

# Intususcepción intestinal por linfoma de Burkitt en un paciente adulto. Primer reporte en Latinoamérica

*Intestinal intussusception due to Burkitt's lymphoma in an adult. First report in Latin America*

Alfonso C. Márquez-Ustariz<sup>1</sup>, Carla S. Singh-Boscan<sup>2</sup> y Ernesto Pinto-Lesmes<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General; <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

## Resumen

La intususcepción intestinal es una patología en la que un segmento intestinal y su mesenterio se invaginan al segmento intestinal contiguo. Su etiología puede ser benigna, maligna o idiopática, dentro de las que se incluyen divertículos intestinales, bandas adherenciales, malformaciones vasculares y neoplasias, entre otras. La mayoría se presentan en pacientes pediátricos, pero hasta un 5% se documentan en pacientes adultos y su principal etiología en este grupo etario son las neoplasias. Presentamos un caso de intususcepción intestinal secundaria a linfoma de Burkitt que recibió manejo en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia.

**Palabras clave:** Intususcepción. Linfoma de Burkitt. Obstrucción intestinal. Linfoma.

## Abstract

Intestinal intussusception is a pathology in which an intestinal segment and its mesentery are telescoped into an adjacent intestinal segment as a result of peristalsis, and in many cases cause intestinal obstruction. Its etiology can be variable, including intestinal diverticula, adhesion bands, vascular malformations, neoplasms, among others. The vast majority occur in pediatric patients, however, up to 5% of these are documented in adult patients and their main etiology in this age group are neoplasms. We present a case of intestinal intussusception secondary to Burkitt's lymphoma that received management at fourth level hospital in Bogotá, Colombia.

**Keywords:** Intussusception. Burkitt's lymphoma. Bowel obstruction. Lymphoma.

## Introduction

Las intususcepciones intestinales en pacientes adultos son poco frecuentes. Se manifiestan con la clínica típica de una obstrucción intestinal y con frecuencia se asocian a procesos neoplásicos de diferentes tipos. Las que se asocian a linfomas de Burkitt son extremadamente raras y son pocos los casos reportados en la literatura mundial.

## Caso clínico

Varón de 53 años procedente de Bogotá, Colombia, quien consultó al servicio de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio por un cuadro clínico de 15 días de evolución consistente en dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho, de baja intensidad, el cual se exacerbó 4 días antes de la consulta y se acompañaba de múltiples episodios eméticos y

### Correspondencia:

\*Ernesto Pinto-Lesmes

E-mail: ernestopinto@hotmail.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01-06-2021

Fecha de aceptación: 22-09-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000501

Cir Cir. 2022;90(5):693-696

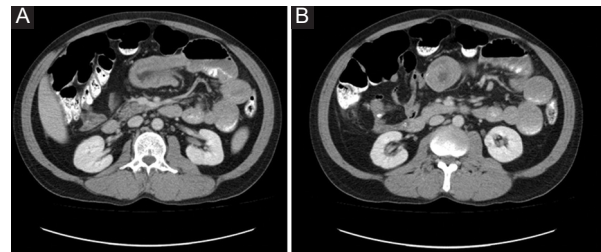
Contents available at PubMed

[www.cirugiaycirujanos.com](http://www.cirugiaycirujanos.com)

ausencia de deposiciones. El paciente negaba otra sintomatología asociada. En la exploración física se encontraron signos vitales normales, sin alteraciones a la auscultación cardiopulmonar. La valoración abdominal evidenció ruidos intestinales presentes, con leve dolor a la palpación periumbilical y sin signos de irritación peritoneal. No se evidenciaron defectos herniarios ni se palparon masas.

Dentro de los paraclínicos solicitados, el hemograma no mostró alteraciones en las líneas celulares, la hemoglobina era normal y el conteo plaquetario se encontraba dentro de rangos normales; valores de creatinina y nitrógeno ureico normales; perfil hepático y electrolitos normales. Adicionalmente se solicitaron estudios imagenológicos, primero una ecografía de abdomen total en la que se documentó un conglomerado ganglionar en relación al hilio hepático, sin otros hallazgos patológicos. Teniendo en cuenta estos hallazgos, se decidió solicitar una tomografía computarizada de abdomen y pelvis con medio de contraste intravenoso y oral, en la que se encontró un engrosamiento de las paredes del yeyuno con invaginación de un asa intestinal hacia el interior de un asa contigua, en el flanco izquierdo, con morfología en diana (Figs. 1 y 2); hallazgos sugestivos de intususcepción intestinal yeyuno-yeyunal y signos concomitantes de obstrucción intestinal mecánica parcial dados por dilatación de asas proximales al sitio de intususcepción. Además, se evidenciaron dos masas de aspecto sólido adyacentes a la fosa vesicular y al hilio hepático ( $7.3 \times 3.9$  cm) y otra adyacente al segmento II hepático ( $4.3 \times 3.1$  cm), con presencia de adenomegalias interaortocavas y adyacentes al tronco celíaco, y un defecto de llenado parcial y de localización excéntrica de la vena porta principal sugestivo de trombosis parcial (Fig. 3).

