas, MALT.

Abstract

Introduction: gastric lymphoma represents 2 to 8% of gastric neoplasms. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) accounts for 75% of gastric cancer cases and lymphoid tissue called MALT. Complete remission is reported with the eradication of *H. pylori*. **Case report:** 40-year-old male who began with signs and symptoms of gastric retention lasting 72 hours. Panendoscopy with biopsy reported ulcerations and anthropyloric obstruction. Histopathology reported lymphoma with immunophenotype B (MALT lymphoma), in addition to positive *H. pylori*. Managed with eradication of *H. pylori* and multiple hydropneumatic dilations through endoscopy.

Keywords: *Helicobacter pylori*, gastric lymphoma, mucosal-associated lymphoid tissue tumor, MALT.

INTRODUCCIÓN

El linfoma gástrico primario representa de 2 a 8% de las neoplasias gástricas.¹ Está asociado a infección por *H. pylori* y gastritis crónica, úlcera péptica gastroduodenal, cáncer gástrico y enfermedades extragástricas. Contribuyendo al 75% de los casos de cáncer gástrico, así como del tejido linfoide asociado a mucosas MALT (*Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*).² Existen pocos casos con afectación obstructiva antropilórica, siendo el manejo controvertido. Se ha reportado la remisión completa en linfomas MALT después de la erradicación por *H. pylori*.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 40 años con ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la bomba de protones. Inició su padecimiento 72 horas previas con epigastralgia urente, pirosis, melena y vómito en poso de café. A la exploración: signos vitales estables, palidez de tegumentos, abdomen con distensión de cuadrantes superiores, peristalsis disminuida, palpación no dolorosa sin masas ni visceromegalias, timpanismo y maniobra de chapoteo gástrico positiva. El resto normal.

* Hospital Angeles León. León, Guanajuato, México.

† Servicio de Cirugía Gastrointestinal.

‡ Jefe División de Cirugía. ORCID: 0009-0009-8889-3678

¶ Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México.

|| Servicio de Endoscopia Gastrointestinal.

Correspondencia:

Dr. Benjamín Gallo Arriaga

Correo electrónico: benjaskgallo@gmail.com

www.medigraphic.com/actamedica

Recibido: 02-03-2024. Aceptado: 17-04-2024.



Los laboratorios mostraron anemia hipocrómica microcítica grado II y antígeno carcinoembrionario 0.96 ng/mL. Se efectuaron panendoscopias, la inicial (*Figura 1A y B*), a los 15 días con dilatación, a los dos meses con dilatación y a los tres meses. La inicial mostró zona de ulceración desde la incisura angularis hasta el píloro, con sangrado, sin permitir paso del panendoscopio.

La histopatología reportó linfoma MALT, con características inmunofenotípicas: CD 20+++ , CD79a++, PAX5++, BCL 2+++, y ki67+++; negativo para CD3, BCL 6, CD 10, CICLINA D1, y *H. pylori* positivo.

La serie esofagogastroduodenal mostró paso filiforme de contraste hacia el píloro (*Figura 1C*). La tomografía computarizada de tórax y abdomen reportó engrosamiento de la mucosa del antro y bulbo duodenal y ganglios de aspecto inflamatorio.

Fue manejado con inhibidores de la bomba de protones intravenoso por 72 horas; dieta líquida con buena tolerancia y erradicación contra *H. pylori*.

La última endoscopia de control mostró disminución del tamaño de la úlcera ya en fase de cicatrización, con adecuado paso del endoscopio a través del píloro; se realizaron múltiples biopsias de la zona de la cicatriz

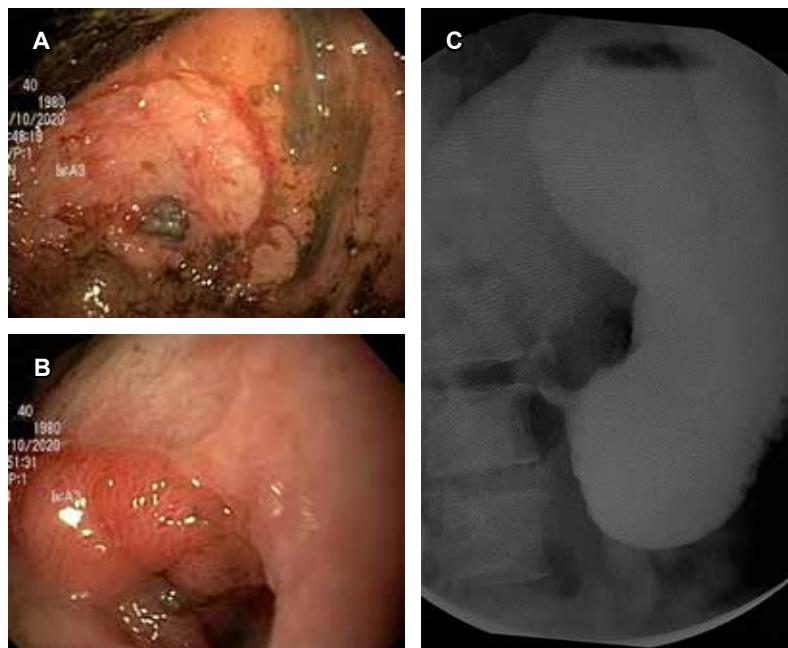


Figura 1:

Imágenes endoscópicas de porción antral gástrica. Se observa: en (A) zona de ulceración desde la incisura angularis hasta el píloro, con sangrado; en (B) estenosis pilórica; y en (C) sin permitir el paso del panendoscopio.

