

ONCOLOGÍA

LINFOMA GÁSTRICO MALT

Jose Pablo Jiménez Trigueros*

SUMMARY

The stomach is the most frequent site of extranodal lymphoma. Gastric lymphoma MALT (mucosa associated lymphoid tissue) is when a proliferation of B cells exist in the gastric glands with the association of groups called “lymphoepitelials”. MALT is typically a low grade, B-cell neoplasia and has a direct relationship with the infection of *H. pylori*. the clinical presentation is poorly specific, symptoms ranging from vague dyspepsia to alarm symptoms. The first line treatment is the triple antibiotic therapy for eradication of *H. pylori*, with a

overall 5-year survival ranging from 75% to 90%.

INTRODUCCIÓN

El estómago es el sitio de más de la mitad de los linfomas gastrointestinales y es el órgano más comúnmente involucrado en linfomas extranodales. Los linfomas no-Hodgkin (LNH) representan aproximadamente 5% de los tumores gástricos malignos, de manera que actualmente su diagnóstico se encuentra en aumento considerable.. Es importante realizar una distinción entre linfoma gástrico primario y secundario. El linfoma primario

se define cuando los síntomas iniciales son de tipo gástrico y el estómago es el órgano principal o únicamente involucrado, de otra forma se trataría de un linfoma tipo secundario en el cual existe invasión gástrica producto de un linfoma sistémico. Prácticamente la mayoría de los linfomas gástricos se derivan de linfocitos tipo B, la neoplasia de células tipo T es extremadamente rara (5). El término de linfoma gástrico tipo “MALT” es el acrónimo de “tejido linfoide asociado a mucosas” (mucosa associated lymphoid tissue, en inglés); término introducido por Isaacson y Wight en 1983 (6). Aproximadamente

veinte años después de su primera publicación se identificó este tipo de patología como un subtipo distinto de linfoma no Hodgkin con un patrón histológico y clínico característico (3). Se diagnostica más frecuentemente a partir de los 50 años, con un predominio de los varones sobre las mujeres de 1,7:1. En el momento de su diagnóstico es un tumor de bajo grado en un 70-85% de los casos. Se encuentra ubicado preferentemente en el antro en un 41% y puede ser multifocal hasta en un 33% (4).

PATOLOGÍA

Los linfomas gástricos derivados de linfocitos tipo B se dividen en dos tipos: aquel tipo MALT el cual corresponde a un 50% de los linfomas gástricos y el difuso de células grandes B (1). El linfoma de la zona marginal (usualmente llamado MALT) es típicamente una neoplasia de bajo grado (50%), caracterizado por un infiltrado linfoideo denso compuesto de pequeños linfocitos que invaden y destruyen las glándulas gástricas, de manera que se crea una lesión “linfoepitelial”, la cual es patognomónica del linfoma (7). Debido a que la submucosa gástrica no contiene tejido linfoide en condiciones normales, se ha planteado que el desarrollo de tejido linfoide semejante a las placas de Peyer en el intestino

delgado ocurre en respuesta a la infección con *H. pylori*. La mayor parte de las observaciones acuerdan una relación causal entre la infección crónica con *H. pylori* y el desarrollo de linfoma (2). Al igual que se ha descrito en pacientes con adenocarcinoma gástrico, en regiones geográficas con una alta prevalencia de *H. pylori* también se ha reportado una alta incidencia de linfoma gástrico. La infección con este microorganismo se ha notado que precede el desarrollo del linfoma tipo MALT (10). De esta manera la infección por algunas cepas de *H. pylori* en pacientes con predisposiciones previas desencadena el desarrollo de linfoma gástrico debido a una compleja interacción entre la cepa específica del microorganismo y el huésped (12).

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA

En la mayor parte de los casos el linfoma gástrico MALT se comporta como una enfermedad indolora. Su presentación clínica es pobremente específica con un cuadro clínico que varía desde dispepsia intermitente, epigastralgia, hasta síntomas de mayor alarma como sangrado digestivo alto o vómitos persistentes. Los síntomas tipo B (fiebre, sudoración

nocturna y pérdida de peso) son extremadamente raros. De esta manera el linfoma gástrico MALT usualmente se diagnostica posteriormente a la realización de una endoscopía digestiva alta realizada por síntomas dispépticos leves (9). Al realizar los estudios endoscópicos suele verse en orden de frecuencia como una lesión ulcerada, polipoidea o en forma de múltiples hemorragias petequiales. La realización de ultrasonido endoscópica es importante para lograr determinar la infiltración del linfoma en la pared gástrica y la presencia de nódulos linfáticos (8).

