



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTA CIENTÍFICA

Linfoma primario hepático: infrecuente tumor hepático primario

Primary hepatic lymphoma: An infrequent focal liver tumour

Gabriel Mezzano^{a,*}, Rene Rojas^a, Claudia Morales^b, Raimundo Gazitúa^c,
Juan Carlos Díaz^d y Javier Brahm^a

^a Sección de Gastroenterología, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

^b Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

^c Sección de Hematología, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

^d Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

Introducción

El diagnóstico diferencial de las lesiones focales hepáticas corresponde a un área de constante debate y desarrollo en la gastroenterología, siendo los linfomas primarios hepáticos (LPH), uno de los diagnósticos diferenciales menos considerados, dado su rareza¹. La frecuencia de estos tumores se estima que corresponden al 0,016% de todos los linfomas no-Hodgkin². La patogenia de la enfermedad no es del todo conocida, pero se plantea en múltiples estudios el rol de la estimulación crónica antigénica como factor de riesgo. Se han identificado algunos factores como el virus de la hepatitis C (VHC), virus de la hepatitis B (VHB), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de Epstein-Barr (VEB)³⁻⁵.

En general su presentación es oligosintomática, siendo lo más frecuente el dolor abdominal², sin embargo, existen incluso reportes de fallo hepático fulminante producto del LPH³. Para su diagnóstico se requiere de una alta sospecha clínica, y adecuadas imágenes, pero la histología es fundamental para su confirmación, además de su indudable utilidad en la orientación del tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 65 años de edad, sin antecedentes de relevancia, que consulta por cuadro de 7 meses de evolución caracterizado por diaforesis, pérdida de peso de 10 kg y dolor abdominal, principalmente en hipocondrio derecho. Sin hallazgos significativos al examen físico. Al laboratorio presenta leucocitos 12.500, neutrófilos (65%), con perfil hepático y LDH normales. La ecotomografía abdominal evidenció la presencia de una masa hepática de 7 cm en segmento IVb de aspecto neoplásico. Se complementa el estudio con resonancia magnética que describe retracción del parénquima hepático y dilatación segmentaria de la vía biliar intrahepática, sugerente de lesión focal hepática de aspecto neoplásico, compatible con colangiocarcinoma (figs. 1 y 2), vesícula biliar de pared fina sin cálculos en su interior, sin presencia de adenopatías, esplenomegalia, ni otras lesiones sospechosas de diseminación. Ingresa al servicio de cirugía donde se practica hepatectomía izquierda ampliada más linfadenectomía. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones en el postoperatorio.

La biopsia concluyó la presencia de masa de aspecto neoplásico, infiltrante, con necrosis y hemorragia en su zona central (fig. 3). En la tinción de hematoxilina-eosina se describe la presencia de una neoplasia difusa (figs. 4 y 5), con linfocitos con tinción de queratina negativa, antígeno leucocitario común positivo, CD20 positivo, Bcl-2 positivo y Ki-67

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: gmezzano@me.com,
gmezzano@gmail.com (G. Mezzano).

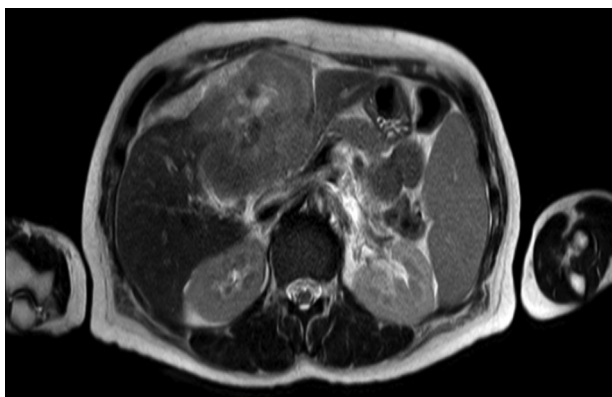


Figura 1 RM de hígado en secuencia T1, que destaca la presencia de retracción de la cápsula hepática.