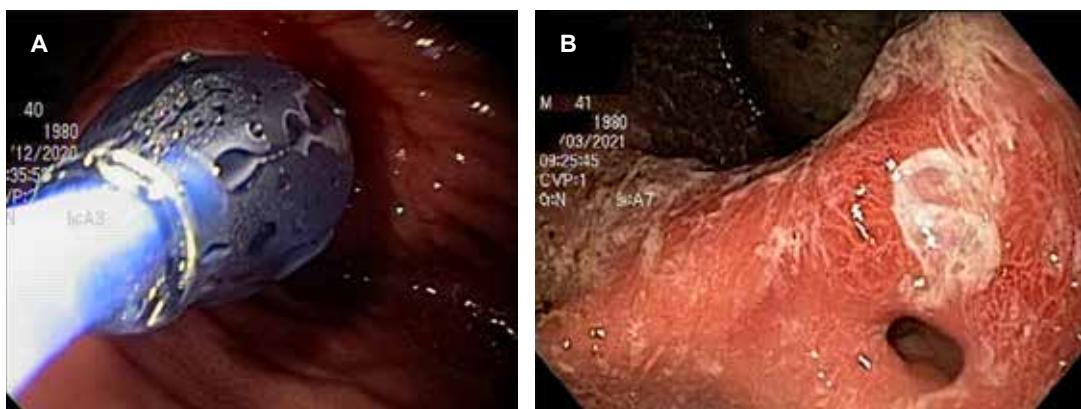


Figura 2: Imágenes endoscópicas de porción antral gástrica. A) Úlcera prepilórica Forrest III con bordes elevados eritematosos de aspecto inflamatorio, en menor medida que el estudio anterior, y estenosis puntiforme pilórica, por lo que se realizó dilatación hidroneumática. B) Disminución del tamaño de la úlcera ya en fase de cicatrización, adecuado paso del endoscopio a través del píloro a los tres meses.

de la úlcera sin observarse proceso neoplásico maligno activo (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

El linfoma MALT gástrico asociado a *H. pylori* es muy poco frecuente. La mayoría asientan en el estómago, menos del 8% en duodeno. Los síntomas son insidiosos, inespecíficos y dependen de la localización y la rapidez de crecimiento; varían desde asintomáticos a síntomas obstructivos.³ Su tratamiento no ha sido bien establecido; ante invasión locorregional, la erradicación del *H. pylori* puede lograr la remisión completa. La radioterapia es alternativa en pacientes que no responden al tratamiento. La cirugía en este tipo de tumores es más frecuente que en otras localizaciones debido a obstrucción, perforación o hemorragia.⁴ El caso presente respondió al tratamiento conservador con erradicación y dilataciones hidroneumáticas endoscópicas. El pronóstico del linfoma MALT⁵ reporta supervivencia a los cinco años del 55-79%, puede recidivar con potencial para extensión sistémica y transformación en linfoma de alto grado.

CONCLUSIÓN

El linfoma MALT gástrico asociado a *H. pylori* es muy poco frecuente y requiere alto grado de sospecha, habitualmente responde a erradicación de *Helicobacter pylori*.

REFERENCIAS

1. Teco-Cortes J, Grube-Pagola P, Alderete-Vázquez G. Linfoma gástrico primario. Serie de 28 casos: ¿es el linfoma MALT el único que se presenta? *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2017; 47 (4): 307-310.
2. Mantis AA, Boziki M, Grigoriadis N, Papavassiliou AG. *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer biology: tempering a double-edged sword. *Cell Mol Life Sci*. 2019; 76 (13): 2477-2486.
3. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S. Primary gastric lymphoma, epidemiology, clinical diagnosis, and treatment. *Cancer Control*. 2018; 25 (1): 1073274818778256.
4. López-Zamudio J, Ramírez-González LR, Núñez-Márquez J, Fuentes Orozco C, González Ojeda A, Leonher-Ruezga KL. Perforación gástrica Por Linfoma Malt. Reporte de Caso. *Cir Cir*. 2015; 83 (3): 217-221.
5. Cheng Y, Xiao Y, Zhou R, Liao Y, Zhou J, Ma X. Prognostic significance of helicobacter pylori-infection in gastric diffuse large B-cell lymphoma. *BMC Cancer*. 2019; 19 (1): 842. doi: 10.1186/s12885-019-6067-5.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx