

LINFOMAS PRIMARIOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

Revisión de 21 casos, 1959 - 1978

BLANCA PINEDA DE TORTELLO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

Sección de Radioterapia

BOGOTA, D.E., 1981

CONTENIDO

INTRODUCCION

MATERIAL Y METODOS

3

RESULTADOS

4

A. Sexo, edad y localización

4

B. Cuadro clínico, métodos diagnósticos

4

1. Linfoma gástrico

5

2. Linfoma de intestino delgado

5

3. Linfoma de intestino grueso

6

C. HISTOPATOLOGIA

7

D. TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA

7

1. Linfoma gástrico

7

2. Linfoma de intestino delgado

8

3. Linfoma de intestino grueso

10

DISCUSION

12

CONCLUSIONES

18

RESUMEN

20

BIBLIOGRAFIA

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos por su colaboración y orientación a los doctores ARMANDO GAITAN GAITAN, Jefe de la Sección de Radioterapia, por la revisión y aporte científico; ALVARO ROSAS A., Radioterapeuta, por su asesoría y FANNY DIAZ, Patóloga, por la revisión histológica del material.

LINFOMAS PRIMARIOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL
Revisión de 21 casos, 1959 - 1978

(*) Doctora BLANCA PINEDA DE TORTELLO

INTRODUCCION

El primer informe de linfomas primarios del tracto gastrointestinal (LGI) fué presentado por Curveilhier en 1829 (citado por Novak). Más tarde Dawson define los criterios clínicos para establecer ese diagnóstico:

a) Lesión primaria localizada en la pared intestinal o que se extiende a su lumen, b) Con o sin compromiso ganglionar del segmento intestinal sólomente, c) Conteo blanco normal, d) Ausencia de ganglios linfáticos mediastinales o periféricos agrandados (18).

Los linfomas del tracto gastrointestinal son relativamente infrecuentes; la mayoría de los autores informan un 1-4% de las enfermedades malignas del tracto intestinal y tienen un pronóstico más favorable que el carcinoma correspondiente (4, 16, 20). En general, el tumor es de ligera preponderancia masculina y ocurre más comunmente entre los 50 y 70 años (4, 11, 18). Su localización

(*) Residente de Radioterapia, Instituto Nacional de Cancerología.

más frecuente varía con la edad: en adultos es en estómago y en niños en intestino delgado; el colon es el menos afectado (11,18). Los hallazgos clínicos no difieren significativamente de aquellas otras neoplasias del tracto gastrointestinal y el diagnóstico es difícil de establecer antes de la exploración quirúrgica (16). El tratamiento más acertado es la cirugía radical seguida de radioterapia, aconsejada en 1932 por Ullman y Aberhouse, con lo cual se ha conseguido una mejor supervivencia; esta es mejor que la de los linfomas originados en otros sitios debido a su posible origen unicéntrico (20).

No se disponen de conclusiones definitivas concernientes al reconocimiento óptimo y al tratamiento de los LGI debido a la falta de estudios cooperativos grandes y a la rareza de la enfermedad. Las decisiones terapéuticas actuales están basadas en la experiencia personal y en la información escogida de las experiencias retrospectivas de la literatura (20).

El presente trabajo es una revisión retrospectiva de esta entidad en los últimos 20 años en el Instituto Nacional de Cancerología (INC) para conocer la experiencia en el diagnóstico y manejo de los LGI. En esta serie se practicó la revisión histológica en los 21 casos, utilizando la clasificación de Rappaport, por uno de los miembros del Departamento de Patología del INC.

MATERIAL Y METODOS

En el período 1959-1978 se diagnostican en el INC 1920 casos de linfomas, de los cuales 74 estaban codificados como primarios del tracto gastrointestinal. Al revisar estas historias sólo 36 casos se ajustaban a la definición ya señalada de LGI. Únicamente a 21 casos (de los 36) se les logró revisar las láminas histológicas y clasificar según Rappaport. Este grupo de 21 casos constituye el objeto del presente estudio, analizando varios aspectos como son: sexo y edad de los pacientes, evolución, localización, cuadro clínico, métodos diagnósticos, histopatología, tratamiento, mortalidad y supervivencia.

RESULTADOS

A. SEXO, EDAD Y LOCALIZACION.

Los 21 casos incluyen los siguientes sitios primarios de compromiso: estómago 3, intestino delgado 10, intestino grueso 8. La serie incluye 14 hombres y 7 mujeres, cuyas edades oscilan entre 4 y 61 años con un promedio de 24 años; la relación hombre-mujer es 2:1. Las dos terceras partes aproximadamente afectaron las dos primeras décadas de la vida (Tablas 1 y 2, Fig. 1).

B. CUADRO CLINICO - METODOS DIAGNOSTICOS.

Los hallazgos clínicos por localización se resumen en la Tabla 3.

1. Linfoma gástrico.

En dos pacientes se conoce el tiempo de evolución, el cual fué de 7 y 12 meses respectivamente en el momento de la primera consulta. En todos los casos se presentaron náuseas y vómito; ardor epigástrico y anorexia en dos; en uno hubo pérdida de peso; un caso presentó melenas. Ninguno acusó diarrea o fiebre.

El estudio radiológico se hizo en los tres casos; en dos se diagnosticó posible neoplasia, en el restante síndrome pilórico parcial. La endoscopia digestiva alta se efectuó en un caso, con toma de biopsia que fué informada como "Adenocarcinoma mal diferenciado de estómago". El diagnóstico preoperatorio de linfoma no se hizo en ninguno de los tres pacientes.

2. Linfoma de Intestino Delgado.

En ocho pacientes se conoce el tiempo de evolución que fluctuó de pocos días a 12 meses en el momento de la primera consulta. El síntoma más común fué el dolor abdominal presentándose en 5 de los pacientes; la pérdida de peso no cuantificada en 3 casos; la diarrea y la fiebre fueron los síntomas menos frecuentes. En 6 casos imperó cuadro clínico de obstrucción intestinal; en cinco de los cuales se palpó masa abdominal.

En tres pacientes se hizo estudio radiológico preoperatorio-

rio; en dos consistió en abdomen simple que confirmaron el cuadro clínico de obstrucción intestinal; en el otro paciente, el colon por enema mostraba rechazo del sigmoide por masa extrínseca. En ningún caso se hizo diagnóstico preoperatorio de linfoma. La Figura 2 representa la pieza quirúrgica de uno de los casos que se intervino por obstrucción intestinal.

3. Linfoma de Intestino Grueso.

Es el segundo sitio de localización más frecuente de nuestra serie. En 7 de los 8 casos se conoce el tiempo de evolución, el cual varió de pocos días a 6 meses. El síntoma más frecuente fué dolor abdominal anotado en 5 pacientes; la pérdida de peso y la diarrea siguieron en frecuencia, presentándose ambos en dos pacientes; en ningún caso hubo fiebre. Se palpó masa abdominal en 4; se atendieron por cuadro obstructivo a tres pacientes. El estudio radiológico sólo se practicó en dos pacientes: Uno evidenció masa abdominal en ciego; el otro es el caso de una niña de 8 años de edad quien consultó por protrusión de masa rectal y rectorragia, la rectosigmoidoscopia mostró poliposis de rectosigmoide y las radiografías de colon por enema confirmó dicho hallazgo. Los pólipos fueron electrofulgurados y durante el mismo acto quirúrgico se resecó un tumor sésil de 2 cms. de diámetro a 5 cms. del reborde mucocutáneo. El informe histológico de este espécimen fué de linfosarcoma indiferenciado.

C. HISTOPATOLOGIA.

Los tipos histológicos de linfoma en cada localización se representan en la Tabla 4. El linfoma linfocítico difuso mal diferenciado fué el tipo más común y constituyó el 81% (17/21) del total, de los cuales 1 estaba localizado en estómago, 9 en intestino delgado y 7 en intestino grueso. De los 17 casos, 2 fueron compatibles con linfoma de Burkitt, ambos localizados en íleon. Los cuatro casos restantes fueron linfoma linfocítico difuso, de los cuales 2 estaban localizados en estómago, 1 en intestino delgado y el otro en intestino grueso. En la Figura 3, se muestra la pieza quirúrgica y la histología correspondiente de un caso de linfoma mixto de estómago.

D. TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA.

Analizaremos estos dos aspectos de acuerdo con cada localización. Lo relacionado con el tratamiento quirúrgico ha sido resumido en la Tabla 6.

1. Linfoma Gástrico.

Los tres pacientes de linfoma gástrico fueron llevados a laparotomía para gastrectomía radical subtotal; uno de ellos tenía compromiso ganglionar; en otro se encontró compromiso multifocal del órgano. Todos recibieron cobaltoterapia post-operatoria, en dosis entre 1.500 a 4.150 rads.

Un caso, con compromiso ganglionar, abandonó el tratamiento a los 1.500 rads, regresando 24 meses después con recidiva epigástrica, se le trató entonces con RX profundos por campos localizados 3.700 rads y la paciente se perdió de seguimiento con evidencia de enfermedad 10 meses después. El segundo caso también se perdió con evidencia de enfermedad 5 meses después del tratamiento; el tercero recibió quimioterapia con arabinósido C de la citosina, ciclofosfamida y prednisona (un ciclo) muriendo seis meses después por septicemia.

2. Linfoma de Intestino Delgado.

Los 10 pacientes con linfomas en intestino delgado fueron laparotomizados, 6 por cuadro de obstrucción intestinal; en uno de estos se encontró invaginación y en otro perforación. De los diez, 8 tenían compromiso ganglionar. Todos recibieron radioterapia post-operatoria, 7 con cobalto y 3 con RX profundos, en dosis entre 1.700 y 4.000 rads; tres pacientes abandonaron el tratamiento y a uno le fué suspendido por fístula colcutánea. Tres pacientes recibieron además quimioterapia: uno recibió ciclofosfamida, arabinósido C de la citosina y prednisona (3 ciclos) por ensanchamiento mediastinal cinco años después de terminada la radioterapia; otro recibió ciclofosfamida y 5-FU (2 ciclos) más radioterapia paliativa encefálica por metástasis cerebrales; el restante recibió ciclofosfamida, vincristina y prednisona (1 ciclo) por diseminación de su enfermedad. Todos abandonaron la quimioterapia.

Cinco pacientes murieron durante el tratamiento o poco después del mismo debido a su enfermedad; tres figuran perdidos pocos meses después del tratamiento, uno de los cuales sin enfermedad. Sólo 2 pacientes se encuentran vivos: Uno es el caso de un niño de 4 años quien hizo cuadro de obstrucción intestinal; se laparotomizó encontrándose tumor en íleon con compromiso ganglionar. Se le practicó resección intestinal con anastomosis término-terminal; recibió cobaltoterapia post-operatoria, 3.000 rads en 8 semanas. Los controles fueron satisfactorios hasta septiembre de 1975 cuando aparece enfermedad mediastinal evidenciada por RX de tórax; recibió entonces quimioterapia a base de ciclofosfamida, arabinósido C de la citosina y prednisona (3 ciclos), la cual abandona y se pierde de control. En enero de 1980 se vuelve a controlar encontrándose asintomático y sin evidencia de enfermedad tanto clínica como paraclínicamente. El otro caso es un hombre de 48 años quien en junio de 1972 presentó cuadro de obstrucción intestinal con signos radiológicos de perforación; fué laparotomizado encontrándose tumor en íleon con perforación; se le practicó resección intestinal con anastomosis término-terminal. Recibió cobaltoterapia hasta 3.000 rads en 7 semanas; quince meses después se encontró cuadro de hipertensión endocraneana por metástasis comprobadas con arteriografía y gamagrafía cerebrales; recibió entonces cobaltoterapia encefálica paliativa hasta 3.300 rads en 4 semanas y quimioterapia con ciclofosfamida y 5-FU (2 ciclos). Su último control en febrero de 1981 estaba asintomático y libre de enfermedad.

3. Linfoma de Intestino Grueso.

De los ocho pacientes con linfoma en intestino grueso, 6 fueron laparotomizados; tres de ellos por cuadro obstructivo y tres por masa abdominal palpable; ninguno tuvo diagnóstico preoperatorio de linfoma. Cinco pacientes tenían compromiso ganglionar y uno compromiso hepático.

De los seis laparotomizados a 4 se les practicó hemicolectomía derecha, a uno de los cuales se le hizo además biopsia hepática. A los 2 restantes se les practicó resección de ciego.

Los otros dos casos de linfoma de intestino grueso estaban localizados en recto, llegándose al diagnóstico por medio de biopsias a través de endoscopia. Uno recibió cobaltoterapia mediante campos pélvicos de 20 por 15 cms. hasta 4.320 rads en 6 semanas; el otro rechazó el tratamiento.

Todos los casos laparotomizados recibieron radioterapia post operatoria en dosis entre 1.020 y 4.740 rads; de éstos, 3 pacientes reciben irradiación mediastinal con fines profilácticos. Dos pacientes recibieron quimioterapia: Uno por recidiva local (quien había recibido cobaltoterapia, 4.000 rads en 8 semanas), a base de arabinósido C de la citosina, ciclofosfamida y prednisona (3 ciclos); el otro por metástasis pulmonares con ciclofosfamida (3 ciclos).

De los ocho pacientes con linfoma primario en intestino

grueso, 4 aparecen muertos, de los cuales 2 en los primeros trece meses después del tratamiento y los otros 2 a los 27 y 36 meses. Dos pacientes aparecen perdidos, uno con enfermedad porque rechazó el tratamiento y el otro a los trece meses libre de enfermedad. Unicamente 2 pacientes se encuentran vivos; uno es un niño de 7 años a quien se laparotomizó por cuadro abdominal agudo en marzo de 1966, encontrándose masa perforada en ciego y compromiso ganglionar regional. Se le practicó hemicolectomía derecha; su histología correspondió a linfoma linfocítico difuso mal diferenciado. Recibió irradiación post-operatoria, 3.820 rads en 8 semanas con RX profundos mediante campos romboidales. Continuó con controles clínica y paraclínicamente satisfactorios, siendo el último en julio de 1980. El otro caso es una niña de 7 años a quien se llevó a cirugía en febrero de 1968 por presentar dolor abdominal persistente y masa abdominal palpable; se le encontró masa en ciego con invaginación del mismo en colon ascendente y ganglios regionales comprometidos. Se practicó resección cecal con resultado histológico de linfoma linfocítico difuso mal diferenciado. Recibió irradiación abdominal, 4.700 rads por campos romboidales con refuerzo en 9 semanas e irradiación profiláctica sobre mediastino y fosa supraclavicular izquierda. Clínica y paraclínicamente se encuentra libre de enfermedad en su último control en enero de 1979.

DISCUSION

Un pequeño porcentaje de los linfomas se origina en tejido extranodal; los sitios más comunes de origen son: estómago, intestino delgado, hueso y piel (7). Como puede verse, el tracto gastrointestinal es el sitio más común de compromiso extranodal (14), sin embargo esta localización constituye sólo del 1 al 4% de todas las enfermedades malignas gastrointestinales (4, 16, 20). En nuestra serie, el 2.4% de todos los linfomas en el período de estudio tenían esta localización (36/1920), constituyendo a su vez el 1.2% de todos los tumores malignos en ese mismo período (36/3034). Hay preponderancia masculina (2:1) y las edades más afectadas fueron la primera y segunda década de la vida que corresponden a los dos tercios de los 21 casos analizados; la sexta década sigue en tercer lugar. El ileon y el ciego fueron los segmentos intestinales más atacados, seguidos del estómago y el recto.

Con relación a éstos tópicos, Gutiérrez y col. (9) señalan mayor frecuencia en hombres, 2.5:1. Naqui y col anotan mayor frecuencia masculina; la edad más afectada es la sexta década de la vida y el estómago el órgano más frecuentemente comprometido (61%), seguido de intestino delgado (27.5%) y el intestino grueso (11.5%) en su serie de 162 casos. Lewin y col señala las siguientes cifras: estómago 48%, intestino delgado 37% y región ileocecal 13%; informa que en intestino delgado, el íleon es la región más comprometida. Esto concuerda con nuestra serie, aunque difiere notablemente con las otras localizaciones: estómago 14.4%, intestino delgado 47.6% e intestino grueso 38%. No hubo ningún caso de esófago al igual que en otras series de la literatura.

Los LGI se presentan como lesión única, la múltiple es infrecuente; tiene una incidencia en general de 10 a 21% (14). En la serie de Lewin y col ésta fué de 8%. En los casos del INC sólo se presentó un caso de localización multifocal en estómago.

La incidencia informada de compromiso ganglionar es del 40-50%. Algunos señalan que el 49% están localizados (estado Ie) y el 34% tienen compromiso ganglionar (estado IIe); en el 18% de 75 casos bien documentados había diseminación en el momento del diagnóstico (14). En nuestra serie las cifras varían, pues de acuerdo a los mismos parámetros son: 38%, 52% y 10%.

El diagnóstico de LGI es difícil de establecer antes de la exploración quirúrgica; una masa grande palpable en pacientes asintomáticos sugiere un linfoma más que un carcinoma (16). Gutiérrez y col anotan que los síntomas y signos más importantes fueron: masa

palpable, dolor abdominal, vómito y oclusión. En nuestra revisión se confirman éstos hallazgos.

El diagnóstico radiológico de LGI es difícil. En una serie de 12 casos el 65% son indistinguibles de otras enfermedades neoplásicas y no neoplásicas del intestino delgado; en otra el estudio radiológico es diagnóstico de neoplasia y en el 80% de pacientes con linfoma gástrico, en el intestino delgado fué del 30% y de 80% en el intestino grueso. Varios hallazgos estuvieron presentes en los pacientes en quienes se hizo el diagnóstico preoperatorio de linfoma; estos incluyen: a) masa grande en relación a la severidad y duración de los síntomas, b) múltiples lesiones polipoides y c) ulceración extremadamente grande en neoplasias gástricas (16). Con relación a esto, a 8 de nuestros pacientes se les practicó estudio radiológico, de los cuales sólo 4 hacen el diagnóstico de neoplasia: 2 de tres en estómago, 1 de tres en intestino delgado y 1 de dos en intestino grueso.

Histológicamente el diagnóstico de linfoma es difícil de establecer por biopsia endoscópica, ya que es indistinguible del carcinoma mal diferenciado (14). Esto se presentó en uno de los tres pacientes con linfoma gástrico. La rectosigmoidoscopia-biopsia fué diagnóstica en los dos únicos casos de linfoma de recto, en uno de los cuales el diagnóstico fué un hallazgo ocasional.

Se ha encontrado asociado a LGI las siguientes enfermedades: colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca (14). Esta asociación no se presentó en ninguno de nuestros pacientes, sin embargo en uno de los dos casos de recto se asoció poliposis

intestinal. Igualmente hay informes de asociación de otras neoplasias con LGI (14). Lewin y col. encontraron esta asociación en 3 de sus 117 casos: dos en seno y uno en próstata. En nuestros 21 casos revisados sólo se encontró uno de carcinoma de endometrio, tratado dos años antes del diagnóstico de linfoma.

La cirugía radical con extirpación en bloque de los ganglios linfáticos regionales y la irradiación abdominal post-operatoria con campos amplios es el tratamiento de elección de los LGI (1, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 18, 20). Se recomienda la irradiación abdominal total por campos amplios para dar una dosis en línea media de 2.500 rads en 4-6 semanas con protección renal e irradiación adicional a masas residuales.

Jenkin en 121 casos de LGI en niños, recomienda una dosis de 2.500 rads en 28 días.

En nuestra serie con la excepción de dos casos, todos los pacientes fueron sometidos a cirugía radical; todos recibieron radioterapia abdominal, excepto uno que rechazó todo tipo de tratamiento. Diez y ocho pacientes fueron irradiados mediante campos romboidales (que excluye riñones, bazo, hígado y diafragma) y tan sólo dos recibieron tratamientos con campos abdominales totales (que incluye cápsulas diafragmáticas, goteras parietocólicas y fondo de saco de Douglas) con protección renal desde los 1.500 rads. Las dosis oscilaron entre 3.000 y 4.740 rads en 13 pacientes; los 7 restantes recibieron dosis más bajas a las recomendadas por abandono o suspensión del tratamiento. De los 20 casos tratados, dos recibieron las irradiaciones dentro de los primeros días después de la

cirugía; en 15, fué tardío (15 días a 4 meses); en 3 se desconoce. Se sabe que el pronóstico se ve seriamente afectado por la presencia de masas linfomatosas al iniciar la radioterapia (6). En nuestra serie 3 pacientes tenían recidiva tumoral palpable en el momento de iniciar las irradiaciones.

