

Resección mucosal endoscópica de hiperplasia linfoide reactiva de colon. Presentación de un caso

Autores Denny J Castro,^{1,2} Liliana Uzcátegui,¹ Olga Silva,¹ Simón Peraza^{1,2}

Afiliación

¹Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr Luis E Anderson". San Cristóbal-Táchira, Venezuela. ²Centro de Especialidades Médicas de Occidente (CEMOC). San Cristóbal-Táchira, Venezuela

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2016;70(4):136-138. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Denny J Castro Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr Luis E Anderson". San Cristóbal-Táchira, Venezuela. castro.dennis@hotmail.com

Correos Autores: castro.dennis@hotmail.com; kiki2204@hotmail.com; olguita1163@yahoo.com; sidape@gmail.com

Fecha de recepción: 23 de octubre de 2016. Fecha de revisión: 31 de octubre de 2016. Fecha de Aprobación: 04 de noviembre de 2016.

Resumen

La hiperplasia linfoide de colon es una patología gastrointestinal muy poco frecuente. Su tamaño y su forma macroscópica es variable. Se presenta un caso de hiperplasia linfoide reactiva en paciente femenina de 53 años de edad con aspecto macroscópico de una lesión polipoidea sésil tipo IIa ubicada en el ángulo hepático de colon la cual fue tratada con resección mucosal endoscópica. No había evidencia de lesión en otras áreas de la paciente y su evolución fue favorable.

Palabras Clave: Hiperplasia linfoide reactiva de colon.

ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION OF REACTIVE LYMPHOID HYPERPLASIA OF COLON. ONE CASE PRESENTATION

Summary

Colon Lymphoid Hyperplasia is a rare gastrointestinal pathology. Its size and its macroscopic form is variable. We present a case of reactive Lymphoid Hyperplasia in a female patient of 53 years old with macroscopic appearance of a sessile polypoid lesion type IIa in the hepatic flexure of colon which was treated with Endoscopic mucosal resection. There was no evidence of the same pathology in other areas of the patient and the evolution of this patient has been favourable.

keyword: Colon Reactive lymphoid hyperplasia.

Introducción

La hiperplasia nodular linfoide del tracto gastrointestinal es un trastorno linfoproliferativo benigno caracterizado por la presencia de múltiples nódulos entre 2 y 10 milímetros, que se distribuyen frecuentemente en intestino delgado, siendo ubicaciones poco comunes el estómago, cólon y recto.¹ Es un raro trastorno asociado con síndromes de inmunodeficiencia, pudiéndose presentar en pacientes con Inmunodeficiencia variable común u otros trastornos inmunes. Inicialmente confundido con poliposis adenomatosa familiar y por lo tanto su importancia radica en el diagnóstico diferencial con los pólipos epiteliales los cuales a través de displasias (evolución nuclear hacia el carcinoma) pueden progresar a cáncer.²

Caso clínico

Se trata de paciente femenina de 53 años de edad, quién acude a la institución médica referida desde centro asistencial de la localidad, al cual consultó por enfermedad actual de 6 meses de evolución caracterizada por cambios en el patrón evacuatorio predominantemente aumento en la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces, por lo que realizan endoscopia digestiva inferior y en vista de hallazgos, acude a consulta para la realización de polipectomía de colon.

Antecedentes Personales: Niega antecedentes personales de importancia.

Antecedentes Familiares: Madre con Tumor de Mesenterio.

Examen funcional: no contributorio

Examen físico: sin hallazgos de importancia

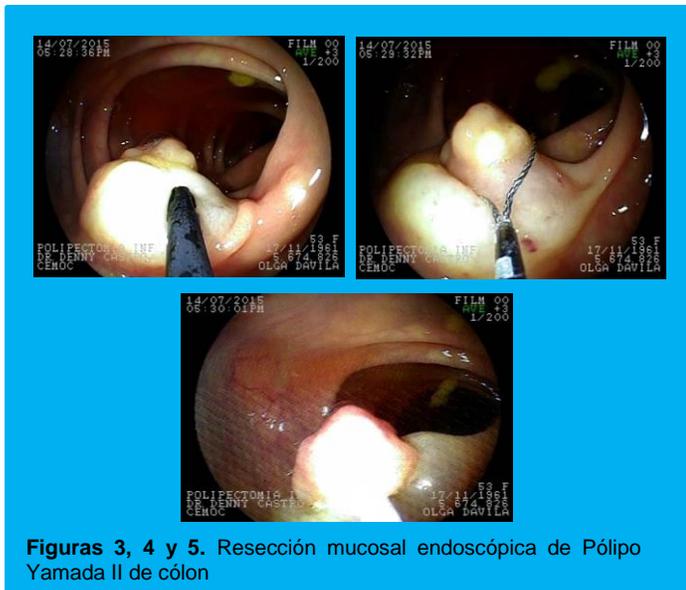
Endoscopia digestiva inferior: a nivel de ascendente distal cercano al ángulo hepático lesión sésil de 1,5 cm de diámetro, superficie lisa, con pérdida de patrón mucosal (**Figuras 1 y 2**).



