

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume **10**

Número
Number **3**

Septiembre-Diciembre
September-December **2004**

Artículo:

Linfoma de células B de tipo Burkitt,
primario de colon

Derechos reservados, Copyright © 2004:

Otras secciones de
este sitio:

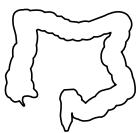
- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com



Linfoma de células B de tipo Burkitt, primario de colon

Dr. Daniel Guerra Melgar,* Dr. Alejandro Inda Toledo,* Dr. José Raúl Saavedra Shimidzu**

* Cirujano Coloproctólogo.
** Anatomopatólogo.

Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”. Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México.

Dirección para correspondencia:
Dr. Daniel Guerra Melgar
Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa. Servicio de Cirugía. Unidad de Coloproctología.
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México.

Resumen

Se trata de paciente del sexo femenino de 18 años de edad, edo. civil soltera, trabajadora doméstica; que acude al Hospital “Rafael Pascacio Gamboa” de Tuxtla Gutiérrez Chis.” por presentar “masa” tumoral. AHF sin importancia para el padecimiento actual. PA lo inicia hace 3 meses con astenia, adinamia, palidez de tegumentos y dolor en hemiabdomen derecho, acompañándose de irregularidad en el hábito intestinal, baja de peso (5 kg), anorexia, acudiendo a su localidad a consulta con facultativo quien instituye tratamiento a base de vitaminas y hierro. A la exploración se palpa “masa” tumoral en abdomen localizada en flanco e hipocondrio derecho, de consistencia firme dolorosa a la movilización por maniobras externas, peristalsis aumentada; extremidades torácicas y pélvicas adelgazadas, tacto vaginal se omite; resto de exploración normal. **Diagnóstico y resultados:** Análisis clínicos (BH; EGO, TP, TTP, QS, grupo y factor Rh). La Hb 7.4 y tipo “O” Rh (+), resto de los resultados dentro de parámetros normales, Rx, colon por enema, muestra defecto de llenado en colon ascendente; colonoscopia; confirma neoplasia exuberante muy irregular que ocupa el 90% de la luz del colon con zona de erosión y amplia ulceración. El tejido se aprecia pétreo midiendo 8 cm aprox. No permite el paso a ciego, se toman biopsias múltiples. **Tratamiento:** 24 h antes del tratamiento cuadro agudo, dolor intenso, náuseas, vómito, deshidratación leve a moderada. Y se maneja con soluciones parenterales, SNG y ayuno, por último presenta datos francos de abdomen agudo, por lo que se pasa a quirófano de urgencias para laparotomía exploradora, efectuándose; hemicolectomía derecha con ileo-transverso anastomosis en un plano. **Hallazgos:** Asas de intestino delgado dilatadas, intususcepción a 30 cm de la válvula ileocecal, necrosis ileo-ileal, ciego y colon ascendente con procesos neoplásicos. **Evolución posoperatoria:** Fístula uretero- herida abdominal, se maneja con sonda de Foley se negativiza a los 7 días, resto de la evolución dentro de lo normal, aumenta de peso, Hb de 12.5 y se incorpora a sus labores cotidianas. **Diagnóstico definitivo:** Reporte de patología; linfoma de células B de tipo Burkitt, primario de colon.

Palabras clave: Linfoma, células B, Burkitt, primario de colon, hemicolectomía.

Abstract

Patient of 18 year-old female, status Single, domestic worker; who went to the Hospital “Rafael Pascacio Gamboa” of Tuxtla Gutiérrez Chis. because of “Mass” tumorous. FAH not significant for the current suffering. AC it has begun 3 months ago with asthenia, weakness, paleness of teguments and pain in right Hemiabdomen, accompanying of irregularities in the habit intestinal, lost of weight (5 kg). Anorexy. She went for medical consultation on her neighbourhood, were she had treatment with the help of vitamins and iron. To the exploration it was felt “mass” tumorous in abdomen located in flank and right hypochondrium, of painful firm consistency to the mobilization for external maneuvers, active bowel sounds; extremities thoracic and pelvic lost weight, vaginal tact was omitted; rest of normal exploration. **Diagnose and results:** Clinical analysis (BH, EGO, TP, TTP, QS, Group and Factor Rh). The Hb 7.4 and Type “O” Rh (+), Subtract of the results inside normal parameters, Rx, Colon for enema, showed defect of having filled in upward colon; Colonoscopy: it confirmed very irregular exuberant neoplasy; that occupies 90% of the light of the colon with erosion area and wide ulceration. The tissue it is appreciated stony measuring 8 cm approx. It doesn't allow the step to cecum, multiple biopsies were taken. **Treatment:** 24 h before the treatment she present; sharp pain intense nausea, vomit, light dehydration to moderate. And it is managed with solutions parenterals, NGP. Fast lastly she presents frank data of sharp abdomen for those that she spends to operating room of urgency for laparotomy exploring being made; right hemicolectomy with ileo-transverse anastomosis in one layer. **Findings:** Extensive handles of small bowel, Intussusceptions to 30 cm of the ileocecal valve, necrosis ileo-ileal, cecum and upward colon with process neoplastics. **Postoperative evolution:** Fistula abdominal wound-uretero, is managed with probe of Foley that negativist to the 7 days, rest of the evolution inside the normal thing, gains weight, Hb of 12.5 g and she incorporates to their daily activities. **Diagnose definitive:** Report of histopathology, Lymphoma of cells B of type Burkitt, primary of colon.