Aunque Lewin afirma que el tipo histológico no afecta significativamente el pronóstico, la mayoría de los autores sostiene que la enfermedad de Hodgkin y el linfoma linfocítico bien diferenciado tienen el mejor pronóstico, mientras que el linfoma linfocítico difuso mal diferenciado junto con el histiocítico evolucionan con pronóstico más desfavorable.(18). En esta serie no es posible correlacionar este hecho, ya que el 81% (17/21) correspondieron a linfomas linfocíticos difusos mal diferenciados y no se registró ningún caso de enfermedad de Hodgkin.

La supervivencia informada en la literatura fluctúa entre un 50 y 60% a 5 años en estados tempranos; es sombrío en estados tardíos. Así, Fu y Perzin afirman que ninguno de sus casos con enfermedad diseminada está vivo después de 2 años de diagnóstico. Nosotros encontramos una supervivencia de 35% (7/20) a 2 años y de 20% (4/20) a 5 años. Esta baja supervivencia podría explicarse por la concomitancia de varios factores: a) Localización. En el 57% (12/21) de nuestros pacientes el tumor estaba confinado a intestino delgado y recto que según Lewin son los de peor pronóstico, b) Tipo histológico. el 81% de los casos tenían histología desfavorable, c) Irradiación post-operatoria tardía. Sólomente 2 pacientes iniciaron radioterapia dentro de las dos semanas siguientes a la cirugía, d) Aplicación de campos de irradiación inadecuados, únicamente 2 pacientes recibieron irradiación abdominal total.

e) Abandono de tratamiento, f) Falla en el seguimiento de los pacientes.

CONCLUSIONES

Se enuncian tres aspectos principales importantes para mejorar las cifras de supervivencia de los pacientes con diagnóstico de LGI en nuestro medio:

1. Diagnóstico precoz.
2. El cirujano debe hacer una revisión exhaustiva de toda la cavidad abdominal para determinar extensión del tumor primario, compromiso ganglionar y compromiso visceral. En todos los casos debe marcar los sitios positivos con ganchos metálicos para orientación del tratamiento al radioterapeuta y practicar la exéresis del mayor volumen tumoral posible. Debe usar suturas de monofilamento que pueden dejarse in situ durante un tiempo más largo.
3. La radioterapia debe aplicarse por campos abdominales totales que incluyen cúpulas diafragmáticas, goteras parietocólicas y fon-

do de saco de Douglas con dosis adecuadas iniciadas tan pronto las condiciones post-operatorias del paciente lo permitan.

RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo sobre 21 pacientes vistos en el INC durante el período comprendido entre los años 1959 y 1978, con diagnóstico de linfoma primario gastrointestinal. Las localizaciones fueron 3 en estómago, 10 en intestino delgado y 8 en intestino grueso.

Usando la clasificación de Rappaport el linfoma linfocítico difuso mal diferenciado fué el de mayor incidencia (81%), dos de ellos compatibles con linfoma tipo Burkitt; el 19% restante correspondieron a histología de linfoma linfo-histiocítico. Se presentaron más frecuentemente durante la primera y segunda décadas de la vida con predominio del sexo masculino (2:1). El 38% de los linfomas estaban confinados a la viscera (Estado Ie), el 52% tenían compromiso ganglionar (Estado IIe), el 10% con enfermedad diseminada (Estados IIIe y IVe).

La supervivencia fué del 35% a 2 años y del 20% a 5 años. Se analizan los factores de mal pronóstico de éste grupo y se enuncian recomendaciones para el manejo futuro de los linfomas de origen gastrointestinal.

