



R E V I S T A M É D I C A
PANACEA

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA. ICA, PERÚ

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

p-ISSN 2223-2893

e-ISSN 2225-6989

Volumen 9 Número 2
PUBLICACION CUATRIMESTRAL
Mayo - Agosto
2020

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.335>

**REPORTE DE CASO:
SÍNDROME PILÓRICO CAUSADO POR LINFOMA NO
HODGKIN. REPORTE DE UN CASO.**

PYLORIC SYNDROME CAUSED BY A NON-HODGKIN
LYMPHOMA. A CASE REPORT.

AUTORES:

Radiel Martínez Valera
Julio Cesar Ramallo Hernández
Yunisleydis Bárzaga Quintero
Raydel Pérez Castillo

INDEXADA EN:



revistas.unica.edu.pe

Publicación cuatrimestral destinada a la difusión del conocimiento y producción científica en el campo de la salud por medio de la publicación de artículos de investigación, artículos de revisión, reporte de casos y cartas al editor.



Este trabajo es licenciado bajo Licencia Creative Commons Atribución - No Comercial - 4.0

SÍNDROME PILÓRICO CAUSADO POR LINFOMA NO HODGKIN. REPORTE DE UN CASO.

PYLORIC SYNDROME CAUSED BY A NON-HODGKIN LYMPHOMA. A CASE REPORT.

Radiel Martínez Valera^{1,a}; Julio Cesar Ramallo Hernández^{1,b}; Yunisleydis Bárzaga Quintero^{2,c}; Raydel Pérez Castillo^{3,d}.

1. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.
 2. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
 3. Instituto de Medicina del Deporte, La Habana
 a. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. <https://orcid.org/0000-0001-7544-2143>

b. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. <https://orcid.org/0000-0002-6991-4981>
 c. Estudiante de medicina <https://orcid.org/0000-0001-8904-8059>
 d. Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. <https://orcid.org/0000-0001-9454-5375>

DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.335>

RESUMEN

El síndrome pilórico es un conjunto de síntomas y signos que se producen por una obstrucción total o parcial de la región pilórica que trae como consecuencia la dificultad para el vaciamiento gástrico y la consiguiente retención de su contenido. Se trata de un paciente que presentó vómitos postprandiales tardíos y dolor abdominal difuso después de ingerir alimentos sólidos. Pasado un mes de estos síntomas, los vómitos procedían ante la ingesta de líquidos, acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso. Se atiende en el servicio de cirugía del Hospital "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Se realizó endoscopia que observó obstrucción pilórica completa sin etiología precisada. La laparotomía exploratoria encontró dilatación gástrica con edema y endurecimiento del antro pilórico, múltiples tumoraciones y endurecimientos de un segmento de la unión yeyuno e íleon. Se efectuó antrectomía con gastroyeyunostomía y Brown, con resección de 60 cm de intestino delgado, que incluyó las tumoraciones encontradas. El diagnóstico histológico fue de Linfoma no Hodgkin Linfocítico bien diferenciado.

Palabras Claves: Píloro; Antro Pilórico; Estenosis Hipertrófica del Píloro; Laparotomía; Linfoma no Hodgkin. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Pyloric syndrome is a set of symptoms and signs that are produced by a total or partial obstruction of the pyloric region that results in difficulty in gastric emptying and the consequent retention of its contents. This patient presented with late postprandial vomiting and diffuse abdominal pain after ingesting solid food. After one month of these symptoms, vomiting was even caused by the intake of liquids, accompanied by asthenia, anorexia and weight loss. He is treated in the surgery service of Dr. "Ernesto Guevara de la Serna" Hospital. An endoscopy was performed which observed complete pyloric obstruction without precise aetiology. Exploratory laparotomy found gastric dilatation with edema and hardening of the pyloric antrum, multiple tumors and hardening of a segment of the jejunum-ion junction. Antrectomy was performed with gastrojejunostomy and Brown, with resection of 60 cm of small intestine, which included the tumors found. The histological diagnosis was well-differentiated Lymphocytic Non-Hodgkin's Lymphoma.

Key Words: Pylorus; Pyloric Antrum; Pyloric Stenosis, Hypertrophic; Laparotomy; L y m p h o m a , Non-Hodgkin. (Source: MeSH NLM).