Figura 2 RM de hígado en secuencia T2, que destaca la presencia de dilatación de la vía biliar intrahepática.

elevado. Todos estos hallazgos compatibles con el diagnóstico de linfoma no-Hodgkin de alto grado, estirpe B, de células grandes del hígado. Evaluada por el equipo de hematología se complementa el estudio con serología VIH, VHB,

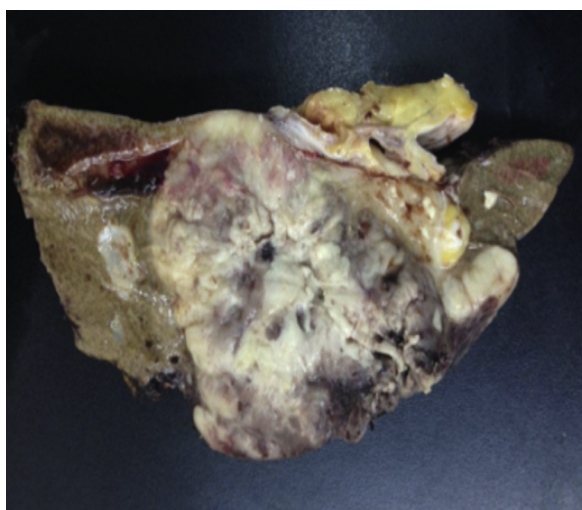


Figura 3 Masa hepática de aspecto neoplásico infiltrante con necrosis y hemorragia.

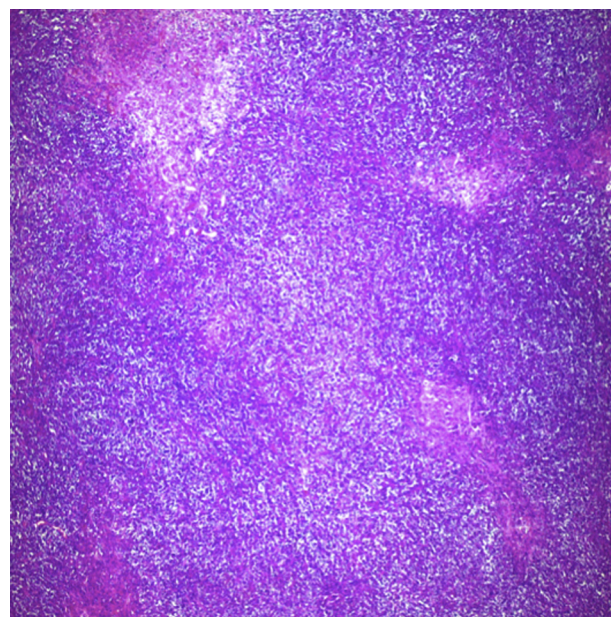


Figura 4 Neoplasia difusa y nodular de linfocitos (tinción hematoxilina-eosina $\times 40$).

VHC y CMV, que resultan negativos. Se practica biopsia de médula ósea que concluyó hallazgos concordantes con cambios de tipo mielodisplásicos asociados a megaloblastos, sin infiltración linfomatosa.

El estudio de diseminación con tomografía computarizada de tórax-abdomen y pelvis no mostró hallazgos sugerentes de compromiso supra ni infradiafrágico.

Se practican 2 ciclos de quimioterapia con R-CHOP con regular respuesta clínica. Evolucionó con múltiples complicaciones infecciosas, hasta que finalmente fallece como consecuencia de estas.

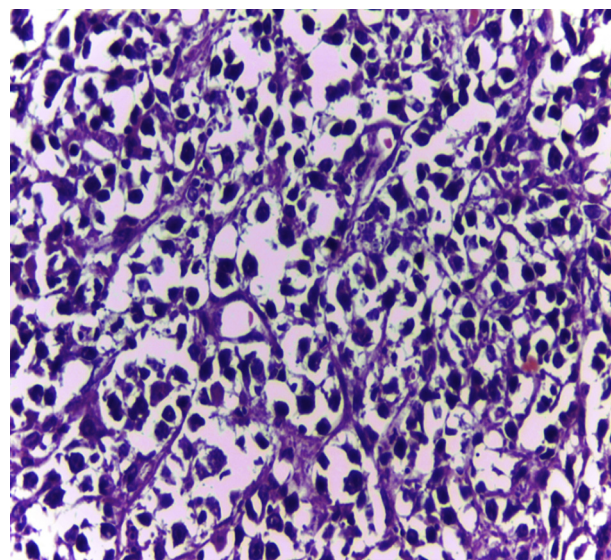


Figura 5 Células linfoides patrón difuso, núcleos hiper cromáticos, escaso citoplasma (tinción hematoxilina-eosina $\times 400$).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5658060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5658060>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)