

Linfoma perianal primario en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida

F. Palma / H. Oliva / A. Leiva / P. Palma

La incidencia de linfomas no Hodgkin en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha sido ampliamente descrita (1), mientras que es mucho menos frecuente la enfermedad de Hodgkin (2), hasta el punto de que el linfoma

no-Hodgkin se considera como diagnóstico de SIDA por el Centers for Disease Control en enfermos seropositivos para anticuerpos al virus de la inmunodeficiencia humana. Dentro de este grupo de tumores, se presenta aquí un caso excepcional por su localización exclusivamente perianal.

Historia clínica. Hombre de 36 años, homosexual, que trabaja en un vídeo club nocturno en el Barrio Chino de Barcelona. En mayo de 1989 nota una formación en la comisura posterior anal que le va creciendo sin dolor, pero produciéndole molestias, sobre todo al defecar. En agosto le aparece fiebre alta, y posteriormente, vómitos y emaciación progresiva, siendo intervenido quirúrgicamente dos veces a nivel del ano sin experimentar ninguna mejoría, hasta que es diagnosticado de infiltrado pulmonar tuberculoso y tratado específicamente (Rifaldin y Cemidon).

Se presenta una primera experiencia de un linfoma anal primario en un paciente con un síndrome de inmunodeficiencia adquirida, comprobado con estudio clínico, biológico, histopatológico e histoquímico. Así como la localización de este linfoma puede presentarse en todo el ap. digestivo, es menos frecuente su aparición perianal simulando un absceso. Su ablación quirúrgica permitió conocer su etiología. La respuesta a su extirpación fue seguida de una mejoría del estado general y curación a nivel local. Transcurrido año y medio de la intervención, y no habiendo seguido las instrucciones de sus especialistas, y volviendo al desorden de su vida en la Ciudad Condal, donde vivía, falleció.

Por enzaimoanálisis: anticuerpos anti-VIH positivo; antígeno de superficie de la hepatitis B negativo; anticuerpos anti-HBc positivo; anticuerpos anti-citomegalovirus 5.1 (positivo alto superior a 4); anticuerpo anti-her-

pes simplex I, 2.26 (positivo superior a 1); anticuerpo anti-herpes simplex II, 1.02 (positivo superior a 1); linfocitos T totales 210/ml; linfocitos T. subpobl. OKT3 60% (normal hasta 80% y linfocitos T subpobl. OKT7 3% (normal 4-10%).

La masa anal mide 6 x 3,5 cm, es dura y uniforme y se continúa por la submucosa del canal anal hasta 0,5 cm por encima de la línea dentada y afectando a la mitad posterior de la circunferencia anal. Se le interviene quirúrgicamente, posteriormente a la cual le desaparece la fiebre, empieza a nutrirse y recupera peso.

Macroscofia: Pieza irregularmente ovoide de 6 x 3,5 cm, recubierta parcialmente por un óvalo de piel de 3 cm, constituida por un tejido blanquecino, de aspecto homogéneo y consistencia firme.

Estudio histológico: Debajo de un epitelio escamoso sin alteraciones significativas, se

observa una proliferación difusa de elementos no cohesivos, de gran tamaño, citoplasma abundante y acidófilo, núcleos amplios e irregulares, a menudo polarizado en un extremo y muchos provistos de un gran nucleolo central. Mitosis relativamente abundantes, algunas atípicas (Fig. 1). Ocasionalmente, se observan células de apariencia multinucleada Reed-Sternber-like, aunque con cromatina más grosera y nucleolos pocas veces manifiestos. Frecuentes focos de necrosis.

El estudio inmunohistoquímico con anticuerpos monoclonales y policlonales con las técnicas de peroxidada indirecta con doble puente y avidina-biotina, se demuestra que las células tumorales son positivas al L26 y expresan IgG y cadena ligera Kappa (Fig. 2). Son negativas para los panT MT1 y UCHL1, y para IgM, IgD, IgA y lambda. Se trata, por tanto, de un linfoma no Hodgkin difuso, de alto grado, estirpe B y tipo inmunoblástico.

