

Linfomas malignos primarios del estómago

Análisis y Seguimiento de 10 observaciones

Dres. César Pereyra Borrelli, Roberto Perdomo,
Julio de los Santos y Miguel A. Sica

Los autores analizan una serie de 10 pacientes con linfomas gástricos primarios donde se ponen de relieve espontáneamente: 1) las dificultades y aún la imposibilidad de un diagnóstico positivo clínico y paraclínico, oscurecido por la mayor frecuencia y similar aspecto del carcinoma; 2) la importancia del estudio histopatológico directo de la lesión visceral; 3) la mejor respuesta al tratamiento quirúrgico o combinado y por ende el mejor pronóstico de esta afección comparada con el carcinoma gástrico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Stomach / Tumors.

El presente estudio de los linfomas malignos primarios del estómago (LMPE) se ha encauzado en un doble sentido: 1º Extraer datos relativos a los problemas que el proceso plantea directamente del análisis de una muestra de pacientes; 2º Revisar la literatura sobre el tema como complemento del aspecto anterior y a fin de lograr conclusiones valederas a la hora actual en materia de estadificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Con tal orientación, en esta primera parte nos referiremos al análisis casuístico de una muestra de 10 pacientes con LMPE: 3 de ellos asistidos personalmente por nosotros (Obs. 8, 9 y 10) y los restantes recopilados en el archivo del Hospital de Clínicas. (ver Cuadro 1).

CLINICA

Nuestros pacientes eran mayoritariamente de edad superior a los 50 años (8 en 10), con ligero predominio por el sexo femenino (6 en 10). En la literatura el máximo de incidencia se sitúa entre los 20 y 40 años con preferencia por el sexo masculino (31).

La sintomatología básica es claramente referida a la esfera gástrica y de intensidad vaga

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.

o atenuada: malestar y/o dolor en epigastrio generalmente postprandial y a menudo acompañado de sensación de plenitud. El paciente suele tolerar estos síntomas minimizando su valor, y concurre al médico ante su lento incremento y persistencia o en razón de una complicación sobregregada: vómitos - síndrome pilórico (Obs. 2, 6 y 8) o hemorragia digestiva (Obs. 1 y 10).

La repercusión general es constante: astenia, anorexia con repugnancia por ciertos alimentos, anemia y adelgazamiento más o menos acentuado.

La duración de los síntomas es superior a dos meses; en la mayoría aún más de 4 meses hasta 1 y 1 ½ año. Ello destaca también el escaso relieve e intensidad de la sintomatología de base.

En el examen abdominal es corriente la observación de una tumefacción de epigastrio, dura y sensible (Obs. 1, 2 y 8). Pero en la mayoría de los pacientes el examen fue negativo o demostró solamente sensibilidad palpatoria epigástrica (Obs. 5 y 9). Obviamente no se comprobaron otras localizaciones ganglionares y/o viscerales a distancia, propias de los linfomas malignos secundarios o diseminados, ni en el plano clínico ni en el de los exámenes complementarios.

Radiología. — La radiología contrastada gastroduodenal permitió reconocer una lesión gástrica orgánica pero no fue orientadora hacia el diagnóstico de LMPE. En la casi totalidad de las observaciones se planteó diagnóstico de carcinoma gástrico o, por excepción, de úlcus gástrico simple.

Endoscopia. — La endoscopia gástrica se realizó solamente en dos oportunidades (Obs. 5 y 10). Tampoco apoyó el diagnóstico por sí misma ni a través de las biopsias realizadas. El hallazgo de una extensa lesión con motilidad gástrica conservada, motivó cierta sospecha de linfoma en la observación 5.

Los estudios por *biopsia endoscópica* mostraron una mucosa conservada con elementos infiltrativos submucosos de la serie blanca, linfoplasmocitarios y eosinófilos, que indujeron a su interpretación como imágenes de gastritis

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 5 de setiembre de 1979.

Profesor Adjunto de Cirugía, Profesor Agregado de Cirugía, Profesor Agregado de Anatomía Patológica y Profesor Adjunto del Dpto. de Oncología.

Dirección: Charrúa 2379, Montevideo (Dr. R. Perdomo).



FIG. 1.— Obs. 9. Imagen radiológica vegetante y ulcerada antral.