Key words: Lymphoma, cells B, Burkitt, primary of colon, hemicolectomy.

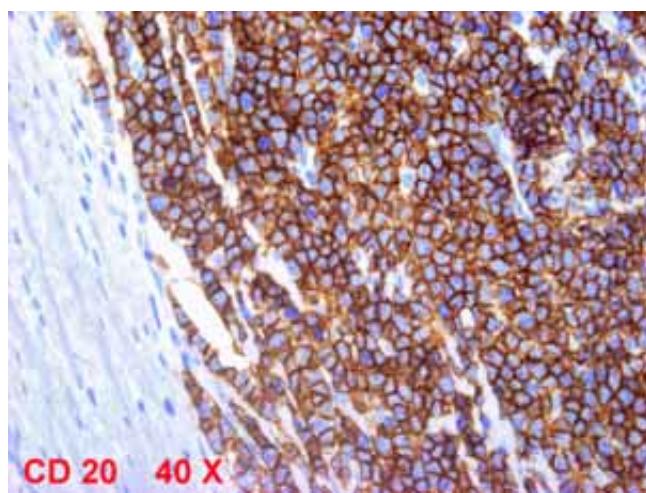


Figura 1. Imagen microscópica de células B del linfoma.



Figura 2. Área de necrosis intestinal por intususcepción.



Figura 3. Imagen de macrofotografía del segmento de la intususcepción.



Figura 4. Fotografía transoperatoria del área de intususcepción intestinal íleo-íleal.



Figura 5. Imagen de colonoscopio se visualiza el linfoma en la región ceco-ascendente.

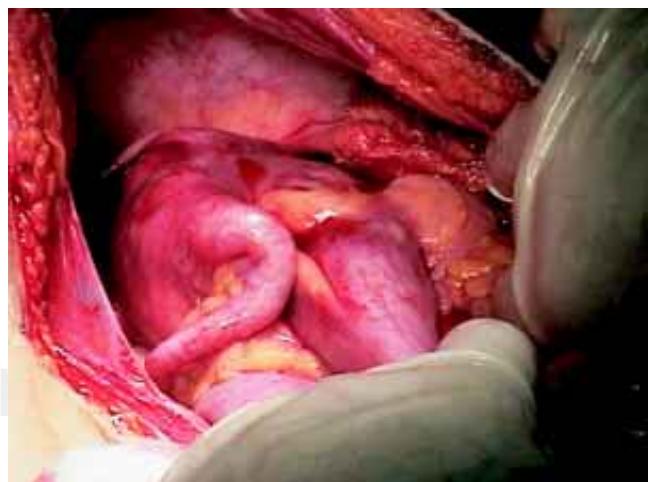


Figura 6. Imagen transoperatoria del linfoma ceco-ascendente.



Figura 7. Macrofotografía corte sagital del linfoma donde se observa la estenosis.



Figura 8. Fotografía transoperatoria de la pieza quirúrgica de la hemicolectomía derecha.

Ingresa al Hospital Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”, de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el día martes 6 de julio del 2004, para protocolo de estudios, por presentar masa abdominal en flanco derecho, pérdida de peso y anemia (Hb 7.4) al Servicio de Cirugía.

Se trata de femenino de 18 años de edad, de medio socioeconómico bajo, sin antecedentes previos relevantes, labora en medio rural, de oficio trabajadora doméstica, soltera, con AGO. Menarca 12^a, ciclos regulares 28x4, eumenorreica, G0, P0, C0. A0, FUR 30 junio 2004.

Sin antecedentes heredofamiliares de importancia.

PA: Refiere inicia 3 meses atrás, con cansancio y fatiga fácil, palidez y dolor en hemiabdomen derecho, con evacuaciones alternando entre blandas y formadas, cursando a veces con algunos días de estreñi-

miento. Ocasionadamente heces oscuras comenta haber visto. Refiere se agrega disminución de peso en últimos 2 meses, de aproximadamente 5 kg, y disminución del apetito, por lo que fue manejada en su comunidad a base de vitaminas y hierro, sin mejoría del cuadro, por lo que es referida a nuestro hospital, al realizarle detección de masa en flanco derecho, dolorosa.