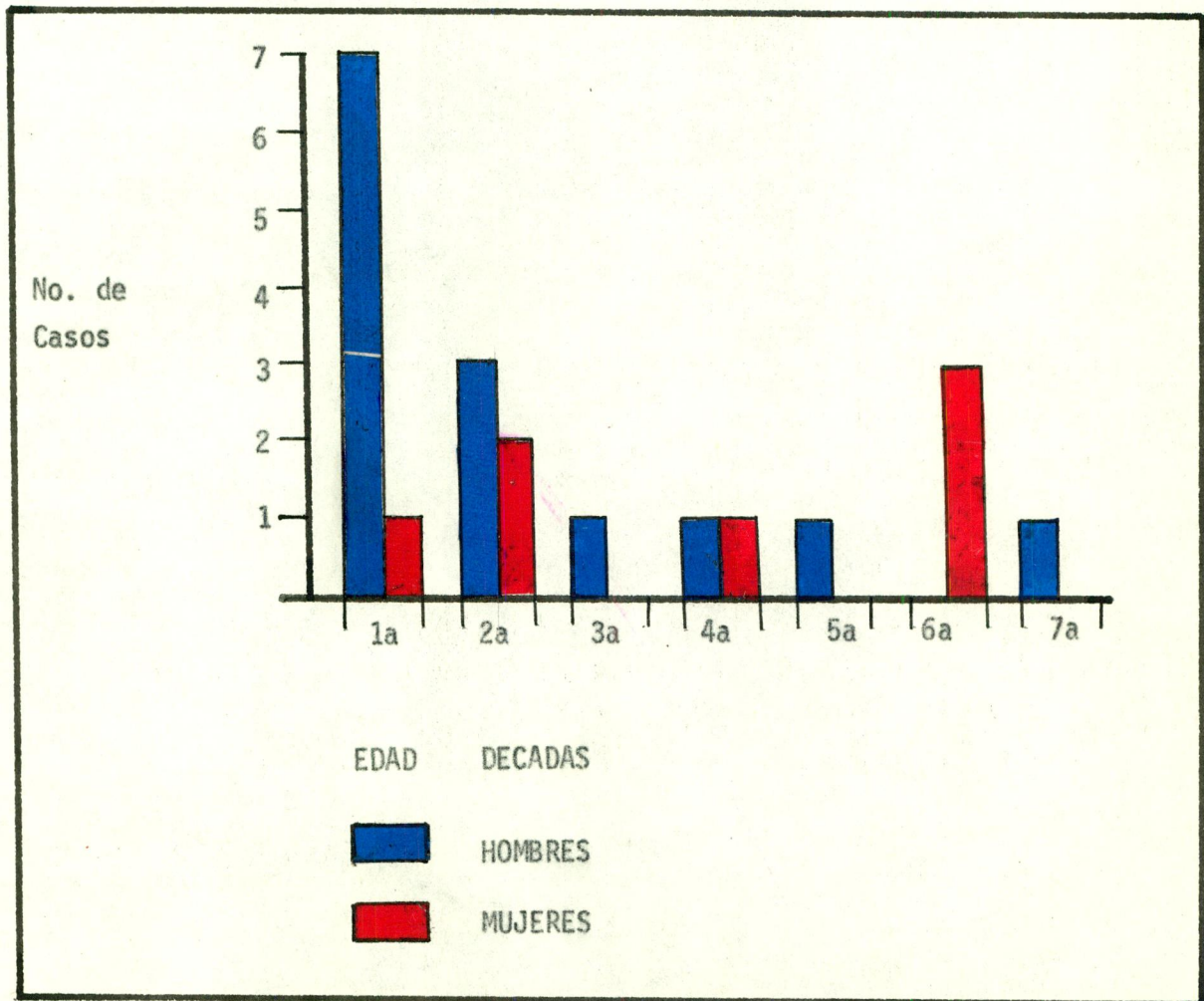
BIBLIOGRAFIA

1. BUSH RS, Ash CI. "primary lymphoma of the gastrointestinal tract". Radiology 92 (2):1349-54, May 69.
2. BONOMO L, Dammacco F, Marano R, Bonomo GM. "Abdominal lymphoma and Alpha chain disease. Report of three cases". Am J Med 52 (1):63-85, Jan 72
3. CARTER SK, Bakowsky MT, Hellman K. Chemotherapy of cancer. New York : John Willey and Sons, 1977. p.261-3.
4. CONNORS J, Wise L. "Management of gastric lymphomas". Am J Surg 127(1):102-8, Jan 74.
5. CUPPS RE, Hodgson JR, Dockerty MB, Adson MA. "Primary lymphoma in the small intestine. Problems of roentgenologic diagnosis". Radiology 92(2):1355-62, May 69.
6. DEMBO AJ. Factores pronósticos en el tratamiento de los linfomas. Conferencia presentada en el Congreso Interamericano de Radiología y Radioterapia. Cali,:1980.
7. FU YS, Perzin KH. "Lymphosarcoma of the small intestine. A clinico-pathologic study.. Cancer 29(3):645-59, Mar 72.
8. GOMEZ L, Peláez LN. "Linfosarcoma intestinal. Revisión de 1959-1974". Antioquia Med 5:381-88, 1976.
9. GUTIERREZ AR, Parra TA. "Linfosarcomas primarios de las vías digestivas". Temas escogidos de gastroenterología 5:157-73, 1960.
10. ISAACSON P, Wright DH, Path FRC, Mephram BL. "Primary gastrointestinal lymphomas. A classification of 60 cases". Cancer 43(5):1805-19, May 79.
11. JENKIN RDT, Sonley MJ, Stephens CA, Darte JMM, Peters MV. "Primary gastrointestinal tract lymphoma in childhood". Radiology 92(3):763-7, Mar 69.
12. JOHNSON RE. "Remisión induction and remission duration with primary radioterapia in advanced lymphosarcoma". Cancer 29(6):1473-6, Jun 72.

