

Linfoma difuso de células grandes B primario del apéndice cecal: a propósito de un caso

RICARDO MONTALVÁN-DÁVILA,¹ ELMER LUNA-VILCHEZ²

RESUMEN

Los linfomas primarios del apéndice cecal son neoplasias extremadamente raras. Se reporta el caso de un linfoma primario de apéndice cecal en un varón de 60 años de edad. La apendicectomía se realizó bajo el diagnóstico de apendicitis aguda. Macroscópicamente se evidenció una pared apendicular difusamente engrosada de color blanco. Al examen microscópico se reveló un linfoma difuso de células grandes B asociado a un cuadro de periapendicitis aguda fibrinosa. Este caso enfatiza el valor del estudio histopatológico en los apéndices cecales.

Palabras claves: Linfoma; Linfoma no Hodgkin; Apendicitis.

ABSTRACT

Primary appendiceal lymphomas are exceedingly rare neoplasms. We report a case of primary appendiceal lymphoma in a 60-year-old man. Appendectomy was performed under diagnosis of acute appendicitis. Macroscopically a white diffusing thickened wall of the appendix was observed. Microscopic examination revealed a diffuse large B-cell lymphoma associated with fibrinoid acute periappendicitis. This case emphasized great value of detailed histopathologic examination of all appendices.

Key words: Appendix, lymphoma, appendicitis.

INTRODUCCIÓN

El linfoma maligno comprende 1% a 4% de las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal.⁽¹⁾ Los linfomas primarios de apéndice son neoplasias extremadamente raras. El primer caso de linfoma de apéndice cecal fue reportado por Warren, en 1898. La incidencia de linfoma primario de apéndice es

0,015% de todos los linfomas gastrointestinales.^(1,2) Algunos casos de linfomas de apéndice cecal corresponden a linfomas difusos de células B.^(1,3) Se reporta un caso de linfoma primario difuso de células grandes B, manifestado como un cuadro de apendicitis aguda en un paciente varón de 60 años.

REPORTE

Paciente varón de 60 años de edad, que es atendido en el servicio de Emergencia por presentar un cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha tipo cólico, fiebre, náuseas, vómitos e hiporexia de dos días de evolución. Al examen clínico se encontró McBurney y Blumberg positivos. No se encontraron linfadenopatías. Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis con desviación izquierda. Con el diagnóstico de apendicitis aguda complicada fue indicada la cirugía.

Los hallazgos intraoperatorios fueron los siguientes: peritonitis difusa en cuatro cuadrantes, líquido purulento de 500 mL. Apéndice cecal de 8 cm de longitud y 2 cm de diámetro, cubierto por un material de aspecto cerebroide. El meso del apéndice con edema 3+/3+. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

1. Médico Asistente del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo.

2. Médico Residente del Primer Año del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo.

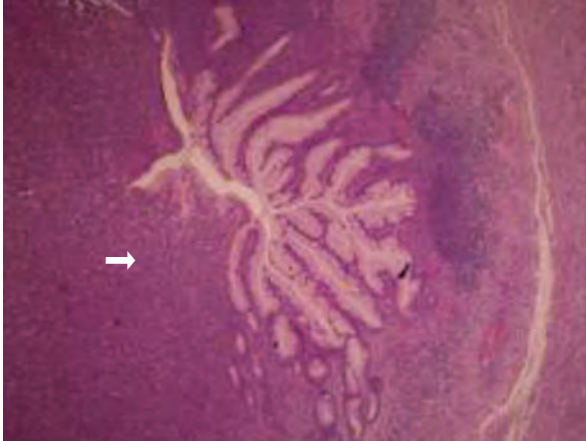


Figura 1. Mucosa apendicular infiltrada y parcialmente destruida por tumor (hematoxilina y eosina 40 X).