A la exploración física. Paciente de edad aparente menor a la cronológica, adelgazada y con palidez generalizada, que a la exploración se encuentra cabeza y cuello normal, sin adenopatías cervicales. Tórax simétrico, con movimientos de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares limpios y ventilados, RsCs rítmicos, de buena intensidad y frecuencia.

Abdomen blando, doloroso a palpación media y profunda de hipocondrio y flanco derecho, en donde se palpa masa de consistencia firme, de 4 x 8 cm, no adherida a planos profundos, desplazable, doloroso a la movilización, sin cambios tróficos en la piel. Peristalsis presente, ligeramente aumentados.

No se encuentran adenopatías inguinales. Al tacto rectal, ámpula vacía, sin lesiones aparentes ni huellas de sangrado.

Tacto vaginal se omite.

Extremidades adelgazadas, con ROT conservados y presentes, arcos de movilidad adecuados.

Se ingresa y se solicitan exámenes de laboratorio, en donde se documenta Hb 7.4, resto dentro de parámetros normales. EGO, TP, TTP, PFH, QS, grupo y Rh (O rh positivo).

Trae reporte de que le realizaron colon por enema (no trae placas RX), en donde el radiólogo refiere defecto de llenado en colon ascendente, considerando la posibilidad de neoplasia colónica.

Con lo anterior, se programa a colonoscopia, el cual se realiza el 8 de julio del 2004, con hallazgo en el segmento medio inferior de colon ascendente de neoplasia exuberante, muy irregular que ocupa la luz colónica en un 90% con zonas de erosión y amplia ulceración. El tejido se aprecia pétreo en algunas zonas y dicha lesión se extiende longitudinalmente aproximadamente 8 cm, y no permitiendo avance hasta el ciego. Se toman múltiples biopsias.

A los 3 días después de colonoscopia, estando la paciente internada y en espera de realizarle TAC abdominal y de ser transfundida, presenta cuadro doloroso abdominal tipo cólico, intenso, se agrega náuseas y vómito, siendo manejada con ayuno, SNG y analgésicos, sin mejoría, presenta datos de deshidratación, por lo que se maneja líquidos parenterales, persistiendo en siguientes 24 h sin mejoría, con empeoramiento de sus condiciones generales e hidro-

electrolíticas, con drenaje por SNG de 2,500 cc en 24 h, de tipo intestinal, y a la exploración presenta datos fracos de abdomen agudo, por lo que se decide el día 12 de julio 2004, manejo quirúrgico de urgencia, realizándole laparotomía exploradora, encontrándose dilatación de asas intestinales de delgado, localizando intususcepción intestinal 30 cm antes de la válvula ileocecal, con datos de necrosis en asa intususceptada (ileo-ileal), además se identifica ciego y colon ascendente con proceso neoplásico, por lo cual se decide de realizar resección intestinal de intestino delgado (área intususceptada) con extensión a colectomía derecha, con anastomosis de íleon a colon transverso en un plano, se transfunde durante transoperatorio 2 unidades de paquete globular y finaliza con paciente estable.

Su evolución posoperatoria fue adecuada, presentando a los 7 días de PO salida por herida abdominal líquido cetrino, que se corrobora se trata de orina, por lo que se coloca sonda Foley, con lo que disminuye el gasto por la herida, y en los siguientes 7 días se negativiza el gasto urinario. Se egrera en buenas condiciones, con tolerancia adecuada y se envía a la consulta externa.

Se recibe reporte de patología, con Dx de linfoma de células B de tipo Burkitt, primario de colon, por lo cual se envía a hematología, en donde actualmente está siendo manejada con quimioterapia, y sus condiciones actualmente son buenas, con ganancia de peso, Hb actual de 12.5, buen apetito y reincorporada a sus labores habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett MH, Farrer-Brown G, Henry K, Jelliffe AM. Classifications of non-Hodgkin's lymphoma. *Lancet* 1974; 2: 405-406.
2. Contryre K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1980; 191: 593-598.
3. Kaufman Z, Eliashiv A, Shpitz B, Witz M, Griffel B, Dinbar A. Primary gastrointestinal lymphoma. A Review of 21 cases. *J Surg Oncol* 1984; 26: 17-21.
4. Masaon DY, Comans-Bitter WM, Cordell JL, Verhoeven MAJ, Van Dongen JJM. Antibody L26 recognizes an intracellular epitope on the B-cell-associated CD20 antigen. *Am J Pathol* 1990; 136: 1215-1222.
5. Novak S, Caraveo J, Trowbridge AA, Peterson RF, White RR. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. *South Med J* 1979; 72: 1154-1158.