

Imagen endoscópica en bulbo duodenal de linfoma no Hodgkin de células grandes B. Reporte de caso

Anuar Y. Ponce-Kuri^{1*} y Gerardo A. Morales-Fuentes^{1,2}

¹Servicio de Gastroenterología; ²Servicio de Endoscopia. Hospital Español de México, Ciudad de México, México

Resumen

Hombre de 63 años, dos meses de evolución con malestar general, pérdida de peso y diaforesis nocturna. VIH (+), carga viral en 2.5 millones de copias y CD4 en 68. Panendoscopia: bulbo duodenal, pared anterior, se observó lesión de aproximadamente 10 mm de diámetro, con bordes sobreelevados y francamente vellosos, ulcerada en el centro y con restos de fibrina, friable a la toma de biopsias, reportando linfoma no Hodgkin de células grandes B en duodeno, CD20+, bcl-2+, MUM-1+, proliferación del 80%. Se inició quimioterapia R-EPOCH (rituximab, etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfámid, doxorubicina), con remisión de lesión cinco meses posterior al diagnóstico.

Palabras clave: Imagen. Endoscopia. Duodeno. linfoma.

Endoscopic image in the duodenal bulb of non-Hodgkin's large B-cell lymphoma. Case report

Abstract

63-year-old male patient, refers 2 months of evolution with general malaise, loss of weight and nocturnal diaphoresis. HIV (+), viral load in 2.5 million of copies and CD4 in 68. Endoscopy: In duodenal bulb, in anterior wall, lesion of approximately 10mm in diameter, with raised edges and frankly villous, ulcerated in center and with fibrin remains, friable when taking biopsies, which reported non-Hodgkin lymphoma of large B cells in the duodenum, CD20+, bcl-2+, MUM-1+, proliferation of 80%. R-EPOCH chemotherapy scheme was started, with remission of the lesion 5 months after diagnosis.

Keywords: Image. Endoscopy. Duodenum. Lymphoma.

Introducción

La infección por VIH produce un deterioro de la inmunidad celular, lo que predispone al desarrollo de algunos tipos de cáncer. A medida que se alarga la esperanza de vida de los pacientes que padecen VIH, las neoplasias malignas contribuyen cada vez más a la morbimortalidad en esta población¹.

Hay tres categorías de neoplasias que definen el SIDA: sarcoma de Kaposi, carcinoma cervical invasivo y ciertos linfomas no Hodgkin (LNH)².

Entre los pacientes que padecen VIH, del 25 al 40% desarrollará una neoplasia maligna y aproximadamente el 10% desarrollará un LNH^{1,2}.

*Correspondencia:

Anuar Y. Ponce-Kuri
E-mail: dr.pkuri@gmail.com

Fecha de recepción: 28-02-2022

Fecha de aceptación: 24-07-2022

DOI: 10.24875/END.22000018

Disponible en internet: 10-11-2022

Endoscopia. 2022;34(1):28-30

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.



Figura 1. Lesión en bulbo duodenal de aproximadamente 10 mm de diámetro, con bordes sobreelevados y francamente vellosos, ulcerada en su centro y con restos de fibrina.

En comparación con los pacientes VIH negativos, los pacientes que padecen VIH tienen un riesgo mayor de desarrollar linfoma³.

Presentación del caso

Hombre de 63 años de edad, con antecedente de hipotiroidismo de 10 años de evolución, con adecuado control.

Acudió a valoración por presentar dos meses de evolución con malestar general, acompañado de anorexia, plenitud gástrica, pérdida de peso de 5 kg y diaforesis nocturna. Laboratorios con VIH (+), complementando carga viral con 2.5 millones de copias y CD4 en 68, además de citomegalovirus IgM (+), virus de Epstein-Barr (-).

Se realizó panendoscopia, observando en bulbo duodenal, en su pared anterior, lesión de aproximadamente 10 mm de diámetro, con bordes sobreelevados y francamente vellosos, ulcerada en el centro y con restos de fibrina, friable a la toma de biopsias (Fig. 1).

Reporte histopatológico: LNH de células grandes B en duodeno, CD20+, bcl-2+, MUM-1+, proliferación del 80%.

Se inició tratamiento oncológico, tres ciclos quimioterapia de cinco sesiones, por un periodo de cinco meses de R-EPOCH (rituximab, etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina). Al finalizar tratamiento se realizó panendoscopia con toma de

biopsias, observando remisión completa de la lesión, histológica y endoscópicamente.

Discusión

El LNH es de las principales neoplasias que definen al SIDA. El LNH relacionado con el VIH es más común en hombres que en mujeres, independientemente del uso de antirretrovirales.

El LNH se encuentra principalmente en pacientes con infección por VIH más avanzada y un recuento de CD4 que suele estar por debajo de 100 células/ μ l.

El riesgo de LNH aumenta significativamente para aquellos con cargas virales por encima de 100.000 copias/ml en comparación con aquellos con cargas virales controladas¹⁻³.

Después de la implementación generalizada de la terapia antirretroviral, en pacientes con VIH se ha observado que el riesgo de LNH disminuyó inicialmente y se ha mantenido estable. Esta disminución de la incidencia parece reflejar mejoras en los recuentos de CD4.

El LNH del tracto gastrointestinal (GI) representa del 4 al 20% de todos los LNH y es el sitio de presentación extraganglionar más común. El estómago es el principal órgano afectado, pero también puede ocurrir en el intestino delgado, colon y recto.

Los linfomas GI suelen presentarse con signos y síntomas inespecíficos, atribuibles al sitio de afección¹⁻³.

Se han identificado condiciones predisponentes que pueden desarrollar linfoma GI primario, como lo son la

infección por *Helicobacter pylori*, enfermedades autoinmunes, inmunodeficiencias o inmunosupresión, enfermedad celiaca y enfermedad inflamatoria intestinal.

El diagnóstico se puede sospechar con estudios de imagen, pero requiere confirmación diagnóstica por medio de una biopsia.

Es de vital importancia difundir este tipo de casos e imágenes endoscópicas, para tener mayor sospecha diagnóstica al momento de observar alguna lesión similar en el tracto GI¹⁻³.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Hospital Español de México por el apoyo incondicional para recabar la información para poder redactar este artículo.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener 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. Noy A. Optimizing treatment of HIV-associated lymphoma. *Blood*. 2019;134(17):1385-94.
2. Olszewska-Szopa M, Wróbel T. Gastrointestinal non-Hodgkin lymphomas. *Adv Clin Exp Med*. 2019;28(8):1119-24.
3. Re A, Cattaneo C, Rossi G. HIV and lymphoma: from epidemiology to clinical management. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2019;11(1):e2019004.