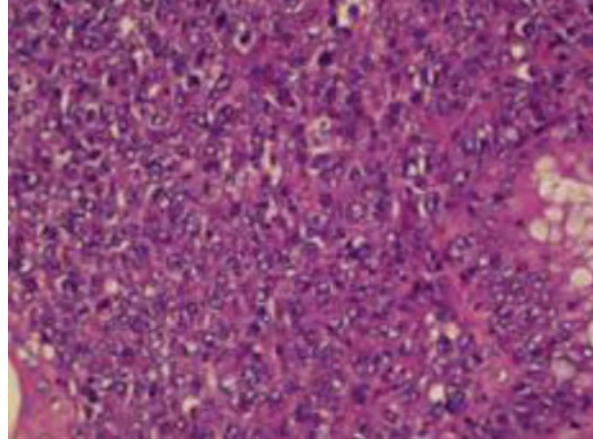


Figura 3. Células neoplásicas grandes, algunas mostrando mitosis y apoptosis, que infiltran el epitelio apendicular (hematoxilina y eosina 40 X).

La pieza quirúrgica llegó al servicio de Anatomía Patológica, donde se recibió un apéndice cecal aplastrado de 6 cm de longitud, y 3,5 cm de diámetro; superficie irregular de color gris con áreas de aspecto hemorrágico y adherencias fibrinoides en toda su extensión. La consistencia era firme. Al corte transversal se observó luz apendicular obliterada por tejido blanquecino homogéneo que se extendía a todo el espesor de la pared.

Al examen microscópico se observó un Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B primario de apéndice cecal asociado a periapendicitis aguda (Figura 4). La neoplasia comprometió el apéndice en toda su extensión y a todo el espesor de la pared (Figuras 1, 2 y 3). Los bordes quirúrgicos estaban comprometidos por la neoplasia. Las coloraciones de inmunohistoquímica dieron los siguientes resultados: ACL (Figura 5) y CD20 positivos (Figura 6); CD3 (Figura 7), panqueratina y cromogranina negativos.

DISCUSIÓN

El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más común de los linfomas.⁽²⁾ Los linfomas malignos comprenden de 1% a 4% de los cánceres en el tracto gastrointestinal⁽¹⁾, pero los linfomas del apéndice son extremadamente raros y a menudo se diagnostican después de la cirugía.^(3,4) Algunos estudios han demostrado que 0,015% de los linfomas gastrointestinales corresponden a linfomas primarios del apéndice.⁽²⁾ Los linfomas del tracto gastrointestinal se dividen en dos grupos: los linfomas de células B y células T.⁽⁵⁾ El linfoma difuso de células grandes B es el tipo histopatológico más común de los Linfomas no Hodgkin.^(4,6) Este tipo de linfoma puede ocurrir a cualquier edad desde la adolescencia hasta la ancianidad pero usualmente se presenta en la segunda a tercera década de la vida.⁽²⁾ Su incidencia es ligeramente superior en hombres que en mujeres y usualmente se asocia al sida.⁽⁶⁾ Generalmente, se manifiesta

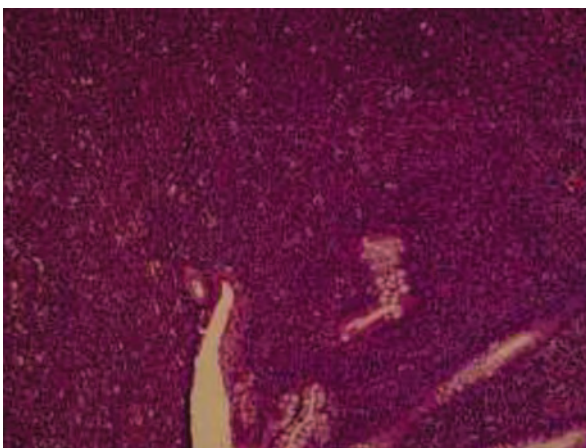


Figura 2. Neoplasia en relación con mucosa apendicular parcialmente destruida (hematoxilina y eosina 40 X).

