



Linfoma plasmablástico del canal anal simulando absceso rectal

Plasmablastic lymphoma of the anal canal simulating an anorectal abscess

Óscar Álvarez López,* Korel Antonio Hernández López,†
Miriam Margarita Zambrano Ayala,§ Miguel Ángel Zaragoza Mendieta¶

Citar como: Álvarez LÓ, Hernández LKA, Zambrano AMM, Zaragoza MMÁ. Linfoma plasmablástico del canal anal simulando absceso rectal. Acta Med GA. 2025; 23 (5): 467-469. <https://dx.doi.org/10.35366/121187>

Resumen

El linfoma plasmablástico es una variante poco común de los linfomas de células B grandes, se presenta en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Reportamos un caso poco común de linfoma plasmablástico anorrectal en un paciente de 36 años de edad con reciente diagnóstico de VIH, presentándose clínicamente como un absceso anorrectal.

Palabras clave: linfoma plasmablástico, VIH, absceso anorrectal.

Abstract

Plasmablastic lymphoma is an uncommon subtype of diffuse large B-cell lymphoma seen in patients with human immunodeficiency virus infection. We report a rare case of plasmablastic lymphoma in the anal canal of a 36-year-old with a recently diagnosed HIV infection; clinically, it presents as an anorectal abscess.

Keywords: plasmablastic lymphoma, HIV, anorectal abscess.

INTRODUCCIÓN

El linfoma plasmablástico es una variante poco común de los linfomas de células B grandes, de naturaleza agresiva.^{1,2} Presenta una incidencia reportada en algunas series en 2.6% de todos los linfomas,¹ la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del linfoma plasmablástico lo enlista como linfoma de la cavidad oral, sin embargo, se han reportado diversos casos con afectación extraoral, dentro de éstos, la presentación anorrectal continúa siendo poco común.¹⁻⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 36 años con reciente diagnóstico por VIH, que acude por dolor en la región perianal de un mes de evolución.

A la exploración física se encuentra una tumoración anal de 15 × 9 cm eritematosa, ulcerada e indurada, con edema isquiorrectal, perineal y de la región escrotal. Con salida de material purulento isquiorrectal derecho y perineal (*Figura 1*), se complementa exploración con tacto rectal y posterior proctosigmoidoscopia hasta 12

* Médico residente de cirugía general, Hospital General de Occidente. Zapopan, Jalisco. ORCID: 0000-0002-4665-6190

† Médico residente de cirugía general, Hospital General de Occidente. Zapopan, Jalisco. ORCID: 0000-0001-9069-2175

§ Cirujana general y coloproctóloga, Hospital Angeles Del Carmen. Zapopan, Jalisco.

¶ Cirujano general y laparoscopista, Hospital Angeles Del Carmen. Zapopan, Jalisco.

Correspondencia:

Dr. Óscar Álvarez López

Correo electrónico: alvarez.lopez.o13@gmail.com

Recibido: 30-07-2024. Aceptado: 28-10-2024.

www.medigraphic.com/actamedica



cm después del margen anal en donde se observan plexos hemorroidales internos congestivos, trayecto fistuloso anterior y lateral en el radio de las 11 a dos centímetros del margen anal.

Para complementar la exploración, se solicitó una tomografía abdominopélvica (*Figura 2*) que evidenció infiltración a nivel de la región perineal con medidas de $15.3 \times 9.3 \times 11.6$ cm de bordes lobulados y mal definidos, así como

una colección extensa que afecta el piso pélvico, región perianal y el margen escrotal posterior.

En las pruebas de laboratorio destacó la carga viral de 142,000 copias y CD4 de 198 células/mm³. Se realizó intervención quirúrgica con drenaje y colocación de setón en el trayecto fistuloso y toma de biopsias. El estudio histopatológico y la inmunohistoquímica demostraron positividad para CD-138, *Múltiple Myeloma*



Figura 1:

Tumoración anal ulcerada.