13. KELLUM JM, Jaffe BM, Calhoun TR, Bellinger WF. "Gastric complications after radiotherapy for Hodgkin's disease and other lymphomas". Am J Surg 134(3):314-7, Sep 77.
14. LEWIN KJ, Path MRC, Ranchod M, Path MM, Dorfman RF. "Lymphomas of the gastrointestinal tract. A study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease". Cancer 42(2):693-707, Aug 78.
15. LIM FE, Hartman AS, Tan EGC, Cady B, Meissner WA. "Factors in the prognosis of gastric lymphoma". Cancer 39(4):1715-20, Apr 77.
16. LOEHR WJ, Mujahed Z, Zahn D, Gray G, Thorbjarnarson B. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. A review of 100 cases". Ann Surg 170(2):232-8, Aug 69.
17. MILLON RR. "Non-Hodgkin's lymphoma. Textbook of radiotherapy. Philadelphia : Lea and Febiger, 1973. p.515-26.
18. NAQUI MS, Burrows L, Kark AE. "Lymphoma of the gastrointestinal tract. Prognostic guides based on 162 cases". Ann Surg 170(2): 221-31, Aug 69.
19. NISSAN S, Bar-Moar JA, Levy E. "Lymphosarcoma of the esophagus A case report". Cancer 34(8):1321-3, Oct 74.
20. NOVAK S, Caraveo J, Trowbridge AA, Peterson RF, White RRR, III. "Primary lymphomas of the gastrointestinal tract". South Med J 72:1154-8, Sep 79.
221. SHAHID MJ, Alami SY, Nassar VH, Balikian JB, Salem AA. Primary intestinal lymphoma with paraproteinemia". Cancer 35 (3):848-58, Mar 75.
22. SHANI A, Schutt AJ, Weiland LH. "Primary gastric malignant lymphoma followed by gastric adenocarcinoma. Report of 4 cases and review of the literature". Cancer 42(4):2039-44, Oct 78.
23. SULLIVAN MP. Linfoma no Hodgkiniano de la infancia. En: Oncología Clínica pediátrica / Sutow WW, Viett Tj, Fernbach E, editores. Barcelona : Labor, 1977. p.383-411.
24. VIRELLA G, Monteiro JMN, López-Virella MF, Soares AD, Fudenberg HH. Asynchronous development of two monoclonal proteins (IgM and Yi chains) in a patient with abdominal lymphoma". Cancer 39(5): 2247-53, May 77.

LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 1 Distribución por sexo y edad.



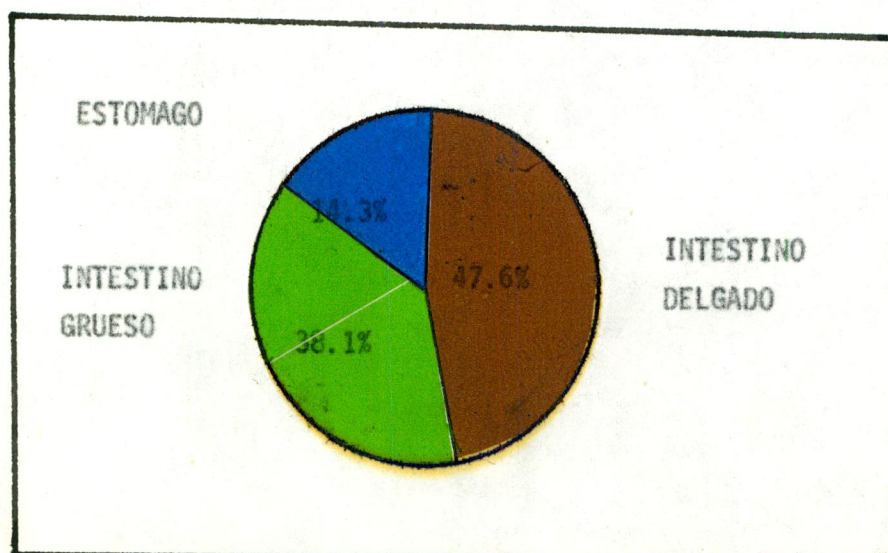
LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 2 Localización

1. ESTOMAGO		3
2. INTESTINO DELGADO		10
	YEUENO	2
	ILEON	8
3. INTESTINO GRUESO		8
	CIEGO	5
	ASCENDENTE	1
	RECTO	2

LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Figura 1 Localización



LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 3 Síntomas y signos.

Síntomas y signos	GASTRICO	INTESTINAL		
		DELGADO	GRUESO	T O T A L
Dolor abdominal	-	5	5	10
Pérdida de peso	1	3	2	5
Náuseas y vómito	3	1	-	1
Anorexia	2	-	-	-
Ardor epigástrico	2	-	-	-
Masa abdominal	-	5	4	9
Diarrea	-	1	2	3
Fiebre	-	1	-	1
Melenas	1	-	-	-
Rectorragia	-	-	1	1
Obstrucción	-	6	3	9

LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 4 Clasificación histológica (Rappaport)

1. <u>Estómago:</u>	
Linfoma linfocítico difuso mal diferenciado	1
Linfoma linfocítico difuso	2
2. <u>Intestino delgado:</u>	
Linfoma linfocítico difuso mal diferenciado	7
Linfoma linfocítico difuso mal diferenciado (compatible con BURKITT)	2
Linfoma linfocítico difuso	1
3. <u>Intestino grueso:</u>	
Linfoma linfocítico difuso mal diferenciado	7
Linfoma linfocítico difuso	1

LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 5 Clasificación clínica ("Ann Arbor")