Correspondencia:

Dr. Raydel Pérez Castillo.
 Domicilio: Calle Territorial 265. La Habana, Cuba.
 Correo Electrónico: raydelp77@gmail.com

Contribuciones de autoría:

RMV, JCRH, YBQ participaron en análisis, redacción, revisión y aprobación final del manuscrito.
 RPC participaron en la recolección de los fundamentos teóricos y análisis metodológico del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado por el colectivo de autores.

Agradecimiento: Al personal de los Departamentos de Anatomía Patológica del "Dr. Ernesto Guevara de la Serna".

Cómo citar:

Martínez-Valera R, Ramallo-Hernández J, Bárzaga-Quintero Y, Pérez-Castillo R. Síndrome pilórico causado por linfoma no hodgkin. Reporte de un caso. Rev méd panacea.2020;9(2): 144-147. DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v9i2.335>

Recibido: 10 de julio del 2020 | Aceptado: 08 de agosto del 2020 | Publicado: 20 de agosto del 2020

INTRODUCCIÓN

El síndrome pilórico se define como un conjunto de síntomas y signos que se presentan cuando por obstrucción total o parcial de la región pilórica; ocasiona dificultad para el vaciamiento gástrico y retención de su contenido (1). Normalmente, el alimento pasa de manera fácil desde el estómago hacia la primera porción del intestino delgado a través de una válvula llamada píloro. En la estenosis pilórica, los músculos de esta región se engruesan e impiden que el estómago vacíe su contenido hacia intestino delgado (1,2).

Las primeras anotaciones del problema se registran desde inicios del siglo XVIII, pero es hasta finales del siglo XIX e inicios del XX que los informes contribuyen a mejorar el conocimiento de esta entidad (1,2). El diagnóstico del Síndrome Pilórico se basa exclusivamente en los datos clínicos. El cuadro es tan típico en sus manifestaciones que su existencia no puede ser ignorada por el sucesivo acumulo progresivo de síntomas. Solo habrá que no confundir los vómitos postprandiales con una regurgitación esofágica por obstáculo distal de este segmento digestivo (2,3).

El análisis diagnóstico incluye el estudio con técnicas como la endoscopia, radiografía contrastada del tracto digestivo superior o tomografía axial computarizada (3-6). Sus causas principales incluyen la úlcera duodenal, el cáncer gástrico antro-pilórico, entre otras; sin embargo, los Linfomas no Hodgkin (LNH) se consideran causas raras de Síndrome Pilórico (5,6). A pesar de ser el tracto digestivo la localización extraganglionar más frecuente de LNH (7,8). Los LNH son neoplasias linfoides que pueden presentar fenotipo de células B ó T; las de tipo B son más frecuentes, mientras que los linfomas de tipo T tienen peor pronóstico al ser generalmente más agresivos (7-10).

En el ámbito internacional, la sobrevivencia de estas enfermedades es de aproximadamente 5 años, y en el mundo se encuentran entre las 10 primeras causas de cáncer en ambos sexos, con ligera prevalencia mayor en el sexo masculino (1,3,6). Su diagnóstico suele realizarse en la gran parte de los casos durante el estudio de otras afecciones o en la búsqueda de alguna explicación a la sintomatología clínica de un paciente (11-13).

A continuación, presentamos un caso clínico poco frecuente por la etiología histopatológica del caso. En nuestro médico el Síndrome Pilórico en los adultos se asocia a la úlcera duodenal y el cáncer gástrico antro-pilórico. Aun cuando el LNH se presenta frecuentemente en su forma ganglionar y su forma extraganglionar más asidua es la digestiva; es raro encontrar al LNH como causa de un síndrome pilórico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 42 años de edad, de la raza

blanca, de procedencia urbana. Precisa que a finales 2019 comenzó a presentar vómitos postprandiales tardíos y dolor abdominal difuso después de ingerir alimentos sólidos. Pasado un mes de estos síntomas, los vómitos procedían hasta por la ingesta de líquidos; acompañado de astenia, anorexia y pérdida de peso.

A dos meses de los primeros síntomas, el paciente decide asistir al cuerpo de guardia de cirugía del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" en Las Tunas. Es resecionado, se diagnostica cuadro de desnutrición proteico-energética asociado a cuadro emético crónico. Se le indican estudios de hemograma completo, Radiografía de Tórax y Ultrasonido abdominal, estudios estos dentro de rangos de normalidad.