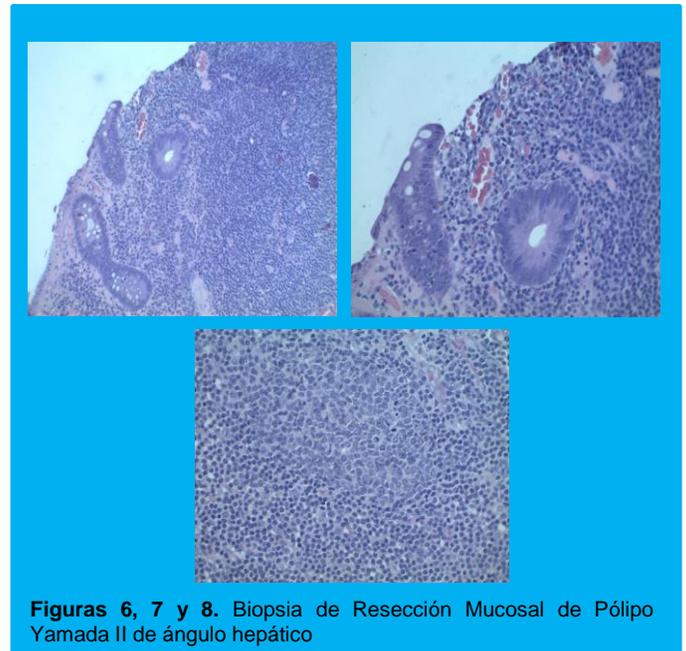
Figuras 1 y 2. Pólipo Yamada II en ángulo hepático

Resección Mucosal Endoscópica

Previo consentimiento informado del paciente, en posición de sims, previa sedación endovenosa con propofol, se introduce colonoscopio flexible, y una vez localizada la lesión previamente descrita, se inyecta la submucosa con solución salina al 0,9% más adrenalina 1:10.000, lográndose elevar la lesión en su totalidad, y posteriormente con asa de polipectomía se reseca mediante el empleo de corriente de corte y coagulación, obteniéndose fragmento de 1,5 cm de diámetro (Figuras 3,4,5), que se envía para evaluación histológica e Inmunohistoquímica, con el diagnóstico de Hiperplasia linfóide reactiva (Figuras 6,7,8 y Cuadro 1).



Figuras 3, 4 y 5. Resección mucosal endoscópica de Pólipo Yamada II de colon



Figuras 6, 7 y 8. Biopsia de Resección Mucosal de Pólipo Yamada II de ángulo hepático

Cuadro 1. Inmunohistoquímica: Hiperplasia nodular linfóide reactiva

ANTICUERPOS	RESULTADOS
BCL-2	NEGATIVO EN LAS CELULAS DE LOS CENTROS GERMINALES
CD10	POSITIVO EN LAS CELULAS DE LOS CENTROS GERMINALES
Ki-67	POSITIVO EN E 70% DE LAS CELULAS DEL CENTRO MARGINAL
CD20	POSITIVO EN CELULAS B
CD3	POSITIVO EN CELULAS T
CICLINA D1	NEGATIVO

Discusión

Pseudolinfoma, también llamado hiperplasia linfóide reactiva fue descrito por primera vez en 1963 por Saltzseinein⁶, y desde entonces casos de pseudolinfomas en diferentes localizaciones gastrointestinales, han sido reportados, aunque continua siendo una patología rara, con una incidencia desconocida¹, poco frecuente en adultos y la literatura publicada incluye informes de casos y pequeñas series de pacientes, por el subregistro endoscópico y lo no habitual de esta condición en adultos, no existe una incidencia clara sobre esta entidad nosológica.²

Su etiología es desconocida, pero se ha relacionado con procesos inflamatorios o respuesta inmune exagerada, dividiéndose así en aquellos con trastornos inmunes asociados y los que no, siendo la causa más común infecciosa y entre ésta, la infección por Giardia lamblia.^{1,2,3}

La hiperplasia linfoide se da en ambos sexos por igual y aunque es frecuente en edades pediátricas, en adultos se sitúa con mayor frecuencia entre los 20 y 50 años⁴; su presentación clínica varía ampliamente y depende de la localización de las lesiones; puede ser desde una presentación asintomática solo evidenciada de manera accidental, a cuadros clínicos de dolor abdominal, diarrea crónica como en el caso mencionado en este artículo; las lesiones localizadas en intestino delgado causan obstrucción o sangrado intestinal, pudiendo llevar a compromiso sistémico en casos de sangrado masivo, en otros casos se desarrolla causar intususcepción o simularla clínica y morfológicamente⁵. Menos del 5% se reportan localizaciones en intestino grueso.