Discusión

Los linfomas relacionados con el SIDA tienen una serie de peculiaridades que los diferencian de los que aparecen en la población general. Se presentan frecuentemente en sitios extraganglionares, como ocurre en el sistema nervioso central o en el tubo digestivo, donde a su vez es muy rara la localización ano-rectal, y, sobre todo, exclusivamente perianal.

Se han descrito muy pocos casos de linfoma primario anorrectal (3, 4, 5), mientras que la localización exclusivamente perianal es excepcional, hasta el punto de no haber podido encontrar más que un solo caso en la literatura (6). Por el contrario, la aparición de un linfoma no Hodgkin exclusivamente

rectal en sujetos inmunocompetentes corresponde a un 4 a 6% de todos los linfomas gastrointestinales, teniendo en cuenta que en ninguno de ellos había infiltración perianal.

Todos ellos lo han sido a partir del año 1986 en las dos series descritas, en varones de edad joven o media, en contraste con la edad avanzada (63 años de media) que presentan los enfermos inmunocompetentes con linfomas anales.

Este tipo de linfomas son de estirpe B y alto grado de malignidad, como ocurre en este caso, que, además, presenta características clínicas y analíticas propias del SIDA. Estos enfermos también tienen una pobre respuesta al tratamiento y, en consecuencia, una escasa supervivencia, que en este caso no podemos valorar porque su período de seguimiento es escaso todavía.

La localización de este linfoma, al igual que otros tipos de tumores anales, estaría relacionado con prácticas homosexuales con contactos rectales pasivos, es decir, que la presumible puerta de entrada de la infección viral que causa el SIDA y en un lugar donde los homosexuales presentan en gran número otro tipo de lesiones, como proctitis inespecíficas, erosiones, abscesos perirectales, fisuras y fístulas. ◀

E. Palma, Cirujano. Director Clínica Quirúrgica La Inmaculada. H. Oliva, Catedrático de Anatomía Patológica. Fundación Jiménez Díaz, Madrid. A. Leiva, Cirujano Hospital S.S. Jaén. P. Palma, Doctor en Medicina y Médico Residente Proktologische Klinik, Prosper Hospital, Recklinghausen



Figura 1.—Proliferación difusa de células de hábito linfocitario a nivel del corion, con patrón «en cielo estrellado» que no invade el epitelio escamoso suprayacente del conducto anal.



Figura 2.—La proliferación está constituida por células de núcleo grande, muy irregulares, provistas, algunas de ellas, de un gran nucleolo central, con actividad mitótica moderada. Las técnicas histoquímicas demuestran que la proliferación corresponde a linfocitos T, dada la positividad con UCIII1.

Bibliografía

1. ZEIGLER, JL.; BECKSTEAD, JA.; VOLBERDING, PA., et al.: «Non-Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men: relation to generalized lymphadenopathy and the acquired immunodeficiency syndrome». *N. Engl. J. Med.*, 1984. 311:565-570.
2. AMES, ED.; CONIANKA, MS.; GOLDBERG, AF; et al.: «Hodgkin's disease and AIDS. New cases and literature review (abstract)». *IVth International Conference on AIDS*, 1988.
3. LEE, MH.; WAXMAN, M.; GILLOOLEY, JF: «Primary malignant lymphoma of the anorectum in homosexual men». *Dis Colon Rectum*, 1986. 29:413-416.
4. IOACHIM, HL.; WEINSTEIN, MA.; ROBBINS, RD.; SOHN, N.; LUGO, PN.: «Primary anorectal lymphoma: a new manifestation of the acquired immune deficiency (AIDS)». *Cancer*, 1987. 60:1449-1453.
5. IOACHIM, HL.; COOPER, MC.; HELLMAN, GC.: «Lymphomas in men at high risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS): a study of 21 cases». *Cancer*, 1985. 56:2831-2842.
6. MORRISON, JG., et al.: «Perianal Lymphoma as a Manifestation of the Acquired Immune Deficiency Syndrome». *Dis. Colon Rectum*, 1989. 6:521-523.