

Linfoma colorrectal primario en paciente con colitis ulcerosa en tratamiento con anti-factor de necrosis tumoral e infección por citomegalovirus

J. Alberto Romero-Lozanía^{1,2*}, Francisco I. García-Juárez¹, Fredy Chablé-Montero², Ivette K. Cortés Rubio¹, J. Gerardo López-Gómez³ y Tomás Cortes-Espinosa³

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; ²Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre; ³Servicio de Patología, Hospital San Ángel Inn Universidad. Ciudad de México, México

Resumen

El uso prolongado de terapia anti-factor de necrosis tumoral es cada vez más frecuente en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Esto expone a los pacientes a un mayor riesgo de infecciones oportunistas y a disminución de la inmunovigilancia que impide la carcinogénesis. Presentamos un reporte de caso de linfoma colorrectal primario asociado a uso prolongado de terapia biológica e infección por citomegalovirus.

Palabras clave: Linfoma colorrectal primario. Colitis ulcerosa. Linfoma difuso de células B grande.

Primary colorectal lymphoma in patient with ulcerative colitis treated with anti-tumornecrosis factor and cytomegalovirus infection

Abstract

Long-term use of anti-TNF therapy is increasingly common in patients with inflammatory bowel disease. This exposes patients to an increased risk of opportunistic infections and decreased immunosurveillance that prevents carcinogenesis. We present a case report of primary colorectal lymphoma associated with prolonged use of biological therapy and infection by cytomegalovirus.

Key words: Primary colorectal lymphoma. Ulcerative colitis. Diffuse large B-cell lymphoma.

Introducción

El linfoma colorrectal primario (LCRP) es extremadamente raro, representa solo el 0.2-0.6% de todas las neoplasias colorrectales. Predomina en el sexo masculino, entre los 50-70 años, mayormente afecta al ciego, son tipo célula B y de subtipo difuso de células B grandes

(LDCBG). Los principales factores de riesgo son infecciones virales y la inmunosupresión¹.

Reporte de caso

Paciente de sexo femenino de 68 años con colitis ulcerosa (CU) extensa de 10 años de evolución, con

Correspondencia:

*J. Alberto Romero-Lozanía

E-mail: albertoromero.jarl@gmail.com

Fecha de recepción: 13-05-2021

Fecha de aceptación: 06-07-2021

DOI: 10.24875/END.21000031

Disponible en internet: 28-12-2021

Endoscopia. 2021;33(3):116-118

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2021. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

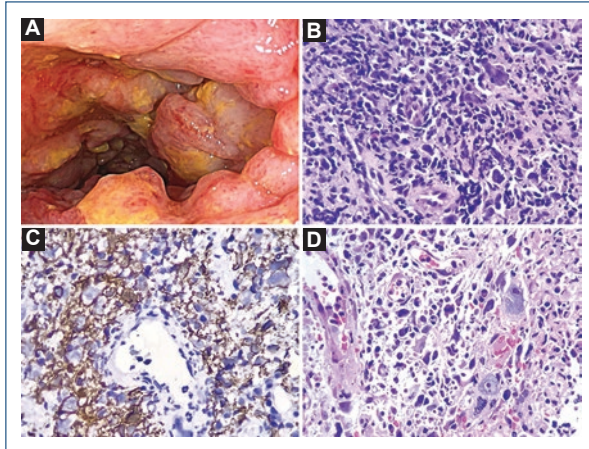


Figura 1. **A:** lumen de recto con anatomía alterada, presencia de edema, pérdida de patrón vascular, erosiones y formaciones fungoides. **B:** mucosa de recto con lámina propia infiltrada por células grandes asociado con un fondo inflamatorio. Hematoxilina y eosina 100X. **C:** inmunohistoquímica con células grandes reactivas a CD 20. **D:** células gigantes con inclusiones intranucleares basófilas rodeadas por un halo claro (cuerpos de Cowdry tipo B).