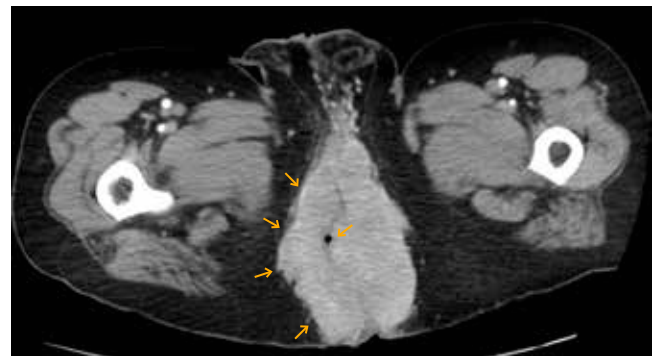


Figura 2: Tomografía abdominopélvica. Se observa tumoración a nivel de la región perineal de $15.3 \times 9.3 \times 11.6$ cm con bordes lobulados y mal definidos, asociada a colección extensa que afecta el piso pélvico (flechas).

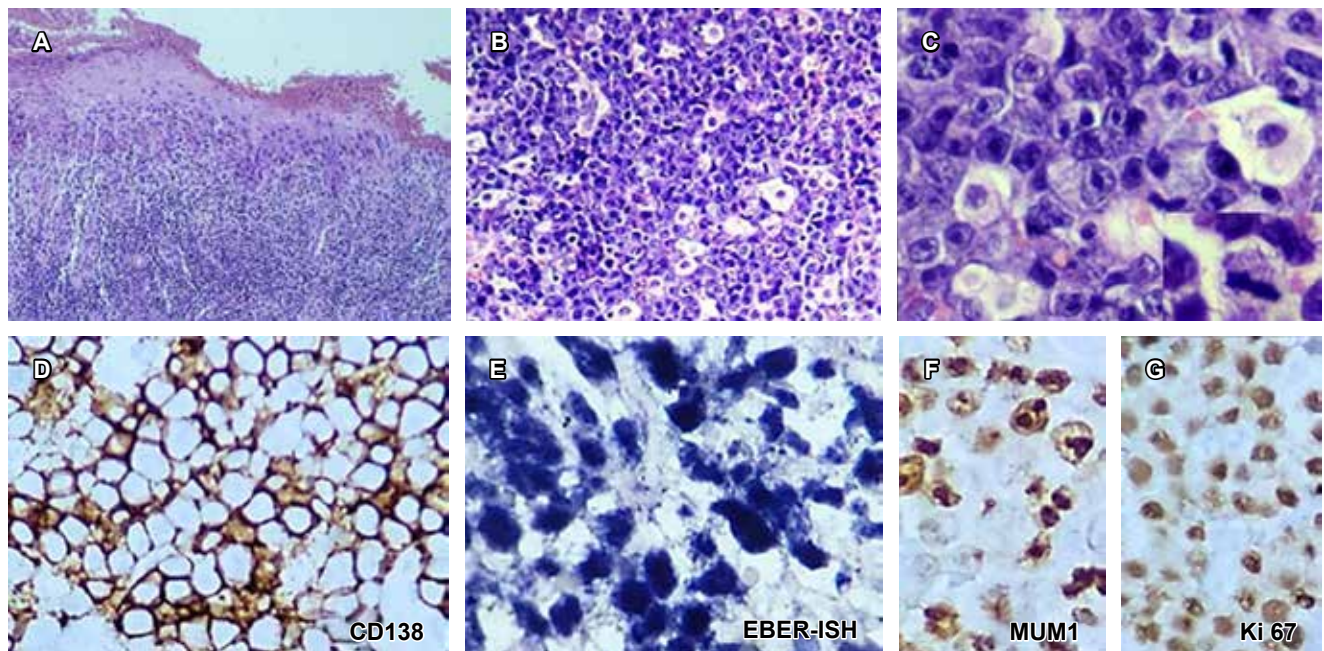


Figura 3: Microfotografías: cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina con infiltrado difuso de células linfoides grandes con citoplasma abundante y nucleolos prominentes, con numerosas mitosis atípicas, (A) aumento 10x. (B) aumento 40x. (C) aumento 100x. (D) inmunoreactividad positiva para anticuerpo contra CD-138. (E) inmunoreactividad positiva EBER-ISH. (F) inmunoreactividad positiva MUM1. (G) inmunoreactividad positiva en el 75% de los núcleos contra Ki 67.

Oncogene 1 (MUM-1) y *Epstein-Barr Virus encoded RNA* (EBER-ISH), así como CD20(-), CD 30(-) y Ki67 > 90%, diagnosticándose así linfoma plasmablastico del canal anal (Figura 3).

Se inició tratamiento antirretroviral con darunavir/cobicistat y dolutegravir y quimioterapia DA-EPOCH. Tras cuatro meses de seguimiento se logró reducción de la masa tumoral en un 70%. El paciente falleció al año de seguimiento por neumonía atípica.

DISCUSIÓN

El linfoma plasmablastico fue descrito en 1997 y se incluyó en la clasificación de la OMS en 2008⁵ como una variante del linfoma difuso de células B grandes, diferenciándose por la no expresión de CD-20 y por la expresión de marcadores de células plasmáticas como CD-138 y MUM-1.^{1,5} El diagnóstico, en este caso, se realizó de forma definitiva mediante inmunohistoquímica.