Se traslada a unidad de cuidados intermedios (UCIM), se suspende vía oral y se pasa a nutrición parenteral. Se mantiene las medidas terapéuticas de sostén y se indica ionograma y endoscopia:

- **Ionograma:** Sodio: 135,4 mmol/L; Potasio: 4,24 mmol/L; Cloro: 95,7 mmol/L y Calcio: 0,93 mmol/L.
- **Endoscopia:** Se introduce el equipo hasta llegar a región prepilórica sin poder avanzar por estenosis pilórica y abundante de líquido de retención. No se logró distensión tras la insuflación por el edema de la mucosa y marcado eritema concéntrico intenso que impide el avance del equipo. Esófago: con mucosa lisa y rosada. Conclusiones: Síndrome pilórico completo sin precisar etiología.

Se discute el paciente en colectivo de Cirugía y UCIM, y se decide conducta quirúrgica. Se realiza laparotomía exploratoria, encontrándose gran dilatación gástrica con edema y endurecimiento del antro pilórico, segunda y tercera porción del duodeno. Además, se observaron múltiples tumoraciones y endurecimientos de un segmento importante de la unión yeyuno e íleon. El colon con características aparentemente normales.

Se le realizó antrectomía con gastroyeyunostomía y Brown. Se resecaron aproximadamente 60 cm de intestino delgado, que incluyó las tumoraciones encontradas. Se practicó anastomosis término terminal en dos planos de sutura. Los segmentos resecados fueron enviados para realizar biopsia.

El paciente estuvo ingresado en salas de cuidado intensivo y abierto, con evolución clínica y paraclínica satisfactoria. Se decide dar alta con tratamiento médico y seguimiento por consulta externa de cirugía. Se recibe informe del departamento de Anatomía Patológica que informa:

Biopsia: Se recibe pieza anatómica quirúrgica de píloro, segmento de yeyuno e íleon (Imagen 1).



Imagen 1: múltiples tumoraciones y endurecimientos tumorales de un segmento de aproximadamente 60 cm de la unión yeyuno e íleon.

- **Descripción macroscópica:** segmento pilórico e intestinal de 60 cm con múltiples tumoraciones que muestran áreas abscedadas y dilatación quística. Serosa deslustrada, mucosa con aplanamiento de vellosidades en áreas nodulares. Se observan nódulos blanquecinos confluentes que invaden la pared y hacen relieve en la mucosa.
- **Descripción microscópica:** mucosa gástrica y de intestino delgado con atrofia parcial y severa de vellosidades, edema e infiltración de la pared por tejido linfoide atípico.
- **Conclusiones:** LNH Linfocítico bien diferenciado, con invasión de la serosa. Dilatación aneurismática de vasos linfáticos y neumatosis quística. Atrofia parcial severa de las vellosidades.

El paciente se interconsultó con la especialidad de Oncología para continuar los protocolos de estudio y tratamiento.

DISCUSIÓN

Las causas del síndrome pilórico pueden ser orgánicas o funcionales; entre las primeras se encuentran la úlcera péptica yuxtapiórica, cáncer del antro (vegetante o infiltrativo), perigastritis dependiente de lesiones de órganos vecinos (duodeno-vesícula biliar), tumores benignos, estenosis hipertrófica congénita del píloro, compresiones extrínsecas (tumores pancreáticos, cuerpos extraños) (3-5). Las causas funcionales, espasmo del píloro ligado a lesiones orgánicas activas del duodeno o de la curvatura menor, gastritis o extragástricas como colecistopatías (2-4).

Presentamos un caso dado por un Síndrome Pilórico, diagnosticado por estudio endoscópico el estrechamiento pilórico, llevado al acto quirúrgico y se confirma por biopsia, causado por un LNH. Al revisar la bibliografía disponible, se sistematiza la investigación Hugo Góngora et al (1); quienes refieren de un caso con síndrome pilórico producido por un LNH.

Otros trabajos interesantes como los realizados por Garritano (2) que trata de un síndrome pilórico por adenocarcinoma. Monteiro et al (3) y Verdecia Cañizares et al (4) realizaron un estudio del LNH, basado en los subtipos, aspectos epidemiológicos y localización anatómica, en la cual no se hace referencia al LNH en el píloro. Porto Valera (5) por su parte, aborda un caso con LNH primario de localización esplénica.