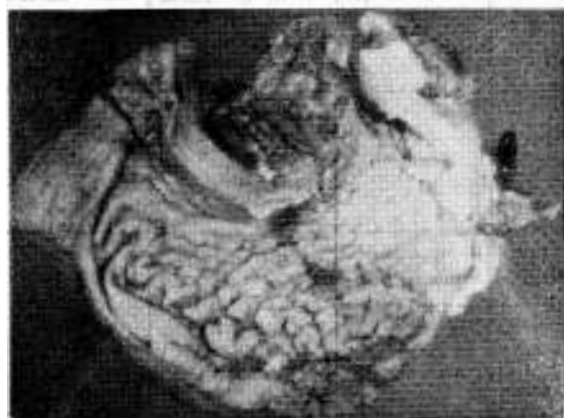


FIG. 2.— Aspecto macroscópico (pieza de gastrectomía): ulceraciones y fisuras múltiples; engrosamiento de pliegues y capa muscular.

crónica. *Interesa destacar el hecho negativo:* a pesar de lo extenso de las lesiones observada endoscópicamente no fue posible evidenciar un adenocarcinoma, ni aún repitiendo los estudios multiplicando las biopsias (Obs. 10).

Exploración quirúrgica. — Se evidenció un tumor gástrico generalmente voluminoso de topografía mayoritaria antral, con algún caso de



FIG. 3.— Microscopía: linfoma histiocitario difuso.

asiento corporal (Obs. 5 y 10) o de invasión gástrica total (Obs. 7).

Las observaciones 3 y 6 correspondieron a una lesión ulcerada de pequeña curva de malignidad - benignidad incierta. Salvo en estas observaciones la malignidad del proceso no fue puesta en duda, quedando el conjunto con la etiqueta aparentemente segura de "adenocarcinoma gástrico". Una gastrotomía exploradora hecha en la Obs. 10 llevó a pensar en el linfoma, al comprobarse una infiltración submucosa extensa, grisácea, en cuerpo y fundus gástrico.

Todos los casos tenían *adenopatías regionales perigástricas*. Sin embargo el estudio microscópico demostró en cuatro de ellas ausencia de invasión en estos ganglios de apariencia patológica.

La *invasión directa de las estructuras vecinas* se anotó dos veces (Obs. 5 y 7). La Obs. 7 reveló también ascitis, que obligó a desestimar la exéresis. En todos los demás casos la situación fue resuelta mediante una gastrectomía subtotal distal, más o menos ensanchada. Ello señala un alto porcentaje de reseabilidad en



FIG. 4.— Obs. 10. Macroscopía: Lesión granulomatosa y ulcerada; infiltración submucosa.

CUADRO 1

INFORMACION SUMARIA SOBRE 10 OBSERVACIONES DE LINFOMAS PRIMARIOS GASTRICOS

Paciente Registro	Edad Sexo	Fecha ingreso	Duración síntomas	Anamnesis	Examen abdomen	Radiología	Endoscopia
1. J. M. H. de Cl. 90.270	44 a. M.	10/X/58	4 meses	Dolor y ardor E. Anorexia. Adelgazamiento. Hematemesis grave.	Tumefac. de E. dolorosa.	No	No
2. J. R. P. H. de Cl. 171.601	32 a. M.	13/VII/62	10 meses	Dolor E. Ingreso por síndrome pilórico y melenas. Adelgazam.	Tumefac. de E. dolorosa. Clapoteo.	Dilatación gástrica. Estenosis antral. Relieve mucoso bien.	No
3. M. T. V. H. de Cl. 220 227	64 a. F.	24/IV/65	2 meses	Malestar E. Anorexia. Adelgazamiento.	Negativo	Nicho ulceroso pequeña curva gástrica.	No
A. S. S. H. de Cl. 282.994	50 a. M.	14/I/69	1 año	Vómitos. Malestar E. postprandial. Anorexia. Adelgazamiento.	Negativo	Tumor vegetante y estenosante mesogástrico.	No
C. P. P. H. de Cl. 326.445	65 a. F.	22/XI/71	4 meses	Dolor E. irradiado a ambos H. Anorexia. Adelgazamiento.	Dolor de E.	Lesión infiltr. antral extendida a c. gástrico s/ gran curva.	Brotos proliferativos s/ gran curva. Motilidad conservada.
6. E. C. A. H. de Cl. 204.988	74 a. F.	8/X/64	5 meses	Dolor E. y vómitos postprandiales. Síndrome pilórico. Anemia. Adelgazamiento.	Negativo	Retención ayunas. Nicho pequeña curva.	No
7. E. T. A. H. de Cl. 35.520	56 a. F.	9/III/65	2 meses	Dolor E. postprandial tardío. Náuseas. Adelgazam. Melenas.	Hepatoesplenomegalia. Nódulos duros en E.	Grueso tumor infiltr. y vegetante de cuerpo y fundus gástrico.	No
8. E. M. C. CASMU 113.942	58 a. F.	26/III/77	10 meses	Dolor E. postprandial. Vómitos tardíos. Adelgazam. Astenia. Anorexia.	Tumefac. de E. dolorosa. Clapoteo en ayunas.	Lesión antral extensa con rigidez, estenosis y vegetaciones.	No
H. G. CASMU 267.590	62 a. M.	4/XI/78	18 meses 2 meses	Malestar de E. que calma con ingestas. Dolor de E. Plenitud. Adelgazamiento.	Dolor de E.	Gruesa imagen vegetante y ulcerada antral.	
10. B. G. T. H. de Cl. 427.008	61 a. F.	7/X/78	7 meses	Dolor y plenitud de E. Astenia. Adelgazam. Hematemesis al ingreso.	Negativo	Irregularidades gran curva corporal sin compr. motilidad.	Ulceración superficial corporal. Pliegues nodulares. Rigidez.

