

EPISODIOS DE SUBOCLUSIÓN INTESTINAL DE CAUSA POCO FRECUENTE

J.M. Pérez-Pozo, F. Martínez-Alcalá, F. Martínez Alcalá-García

Centro Andaluz de Gastroenterología Integral. Sevilla.

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 60 años, con crisis suboclusivas de 2 años de evolución. En TAC de abdomen se aprecia una masa de 5 cm, que parece depender de asa intestinal de yeyuno, con adenopatías adyacentes a la lesión. Se realiza cápsula endoscópica, confirmando la presencia de una neoplasia en yeyuno distal-íleon proximal que retiene, pero finalmente permite el paso de la cápsula. El paciente es intervenido, resecando la lesión. La anatomía patológica mostró la existencia de un linfoma no Hodgkin de células B, tipo difuso, grado intermedio, posiblemente asociado a MALT. Los linfomas primarios de intestino delgado son lesiones raras. El dolor abdominal, obstrucción intestinal y pérdida de peso suelen ser los síntomas más frecuentes de presentación. La cápsula endoscópica juega un papel importante en el diagnóstico y manejo de estas lesiones.

Palabras clave: cápsula endoscópica, suboclusión intestinal, tumores de intestino delgado, linfoma no Hodgkin primario de intestino delgado, linfoma no Hodgkin difuso de células B.

Caso clínico

Paciente varón de 60 años, con antecedentes personales de alergia a pirazolonas y episodio de neumonía hacía un año. Refería cuadro de unos 2 años de evolución,

inicialmente intermitente y en los últimos 2 meses más continuo e intenso, de episodios de dolor epigástrico postprandial, distensión abdominal y vómitos que aliviaban el cuadro. Se acompañaba de pérdida ponderal de unos 12 Kg en estos dos meses. Exploración física sin hallazgos relevantes y sin evidencia de adenopatías periféricas. Aportaba ecografía y estudio esofagogastroduodenal baritado sin anomalías. En nuestro centro se realiza endoscopia oral, sin hallazgos relevantes y TAC de abdomen, apreciando una masa de 5 cm, bien definida, que depende de asa intestinal, con estenosis de la luz y adenopatías adyacentes a la lesión, la mayor de 2 cm. Ante estos hallazgos se decide la realización de cápsula endoscópica, que confirma la presencia, a nivel de yeyuno distal-íleon proximal, de una lesión de aspecto neoplásico, infiltrante, ulcerada y vegetante, que retiene la cápsula unas 5 horas, aunque finalmente permite su paso (**Figuras 1 y 2**). El paciente es intervenido mediante laparotomía media suprainfraumbilical, apreciando tumoración a nivel de yeyuno-íleon con importante componente ganglionar y discreta dilatación de cabo proximal a la estenosis. Se realiza resección del área tumoral, adenopatías de drenaje y segmento de 20 cm proximal al tumor, que se encuentra dilatado. La anatomía patológica indicó la presencia de un linfoma no Hodgkin de células B, tipo difuso, grado intermedio, posiblemente asociado a MALT. Posteriormente se completa estudio mediante TAC torácico, sin evidencia de adenopatías, y estudio de médula ósea, con celularidad normal. Se decide no realizar quimioterapia tras la cirugía, encontrándose tras un año de seguimiento sin signos de recidiva.

CORRESPONDENCIA

José Manuel Pérez Pozo
C/María Auxiliadora nº 7 pta 5.
Carmona 41410, Sevilla

jmperezpozo@terra.es

Comentarios

Aunque el tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuente de los linfomas no Hodgkin (LNH), éstos son entidades raras, suponiendo solo el 14 % de los



Figura 1

Imagen de cápsula endoscópica de lesión neoplásica en yeyuno distal-íleon.



Figura 2

Imagen de cápsula endoscópica de lesión neoplásica en yeyuno distal-íleon.

infrecuentes tumores de intestino delgado. El 60-80 % son de células B, siendo los de células T más raros y casi siempre asociados a una enteropatía por gluten^{1, 2}. Para que un LNH intestinal pueda ser considerado como primario, debe demostrarse la ausencia de adenopatías periféricas o en mediastino, el recuento leucocitario y la celularidad de la médula ósea deben ser normales, no debe existir afectación hepatoesplénica y si se visualizan adenopatías durante la laparotomía, deben ser exclusivamente locorregionales³. Los síntomas más frecuentes de presentación son el dolor

abdominal, obstrucción intestinal y pérdida de peso, siendo el íleon la localización más frecuente, aunque pueden ser multifocales hasta en un 50 % de los casos. El tipo difuso de células B es la variedad más frecuente en intestino delgado (55 %), a diferencia de la localización gástrica, donde predomina el linfoma de zona marginal tipo MALT⁴. El diagnóstico de los linfomas intestinales, como el del resto de los tumores de intestino delgado, puede resultar difícil, siendo la cápsula endoscópica una de las técnicas que ofrece mayor rentabilidad diagnóstica. En este sentido, en una serie reciente sobre 1332 cápsulas endoscópicas, se encontraron 57 neoplasias de intestino delgado (8 linfomas), de las cuales, sólo en 30 casos existía sospecha previa mediante otras pruebas de imagen⁵. En otra serie que analizaba 416 cápsulas endoscópicas, se encontraron 27 tumores de intestino delgado (1 linfoma), existiendo sospecha radiológica previa sólo en el 35 % de los casos⁶. Por otro lado, la cápsula endoscópica no sólo juega un papel importante para confirmar el diagnóstico, también es fundamental para descartar una afectación multifocal (no infrecuente en este tipo de lesiones), realizar un diagnóstico diferencial como otras entidades y de cara al seguimiento tras el tratamiento⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talamonti M, Goetz L, Rao S, Joehl R. Primary cancers of the small bowel. *Arch Surg.* 2002; 137:564-71.
2. Gill SS, Heumann DM, Mihos AA. Small intestinal neoplasms. *J Clin Gastroenterol.* 2001; 33:267-82.
3. Ha CS, Cho MJ, Allen PK, Fuller LM, Cabanillas F, Cox JD. Primary non Hodgkin lymphoma of the small bowel. *Radiology.* 1999; 211:183-7.
4. Yin L, Chen CQ, Peng CH. Primay small-bowel non Hodgkin's lymphoma: a study of clinical features, pathology, management and prognosis. *J Int Med Res.* 2007; 35: 406-15.
5. Cheung DY, Chang DK, Kim JO. Capsule endoscopy in small bowel tumors: a multicenter Korean Study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010; 25:1079-86.
6. Bailey AA, Debinski HS, Applevard MN. Diagnosis and outcome of small bowel tumors by capsule endoscopy: a three-center Australian experience. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101:2237-42.
7. Caunedo A, Rodríguez-Télez M, García-Montes JM. Utilidad de la cápsula endoscópica en pacientes con sospecha de patología de intestino delgado. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004; 96:10-21.