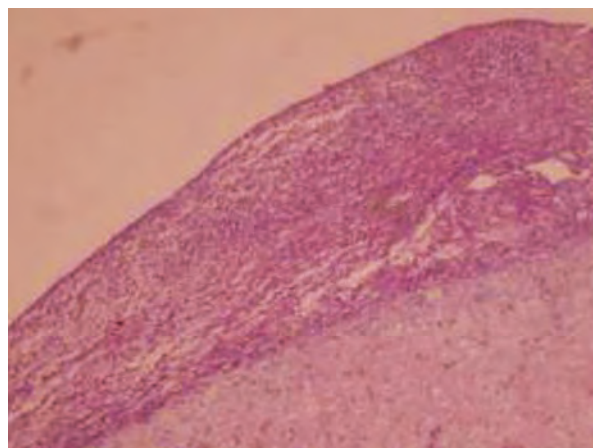


Figura 4. Periapendicitis aguda fibrinosa (hematoxilina y eosina 40 X).

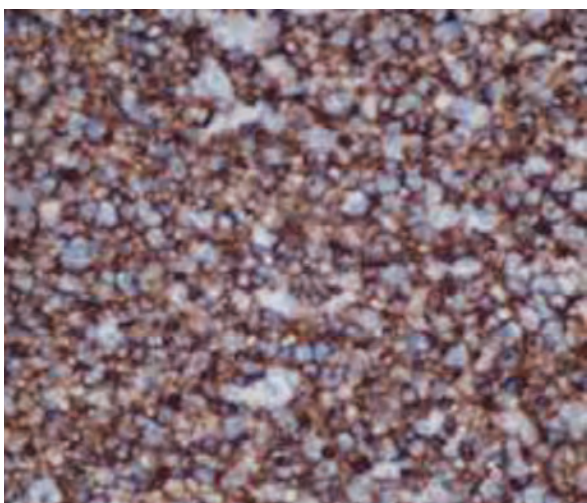


Figura 5. Células neoplásicas con reacción positiva para antígeno común leucocitario (ACL 400 X).

como una apendicitis aguda y a menudo es diagnosticada después de la cirugía con el estudio histopatológico.^(2,3,7) Debido a que el cuadro clínico es inespecífico y que el diagnóstico definitivo se da en el postoperatorio con el estudio histopatológico, es por eso que existe un retraso en el diagnóstico.⁽²⁾

La mayoría se presenta con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho.^(3,8) Otros se presentan de forma incidental o con síntomas inespecíficos como dolor abdominal difuso, anorexia, náusea, vómitos, fiebre o pérdida de peso.⁽³⁾

Raramente su presentación inicial es de intususcepción, hemorragia digestiva baja, masa o absceso abdominal palpable. Este último algunas veces puede confundirse con un carcinoma de colon.⁽⁸⁾ Macroscópicamente, el apéndice puede estar difusamente alargado y engrosado, y al mismo tiempo obliterado por una masa carnea intramural.⁽²⁾ El diámetro del

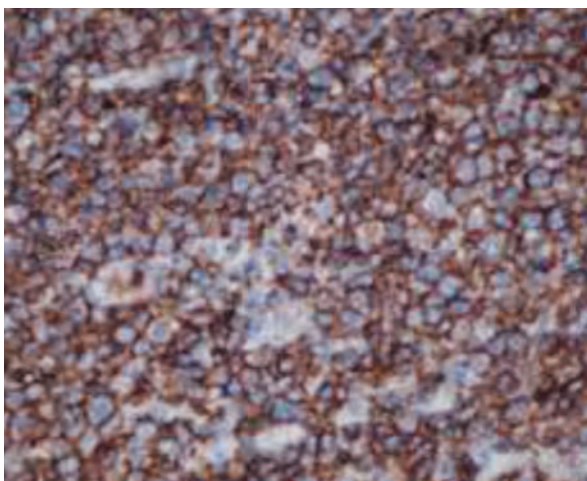


Figura 6. Células neoplásicas con reacción positiva para CD20 (CD20 400X).