Como en el caso descrito, cuando hiperplasia nodular linfoide se encuentra predominantemente en el colon, puede imitar una variedad de síndromes de poliposis y esto puede causar dificultades en el diagnóstico². Aunque el pseudolinfoma se considera generalmente que es un tumor benigno, existe el riesgo de transformación maligna en linfoma.⁶ Se ha informado que algunos casos de pseudolinfomas reportados inicialmente en piel, pulmón, gástrico y hepáticos, se había transformado en linfoma varios años después^{7,8}. Por lo tanto, como la hiperplasia nodular linfoide se considera una lesión precursora de linfoma intestinal, es imperioso confirmar el diagnóstico para decidir tratamiento adecuado y evitar resecciones quirúrgicas innecesarias como consecuencia de diagnóstico sombrío.⁵ Por lo tanto, además de un examen histopatológico, debe confirmarse con la realización de inmunohistoquímica para determinar el inmunofenotipo y reordenamientos de genes⁹.

El tratamiento quirúrgico, mediante extirpación que suele hacerse por endoscopia, es frecuentemente como indicación para tratamiento de pólipos colonicos a través de resecciones mucosales endoscópicas. Es importante el tratamiento de condiciones asociadas de inmunodeficiencia o infecciosas¹⁰. Aunque la paciente del presente caso, tenía un diagnóstico oportuno, y se logró resección completa de la lesión sin complicaciones, se planteó seguimiento continuo debido a la posibilidad posterior de desarrollar linfoma maligno.

Clasificación del Trabajo

AREA: Endoscopia.

TIPO: Caso Clínico.

TEMA: Hiperplasia Linfoide Reactiva de Colon.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.

Referencias Bibliográficas

1. Albuquerque, A. Nodular lymphoid hyperplasia in the gastrointestinal tract in adult patients: A review. *World Journal Gastrointestinal Endoscopy*. 2014; 6(11): 534-54
2. Soheil Altafi MD1 et al. Nodular Lymphoid Hyperplasia in a Patient Initially Believed to Have Familial Adenomatous Polyposis. *ACG case reports Journal*. 2014.
3. Abolhassani H₁ et al. A review on guidelines for management and treatment of common variable immunodeficiency. *Expert Rev Clin Immunol*. 2013 June;9(6):561-74.
4. Mansueto P, Lacombe G, Seidita A, D'Alcamo A, Sprini D, Carroccio A. Intestinal lymphoid nodular hyperplasia in Children- the relationship to food hypersensitivity. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012 May;35(9):1000-9.
5. Ersoy E., et al. A case of diffuse nodular lymphoid hyperplasia *Turk J Gastroenterol*. 2008 Dec;19(4):268-70

6. Saltzstein SL. Pulmonary malignant lymphomas and pseudolymphomas: classification, therapy, and prognosis. *Cancer*. 1963;16:928-955.
7. Okubo H, Maekawa H, Ogawa K, Wada R, Sekigawa I, Iida N, Maekawa T, Hashimoto H, Sato N. Pseudolymphoma of the liver associated with Sjögren's syndrome. *Scand J Rheumatol*. 2001;30:117-119.
8. Sanguenza OP, Yadav S, White CR Jr, Brazier RM. Evolution of B-cell lymphoma from pseudolymphoma. A multidisciplinary approach using histology, immunohistochemistry, and Southern blot analysis. *Am J Dermatopathol*. 1992;14:408-413.
9. Takeshita T, Miyaji N, Churei H, Moriyama T, Ogita M, Nakajo M, Oyama T, Shimokawahara H, Nakamura T. A case of pulmonary pseudolymphoma: five years' roentgenographic observation. *Radiat Med*. 1995;13:243-246
10. Yong-Heng H, Tian-Zhu L, Zhi-Yu, et al. Duodenal pseudolymphoma: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol*. 2011 Jul 21;17(27):3267-70.