Con estos hallazgos se decidió programar para laparotomía exploratoria, en la que se encontró, a 100 cm del ligamento de Treitz, una masa redondeada dependiente del yeyuno, de aproximadamente 4 cm, que condicionaba una intususcepción yeyuno-yeyunal (Fig. 4) con asas de yeyuno proximal dilatadas y distales colapsadas. Se realizó una resección intestinal segmentaria con sutura mecánica y se efectuó una anastomosis yeyuno-yeyunal termino-terminal con sutura mecánica. Seguidamente se hizo una revisión sistemática de la cavidad abdominal, encontrando una masa en el hilio hepático, en relación con el borde medial de la vesícula biliar, de aproximadamente  $4 \times 5$  cm, multilobulada, en contacto con los segmentos IV y V del hígado, de la cual se tomaron muestras para estudio histopatológico.



**Figura 1.** Tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste oral e intravenoso, fase venosa, corte axial. **A:** se observa en el flanco izquierdo un engrosamiento de paredes de asas intestinales, con invaginación de un asa delgada dentro de otra asa delgada contigua. **B:** signo de la diana.

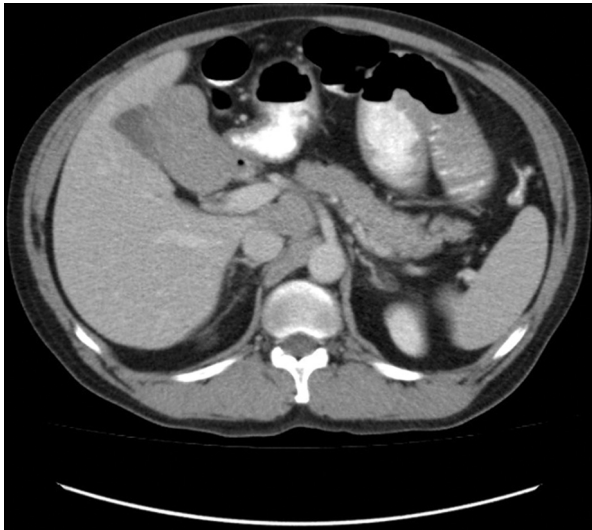


**Figura 2.** Tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste oral e intravenoso, fase venosa, corte coronal, en la que se observa un asa delgada intususceptora y el asa intususciente, con vasos y grasa mesentérica entre ambas, asociado a dilatación de asas intestinales delgadas proximales.

Los reportes de histopatología de ambas piezas confirmaron la presencia de un linfoma no Hodgkin de células B de alto grado variante centrogerminal, con positividad para los marcadores tumorales CD20, CD45, CD10, Bc16 y C-myc (90%), con Ki-67 del 100%. Tales hallazgos establecieron el diagnóstico de linfoma de Burkitt.

## Discusión

El primer caso de intususcepción intestinal fue reportado por Bardette en 1674, y la primera descripción de su manejo quirúrgico fue realizada en 1871 por Sir Jonathan Hutchinson<sup>1</sup>. Si bien las intususcepciones



**Figura 3.** Tomografía computarizada de abdomen con medio de contraste oral e intravenoso, fase venosa, corte axial, en la que adyacente a la fosa vesicular y al hilio hepático se observan dos masas hipodensas, contiguas, ovaladas, de apariencia sólida, y adenomegalias interaortocavas y adyacentes al tronco celíaco. También existía un defecto de llenado excéntrico de la vena porta principal, sugestivo de trombosis (no mostrado).



**Figura 4.** Asa de yeyuno intususceptada.

intestinales se presentan predominantemente en la edad pediátrica, alcanzando hasta un 95% de los

casos, el 5% restante se presentan en la edad adulta<sup>1,2</sup>. Sus causas pueden ser variadas, pero en los adultos con frecuencia se asocian a procesos de origen neoplásico y hasta un 20% pueden ser de origen idiopático. Por su parte, el linfoma de Burkitt es una neoplasia agresiva derivada de células B, que se presenta entre la tercera y la cuarta décadas de la vida, que tiene una incidencia cercana a 0.6 por millón y del cual existen cuatro variantes: esporádico, endémico, asociado al virus de la inmunodeficiencia humana y asociado al síndrome linfoproliferativo postrasplante<sup>2</sup>.