CUADRO 1 (Cont.)

Diag. pre y peroper.	Operación	Adenopat. regionales	Diagnóstico histopatológico	Postoperatorio		Seguimiento
				Radio-terap.	Quimio-terap.	
Cáncer gástrico sangrante.	Gran T. antral adherido a hígado y mesocolon. Gastrectomía parcial distal.	Si	Linfosarcoma gástrico difuso. No informe s/adenopatías.	Si	No	4 meses: repite hematemesis. Reintervención: gran infiltr. tumoral. 7 meses: fallece nueva hemorragia.
Cáncer gástrico estenosante.	Gran T. antropilórico infiltrante y ulcerado. Gastrectomía parcial distal.	Si múltiples	Reticulosarcoma gástrico difuso. Ganglios sin metástasis.	No	No	14 años: clínicamente bien.
Úlcus gástrico.	Úlcera sinus angularis. Gastrectomía parcial distal.	Si múltiples	Linfosarcoma gástrico. Ganglios sin metástasis.	No	No	10 años: clínicamente bien.
Cáncer gástrico.	T. antral infiltrante y ulcerado. Gastrectomía parcial distal.	Si	Reticulosarcoma gástrico difuso. Ganglios sin metástasis.	Si	No	10 ½ años: clínicamente bien.
Cáncer gástrico.	T. medio gástrico adh. a pared, hígado y mesocolon. Gastrectomía parcial distal con resección parietal, hígado y colon transversos.	Si múltiples	Biopsia: gastritis atrófica. Final: Reticulosarcoma gástrico exteriorizado e invasor.	Si	Si	10 meses: fallece en caquexia.
Cáncer - úlcus gástrico.	Lesión ulcerada y estenosante antral de naturaleza no definida. Gastrectomía parcial distal.	Si	Reticulosarcoma gástrico nodular. Úlcus gástrico. No informe s/ganglios.	No	No	Fallece en postoperatorio inmediato. Causa no tumoral.
Cáncer gástrico exteriorizado.	Ascitis. Gran tumor gástrico que invade vesícula y mesocolon. Biopsias ganglionares.	Si	Reticulosarcoma en los ganglios biopsiados.	No	No	Fallece en postoperatorio inmediato. Causa tumoral.
Cáncer gástrico.	Gran T. antral adherido a mesocolon. Gastrectomía parcial distal.	Si	Reticulosarcoma gástrico difuso. Metástasis ganglios.	Si	Si	2 años: clínica y radiológicamente bien.
Cáncer gástrico.	Gran T. antral y voluminosa adenopatía subpilórica. Gastrectomía parcial distal.	Si	Reticulosarcoma gástrico difuso. Metástasis ganglios.	Si	Si	7 meses: clínica y radiológicamente bien.
Gastritis crónica - úlcus gástrico.	Infiltración parietal cuerpo y fundus. Gastrotomía: ulceraciones superf. infiltración submucosa. Gastrectomía ¾ distal. Pasa por zona infiltrada.	Si	1ª Biopsia: Infiltración linfoplasmocitaria. 2ª Biopsia: Gastritis crónica. Final: Linfoma hodgkiniano difuso. Ganglios sin metástasis.	No	No	4 meses: clínicamente sólo anemia.