A pesar de que la presentación extraganglionar más frecuente del LNH es la digestiva; es muy raro encontrarlo como causa de un síndrome pilórico (1). Estas neoplasias en el intestino delgado son poco frecuentes, representando del 1% al 2% de las neoplasias gastrointestinales.

Se concluye definiendo la presentación y discusión de un caso, poco reportado en la literatura científica de un LNH gástrico, manifiesto por un cuadro de síndrome pilórico; su génesis podría ser explicado por la sumatoria de trastornos mecánicos, químicos y neuromotores. El síndrome pilórico no incluye LNH en su listado habitual de diagnósticos diferenciales; pero en lo adelante se le debe tener en cuenta junto a otras entidades menos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Góngora Jara H, De La Cuesta P, Bepre L, León Malamud L, Kaen A. Síndrome pilórico como resultado de un linfoma MALT. Servicio de Patología-Hospital Regional "Dr. Enrique Vera Barros"- La Rioja. Argentina, 2012. III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Disponible en: <http://www.conganat.org/3congreso/cvhap/comunicaciones/088/cabecera.htm>.
2. Garritano de Oliveira CR, Gomes Guimarães JC, Domingos da Silva R, da Silva de Sousa RT. Síndrome de estenose pilórica por adenocarcinoma de píloro. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. 2013 Oct [cited 2020 June 05]; 40 (5): 430-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-6991201300050015>.
3. Monteiro, TAF., Arnaud, MV C., Monteiro, J. L. F., da Costa, M. R. M., & da Costa Vasconcelos, P. F. (2016). Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. Revista Pan-Amazônica de Saúde, 7(1), 5-5. Disponible en: <http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/articulo/view/123>
4. Verdecia Cañizares C, Santos Labarcena ME, Lam Díaz RM. Comportamiento del linfoma no Hodgkin en la edad pediátrica. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2015 Dic [citado 2020 Jun 05]; 87(4): 460-467. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000400008&lng=es
5. Porto Varela M, Centurión J, Rodrigo O, Aguilar Zapag R, Olmedo R. Linfoma primario no Hodgkin de localización esplénica: Primary non-Hodgkin lymphoma of splenic localization. Rev Cir Parag [Internet]. 2014 June [cited 2020 June 05]; 38 (1): 32-34. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-04202014000100007&lng=en
6. Gisbert Javier P. Linfoma gástrico MALT. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2013 Jun [citado 2019 Jun 05]; 105 (5): 303-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-0108201300050011>
7. Noguera-Valverde RA. Estenosis hipertrófica del píloro. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 Sep [citado 2019 Jun 05]; 81 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000300008&lng=es.
8. Arredondo Bruce A, Amores Carraté J. Linfoma no Hodgkin de células T: una nueva visión. AMC [Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Jun 05]; 13 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000300019&lng=es.
9. Reyna-Villasmil E, Pérez-Ortiz V. Linfoma no Hodgkin primario de ovario: Reporte de caso. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2018 Ene [citado 2019 Jun 05]; 64(1): 107-111. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000100016&lng=es.
10. Yadav R, Balasundaram P, Mridha AR, Iyer VK, Mathur SR. Primary ovarian non-Hodgkin lymphoma: Diagnosis of two cases on fine needle aspiration cytology. Cytojournal. 2016;13:2. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/1742-6413.173588>
11. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. Lancet. [Internet]. 2012; [citado 2019 Jun 05] 380 (9844): 848-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835603>
12. Kumar N, Kumar R, Bera A, Srinivasan R, Sharma SC. Primary ovarian lymphoma: a case report and review of literature. J Obstet Gynaecol India. 2014;64(1):65-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931906/>
13. Kharazmi E, Fallah M, Pukkala E, Olsen JH, Tryggvadottir L, Sundquist K, et al. Risk of familial classical Hodgkin lymphoma by relationship, histology, age, and sex: a joint study from five Nordic countries. Blood. 2015 Oct 22; 126(17):1990-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26311361>
14. Sotomayor Preciado A, Romero Encádala I, Mora Veintimilla G, Figueroa Samaniego S. Linfoma no hodgkin tipo MALT: Reporte de un caso. RECIAMUC [Internet]. 2019 [citado 31 may 2020]; 2(1):166-80. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/21>