Se han reportado múltiples casos en los que se ha descrito la intususcepción intestinal por linfoma de Burkitt. En una de las revisiones más extensas, realizada por Sharma et al.<sup>3</sup>, a pesar de documentar una cantidad importante de casos, la mayoría fueron en pacientes pediátricos. De hecho, a la fecha se han reportado menos de 20 casos en población adulta. Simson et al.<sup>4</sup>, en 2017, reportaron el primer caso en el Reino Unido, de un paciente de 22 años cuyo diagnóstico se realizó por tomografía computarizada de abdomen y posteriormente se llevó a manejo quirúrgico. También hay reportes realizados en Turquía<sup>5</sup>, Portugal<sup>6</sup> y Corea<sup>7</sup>, entre otros, sin que hasta ahora se hubiera descrito alguno en Latinoamérica.

La intususcepción intestinal debe considerarse una urgencia quirúrgica y su diagnóstico no debe retrasarse. A pesar de esto, el cuadro clínico usualmente es inespecífico y asemeja al de una obstrucción intestinal de otras etiologías, lo cual la convierte en un reto diagnóstico; los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (94%), náuseas (76%), emesis (65%), diarrea (14%) y sangre en las heces (7%)<sup>8</sup>.

Los hallazgos imagenológicos, específicamente en la tomografía computarizada de abdomen, son muy sugestivos. Suele presentarse como una masa que configura los signos de diana y la salchicha, dependiendo de la proyección axial<sup>9,10</sup>, donde se pueden identificar el asa aferente, grasa y vasos mesentéricos dentro de la masa, el asa eferente y espacio intraluminal. Es patognomónica la configuración de asa dentro de asa, con o sin grasa y vasos mesentéricos. También se puede encontrar edema de las paredes intestinales debido a alteración en el flujo sanguíneo, con engrosamiento de las paredes de las asas, lo que hace difícil diferenciar una masa como punto de partida de la intususcepción. Se puede asociar a obstrucción intestinal proximal, y en tales casos se observa dilatación de asas intestinales proximales al sitio de la intususcepción<sup>9</sup>.

En cuanto al manejo, este puede variar entre los grupos etarios. Mientras en los pacientes pediátricos

las causas son usualmente «benignas» y puede considerarse el manejo médico, en los pacientes adultos, debido a que suele estar asociada a enfermedades neoplásicas, se requiere un manejo definitivo<sup>5</sup>, por lo que la indicación es la cirugía, y usualmente se requieren resecciones segmentarias de intestino que deben incluir las masas que condicionan la intususcepción; en caso de resecarla, debe hacerse con principios oncológicos<sup>2</sup>.

Posterior a recibir el manejo quirúrgico, los pacientes deben continuar en seguimiento multidisciplinario por parte de los servicios de oncología y hematología para definir el manejo a largo plazo de la enfermedad de base.

## Conclusiones

La intususcepción intestinal secundaria a linfoma de Burkitt es una condición sumamente rara que requiere un diagnóstico temprano y un manejo oportuno. Este caso muestra el uso apropiado de imágenes para realizar un diagnóstico preoperatorio temprano y planear el manejo quirúrgico del paciente, obteniendo una buena evolución y un desenlace posoperatorio exitoso.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Yalamarathi S, Smith RC. Adult intussusception: case reports and review of literature. *Postgrad Med J*. 2005;81:174-8.
2. Özant A. Adult multicentric Burkitt lymphoma with bowel obstruction due to intussusception. *Turk J Gastroenterol*. 2018;2018:361-4.
3. Sharma P, Balasingham S, Stawiariski K, Xu M. Burkitt lymphoma as a lead point for jejunojejunal intussusception in a human immunodeficiency virus patient. *Clin J Gastroenterol*. 2017;10:342-50.
4. Simson R, Planner A, Alexander R. Adult Burkitt's lymphoma presenting as intussusception: first UK case report. *Ann R Coll Surg Engl*. 2017;99:e206-8.
5. Yagmur Y, Gumus S. Burkitt's lymphoma causing intussusception in adults : report of two cases and review of the literature. *J Gastroenterol Hepatol Res*. 2015;4:1702-6.
6. Fernandes C, Pinho R, Ribeiro I, Silva J, Ponte A, Leite S, et al. Recurrent cecocolic intussusception in a young woman. *Gastroenterol Hepatol*. 2015;38:586-8.
7. Baek D, Heo D, Oh S, Hwang J, Hwang J, Park HS, et al. A case of jejunal intussusception caused by Burkitt lymphoma in an acquired immunodeficiency syndrome patient. *Infect Chemother*. 2018;50:51-4.
8. Castro Medina CA, Jiménez HC. Clinical case presentation: diagnosis and treatment of idiopathic intussusception in adults. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2015;30:474-8.
9. Kim YH, Blake MA, Harisinghani MG, Archer-Arroyo K, Hahn PF, Pitman MB, et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point. *Radiographics*. 2006;26:733-45.
10. Felix EL, Cohen MH, Schwartz JH. Adult intussusception; case report of recurrent intussusception and review of the literature. *Am J Surg*. 1974;131:758-61.