La afectación extraoral es rara y se presenta en el 30-50% de los casos,⁴ mientras que la afectación anal es una presentación aún más rara con 11 casos reportados en la literatura.² El pronóstico es malo a largo plazo, con una supervivencia menor a 12 meses.⁵ En la actualidad no existe consenso del tratamiento estándar, opciones terapéuticas incluyen esquemas de quimioterapia como CHOP, DA-EPOCH, hiper-CVAD y CODOX-M/IVAC.^{1,5}

CONCLUSIÓN

El hallazgo de una masa en la región anal en pacientes con VIH debe despertar la sospecha de malignidad y ésta debe incluirse como diagnóstico diferencial, por lo que la toma de biopsia debe ser una práctica común en estos escenarios clínicos.

REFERENCIAS

1. Castillo JJ, Reagan JL. Plasmablastic lymphoma: a systematic review. *ScientificWorldJournal*. 2011; 11: 687-696. doi: 10.1100/tsw.2011.59.
2. Tavora F, Gonzalez-Cuyar LF, Sun CC, Burke A, Zhao XF. Extra-oral plasmablastic lymphoma: report of a case and review of literature. *Hum Pathol*. 2006; 37 (9): 1233-1236. doi: 10.1016/j.humpath.2006.04.009.
3. Lopez-Iniguez A, Llamas-Covarrubias MA, Navarro-Blackaller G, Velez-Gomez E, Gonzalez-Hernandez LA, Campos-Loza AE et al. Rectal plasmablastic lymphoma in HIV/AIDS: two cases. *World J Oncol*. 2013; 4 (1): 54-57. doi: 10.4021/wjon627w.
4. Bricman L, Yengue P, Misco C, Junius S, Waignein F, Vandenbulcke JM. Rectal plasmablastic lymphoma in Epstein Barr virus positive and human immunodeficiency virus negative subject after external radiation therapy for prostatic cancer. *Acta Gastroenterol Belg*. 2021; 84 (4): 663-665. doi: 10.51821/84.4.018.
5. Mai B, Wang W, Lin M, Hu S, Wang XI, Chen L et al. HIV-associated plasmablastic lymphoma in the era of HAART: a single-center experience of 21 patients. *AIDS*. 2020; 34 (12): 1735-1743. doi: 10.1097/QAD.0000000000002590.

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