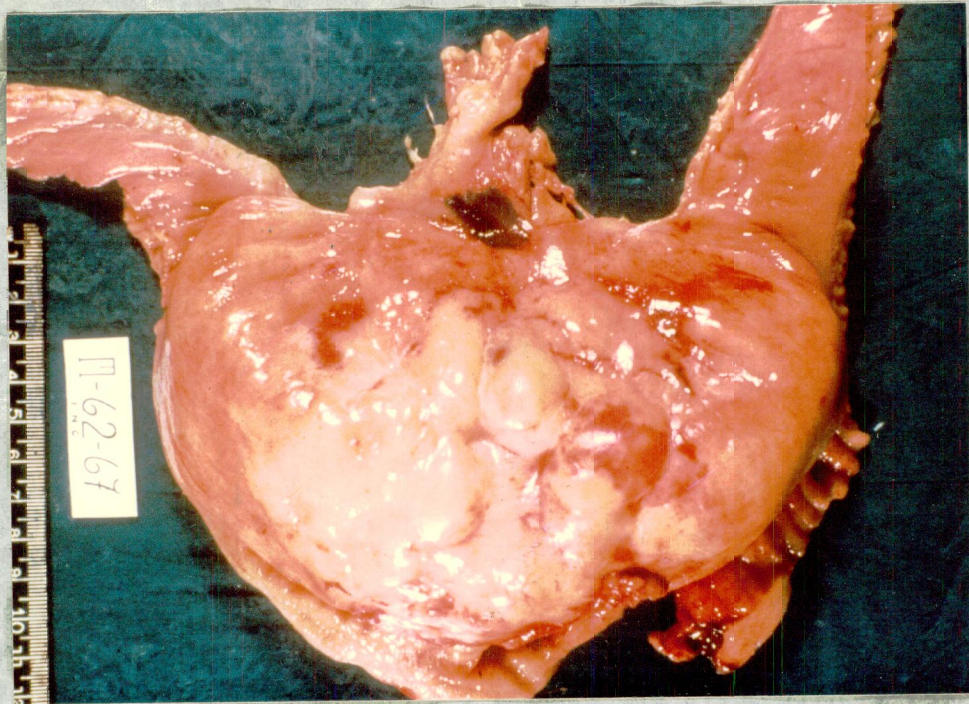
LOCALIZACION	E S T A D O S				TOTAL
	Ie	IIe	IIIe	IVe	
Gástrico	2	1	-	-	3
Intest. delg.	2	7	1	-	10
Intest. grueso	4	3	-	1	8
T O T A L	8	11	1	1	21
%	38	52	5	5	100

LINFOMAS PRIMARIOS GASTROINTESTINALES

Tabla 6 Tratamiento quirúrgico

1. <u>Estómago:</u>	
Gastrectomía radical subtotal	3
2. <u>Intestino delgado:</u>	
Resección intestinal	8
Resección intestinal, Omentectomía	1
Resección intestinal Esplenectomía, biopsia hepática, biopsia axilar	1
3. <u>Intestino grueso:</u>	
Hemicolectomía derecha biopsia hepática	1
Hemicolectomía derecha	3
Resección de ciego	2
Biopsias por endoscopia	2

A



B

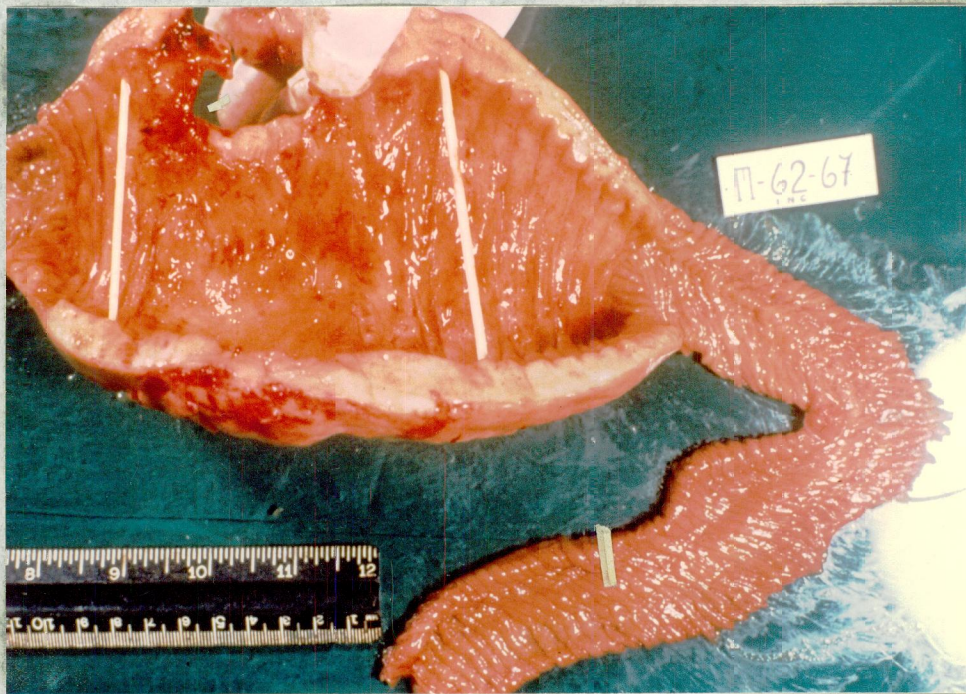


Fig. 2- Linfoma de intestino delgado.

- A- Aspecto externo. Obsérvese una masa multinodular blanquecina con áreas hemorrágicas; los extremos del intestino están libres de tumor macroscópicamente.
- B- Al corte, la pared intestinal muestra compromiso difuso infiltrativo linfomatoso con marcado engrosamiento de la pared.

7/14/87

- LINFOMA
- GASTROENTEROLOGIA
- ESTOMAGO
- INTestino DELGADO
- INTestino GRUESO
- LINFOMA LINFÓMATICO
- LINFOMA DE BURKITT.
- Inmunos de Tortello, Plaque.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002315