TRATAMIENTO

Debido a su relación cercana con la infección por *H. pylori*, su tratamiento consiste en la triple terapia antibiótica para erradicación de *H. pylori* como tratamiento de primera línea. Con este tratamiento se han descrito regresiones de linfomas MALT de bajo grado desde un 70 a 100% de los casos (11). El tiempo promedio para lograr la respuesta completa es de 5 meses. Los factores determinantes de remisión adecuada en este tipo de pacientes son los siguientes: estadio de la neoplasia, profundidad de infiltración en la pared gástrica, presencia de mutaciones genéticas, localización en el estómago y

etnicidad del paciente. En los casos de linfomas de alto grado que existe falla terapeútica a la triple terapia antibiótica se recomienda esquemas de radiación y quimioterapia, y en casos seleccionados cirugía. La sobrevida a 5 años libre de enfermedad varía desde 75% hasta 90% (10).

CONCLUSIONES

El linfoma gástrico tipo MALT es una patología oncológica que debe tenerse en cuenta al momento de estudiar a un paciente por una posible neoplasia gástrica. Su presentación clínica es muy semejante a la de la mayoría de neoplasias gástricas y su tratamiento radica actualmente en la erradicación del *H. pylori* con muy buena sobrevida a largo plazo.

RESUMEN

El estómago es el sitio más común de presentación de linfomas extranodales. El linfoma gástrico tipo MALT (asociado a tejido linfoide de mucosas) es aquel en el cual existe una proliferación

de linfocitos en las glándulas gástricas y conlleva a las lesiones denominadas "linfoepiteliales". Típicamente es una lesión de linfocitos tipo B de bajo grado y se encuentra estrechamente relacionado con la infección por *H. pylori*. Su presentación clínica es muy inespecífica desde dispepsia leve hasta síntomas más severos. El tratamiento de primera línea consiste en la triple terapia antibiótica para erradicación de *H. pylori*, la cual ha mostrado tasas de sobrevida a 5 años desde 75% hasta 90%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baena, J et al Linfomas MALT gástricos: evaluación de las alteraciones morfológicas asociadas de la mucosa Rev Esp Patol 2004; 37:195-204.
2. Cavana, L et al High grade B-cell gastric lymphoma with complete pathologic remission after eradication of *Helicobacter pylori* infection: report of a case and review of literature. World J Surg Oncol 2008;6:35.
3. Cohen S et al Non Hodgkin's Lymphoma of Mucosa-Associated Lymphoid Tissue The Oncologist 2006; 11: 1100-1117.
4. Ferucci, F et al Primary gastric lymphoma pathogenesis and treatment: what has changed over the past 10 years? British Journal of Haematology 2006; 136: 521-538
5. Ferreyra, P et al Linfoma MALT gástrico: Revisión Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 119. 2002.
6. Isaacson, P Gastric lymphoma and *Helicobacter pylori* N Eng J Med 1994; 330 (18): 1310.1311
7. Isaacson, P et al Update on MALT lymphomas Best Pract Res Clin Haematol. 2005; 18: 57-68
8. Lymphoma Association Gastric MALT Lymphoma Lymphoma Association Update. 2014
9. Moreira, F et al Linfoma Gástrico MALT Rev Esp Enferm Dig 2013, 105: 303.
10. Montalban, C et al Gastric B-cell mucosa associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma: clinicopathological study and evaluation of the prognostic factors in 143 patients. Ann Oncol 1995; 6 (4): 355-362
11. Psyrri, A et al Primary extranodal lymphomas of stomach: clinical presentation, diagnostic pitfalls and management. Ann Oncol 2008; 19: 1992-1999.
12. Zullo, A et al Gastric MALT Lymphoma Annals of Gastroenterology 2014; 27: 1-7

Obituario

*REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA
pasa por la honda pena de comunicar al cuerpo médico
costarricense, la pérdida irreparable de los siguientes
distinguidos colegas médicos:*

Dr. Adrian Herrera Castro

Dr. Johnny Eduardo Aguilar Incera

Dr. Alfredo Antonio Gómez Granados

Dr. José Félix Baltodano Escobar

Dr. Francisco Javier Díaz Marin

Dr. Alejandro Mayer Reimer

Dr. José Joaquín Amador Herrera

Dr. Fernando Francisco Quintana López

Dr. Francisco Fernando García Miranda

Dra. Diana Ramírez Fernández

Dr. Gerardo Calvo Sánchez

Dra. Catalina Sanabria Vega

*Comunicamos en nombre de nuestra REVISTA MÉDICA y de la
ASOCIACIÓN COSTARRICENSE DE MÉDICOS JUBILADOS
nuestro más sensible pésame, a todos sus familiares y amigos y
les deseamos resignación en esta hora desafortunada.*

*Dr. Manuel Zeledón Pérez
Director*