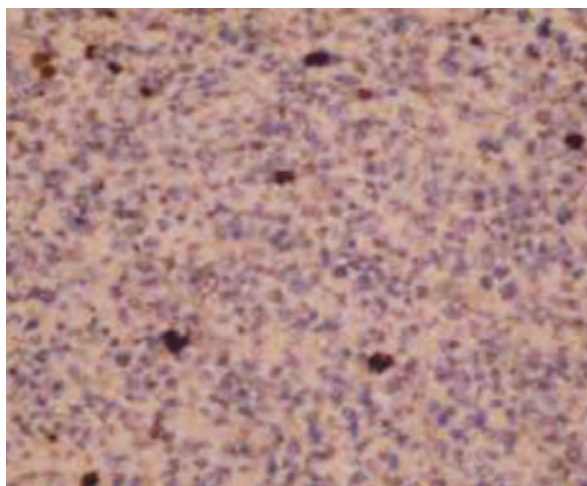


Figura 7. Células neoplásicas grandes no reactivas para CD3, con alguna positividad en linfocitos T no neoplásicos. Las células de color morado son las células no reactivas y las de marrón oscuro son los linfocitos T no neoplásicos (CD3 400X).

apéndice linfomatoso varía de 2,5 a 4,5 cm y su longitud de 7 a 17 cm.⁽⁹⁾ Es importante mencionar que el apéndice inflamado sin neoplasia raramente tiene un diámetro mayor de 1,5 cm.^(2,9)

En este artículo, se describe las características clinicopatológicas de un linfoma difuso de células grandes B primario del apéndice cecal en un paciente varón de 60 años, cuyo cuadro clínico fue el de una apendicitis aguda.

De acuerdo con los reportes previos y en nuestra reciente observación, el linfoma difuso de células grandes B primario del apéndice es una enfermedad muy rara ignorada hasta que se realiza el examen histopatológico del apéndice. Este caso enfatiza el gran valor del examen histopatológico detallado y cuidadoso de todos los apéndices con sospecha clínica de apendicitis aguda.^(2,7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shiwani MH. Primary malignant lymphoma of the appendix associated with acute appendicitis. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006;16:79-80.
2. Radha S, Afroz T, Satyanarayana G. Primary marginal zone B-cell lymphoma of appendix. *Indian J Pathol Microbiol* 2008;51:392-4.
3. Fu TY, Wang JS, Tseng HH. Primary appendiceal lymphoma presenting as perforated acute appendicitis. *J Chin ed Assoc* 2004; 67:629-32.
4. Figueiredo Fa, Barros Da, Roesch Lh. Linfoma de apéndice cecal. Relato de caso. *Rev Bras Coloproct*, 2002;22(4): 257-259.
5. Harry S. Cooper. Intestinal neoplasms. En: Sternberg's. *Diagnostic surgical pathology*. Fourth Edition. Philadelphia. Editorial Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 1582.
6. Tadele, Mahlet MD; Yancovitz, Stanley MD. Diffuse large B-cell lymphoma presenting as acute appendicitis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Infect Dis Clin Pract*. 2007;15:411-414.
7. Jones AE, Phillips AW, Jarvis JR, Sargen K. The value of routine histopathological examination of appendectomy specimens. *BMC Surg*. 2007;7:17.
8. Polo Pérez MI, Pérez Folqués JE, Civera Muñoz J, Martín Díaz L, Guirao Manzano J, Martínez Díaz F, et al. Linfoma primario de apéndice cecal. *Cir Esp*. 1998;64:575-7.
9. Ghasmei M, Abedian-Kenari S. A primary diffuse large B-cell lymphoma of appendix. *IRCMJ* 2010;12(5):576-578.

Correspondencia: RICARDO MONTALVÁN-DÁVILA
ricardomoltalvanpe@yahoo.com