curso crónico intermitente, tratado desde el diagnóstico con infliximab 400 mg cada ocho semanas. Acude refiriendo 12 evacuaciones líquidas al día, acompañadas de moco, sangre, dolor abdominal, fiebre y pérdida de 10 kilogramos en dos meses. Se inicia protocolo descartando infección por *Clostridium difficile*; se realiza ileocolonoscopia, en la cual se observó mucosa edematizada, granular, hiperémica y con formaciones fungoides en colon sigmoideos y recto (Fig. 1A). El estudio histopatológico concluye LDCBG, CD20(+), CD30(+) y Oct-2(+) (Fig. 1B-C), además de la presencia de células gigantes con cuerpos de Cowdry tipo B, relacionado con infección por citomegalovirus (CMV) (Fig. 1D). Se estableció el diagnóstico de LCRP localizado mediante los criterios de Dawson. Se ofreció tratamiento quirúrgico y quimioterapia R-CHOP (rituximab, ciclofosfáida, hidroxil daunorubicina, oncovina, prednisona); sin embargo, no fue aceptado por la paciente, quien falleció a los cinco meses del diagnóstico.

Discusión

En la actualidad la mayoría de los estudios no confirman a la CU como un factor de riesgo para el desarrollo de LCRP¹.

Si bien el uso de inmunosupresores como las tiopurinas se han establecido como factor de riesgo para el

desarrollo del linfoma, las revisiones sistemáticas no logran demostrar un mayor riesgo de cualquier neoplasia (*odds ratio* [OR]: 0.9), incluyendo linfoma en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) expuestos a anti- factor de necrosis tumoral (TNF). Por el contrario, se ha demostrado un mayor riesgo de desarrollo de infecciones oportunistas (OR: 1.9) en estos pacientes^{2,3}.

A pesar de que el CMV no se conoce como virus oncogénico, algunas observaciones han demostrado que puede estar asociado con linfomas de Hodgkin y no Hodgkin⁴. Además existe evidencia del desarrollo de LDCBG en pacientes con colitis por CMV⁵.

A excepción del sexo y la localización, el resto de las características clínicas, patológicas y endoscópicas presentadas por la paciente coinciden con lo descrito en la literatura¹.

El LCRP generalmente se detecta posterior a los 12 años del diagnóstico de CU³ y actualmente no existen recomendaciones específicas para la vigilancia endoscópica de los pacientes con CU expuestos a terapia anti-TNF o infectados por CMV.

Conclusión

Si bien existe controversia respecto al incremento del riesgo de neoplasia en paciente con EII expuestos a terapia biológica, el riesgo de infecciones oportunistas sí se ha demostrado y ambas posibilidades deben ser consideradas en pacientes con uso prolongado de terapia biológica y descontrol de la EII.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen 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. Gay ND, Chen A, Okada CY. Colorectal lymphoma: A review. *Clin Colon Rectal Surg.* 2018;31(5):309-16.
2. Bonovas S, Fiorino G, Allocca M, Lytras T, Nikolopoulos GK, Peyrin-Biroulet L, et al. Biologic therapies and risk of infection and malignancy in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review and network meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016;14(10):1385-97.
3. Ferraro S, Leonardi L, Convertino I, Blandizzi C, Tuccori M. Is there a risk of lymphoma associated with anti-tumor necrosis factor drugs in patients with inflammatory bowel disease? A systematic review of observational studies. *Front Pharmacol.* 2019;10:247.
4. Kadry DY, Khorshed AM, Rashed RA, Mokhtar NM. Association of viral infections with risk of human lymphomas. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(14):1705-12.
5. Katsumata R, Matsumoto H, Motoyasu O, Murao T, Ishii M, Fujita M, et al. Primary colorectal lymphoma comprising both components of diffuse large B-cell lymphoma and mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma combined with cytomegalovirus colitis. *Clin J Gastroenterol.* 2016;9(2):59-62.