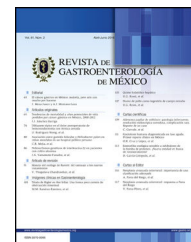




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTAS CIENTÍFICAS

Linfoma gástrico asociado a *H. pylori*: remisión completa con tratamiento de TARAA y erradicación de *H. pylori* en un paciente VIH-positivo



H. pylori-associated gastric lymphoma: Complete remission in an HIV-positive patient treated with HAART and *H. pylori* eradication therapy

El linfoma no Hodgkin (LNH) de células B es una de las neoplasias observadas con mayor frecuencia en pacientes VIH-positivos. Esta asociación se ha contemplado desde el comienzo de la epidemia del VIH, y se considera como una condición definidora del sida¹.

El LNH se presenta en forma extranodal con más frecuencia en pacientes VIH-positivo que pacientes VIH-negativo. El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más comúnmente afectado². De acuerdo al subtipo histológico, el linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) y el linfoma de Burkitt son las formas más comunes de LNH. Se estima que la incidencia de LNH en pacientes con VIH es 100 veces mayor que en la población general³.

Por otro lado, los linfomas de tejido linfoide asociado a mucosas (TLAM) de tipo gástrico son comúnmente asociados a la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). El linfoma TLAM gástrico tiene una relación etiopatológica con la infección crónica por *H. pylori*. Se ha descrito una remisión completa en linfomas TLAM de grado bajo y de grado alto después de la erradicación de *H. pylori*, tanto en pacientes inmunocompetentes como en pacientes con sida, sin el uso de agentes quimioterapéuticos anticancerígenos⁴. Son pocos los reportes que han descrito la remisión completa de LDCGB *H. pylori*-positivo en pacientes VIH-positivo tratados únicamente con terapia antirretroviral altamente activa (TARAA) y erradicación del *H. pylori*⁵.

Presentamos el caso de un paciente VIH-positivo con LDCGB *H. pylori*-positivo.

Varón de 47 años de edad con historial de 3 meses de evolución de pirosis, dolor epigástrico y pérdida de peso de 5 kg, afebril con resultados normales a la exploración física. Los resultados de laboratorio reportaron VIH positivo con carga viral de 1,240,000 copias/ml, cuenta total de linfocitos de 2,137 mm³ y CD4 de 725 mm³. La endoscopia digestiva alta reveló un tumor gástrico ulcerado de 8 cm en la curvatura mayor. Se tomaron biopsias múltiples

para análisis patológicos e inmunohistoquímicos. Los análisis confirmaron una lesión neoplásica hiper celular de origen linfoide, que reemplazó casi completamente a la mucosa con células apópticas y células polimorfonucleares aisladas. La coloración de Giemsa reveló bacilos morfológicamente compatibles con *H. pylori* (fig. 1). Los resultados inmunohistoquímicos fueron CD3-, CD5-, CD10-, CD20+, CD45+, Bcl-6+, kappa+ y lambda- (fig. 2).

Los diagnósticos establecidos fueron linfoma gástrico difuso de células grandes B, infección de VIH y gastritis asociada a *H. pylori*.

La TC abdominal mostró una masa gástrica sin aparente adenomegalia o metástasis.

El paciente recibió tratamiento con TARAA (efavirenz 600 mg/emtricitabina 200 mg y tenofovir 300 mg/día) y erradicación de *H. pylori* (omeprazol 20 mg/claritromicina 500 mg y amoxicilina 1,000 mg/12 h/10 días). No se administró quimioterapia antineoplásica.

Al seguimiento de un año, el paciente se presenta asintomático sin evidencia de actividad tumoral en endoscopia o biopsia, con carga viral no detectable, y cuenta de CD4 de 543 mm³.

Un año después del inicio del tratamiento con TARAA y la erradicación de *H. pylori*, sin el uso de agentes anti-cáncer, el paciente se mantiene en completa remisión. Ribeiro et al. reportan un caso similar, en el cual un paciente logró una remisión completa sin el uso de agentes neoplásicos (en linfoma TLAM)⁴ y Okame et al. reportaron un caso de LDCGB gástrico asociado a sida en etapa IE, que respondió a tratamiento con TARAA y erradicación de *H. pylori*⁵.

Los pacientes VIH-positivo con LNH gástrico, tratados solamente con TARAA y erradicación de *H. pylori*, tienen un pronóstico relativamente bueno. Un estudio francés describió a 8 pacientes con linfoma TLAM, 6 de los cuales tenían compromiso gástrico. De estos, 5 tenían infección concurrente de *H. pylori*. Mediante el tratamiento de TARAA y la erradicación de *H. pylori*, se logró una remisión completa del 100% de los pacientes con linfoma gástrico asociado a *H. pylori*⁶. En otro estudio, 11 de 16 pacientes (68.8%) con LDCGB *de novo* lograron una remisión completa después del tratamiento de erradicación de *H. pylori*⁷.

Hay tasas de remisión completa, de aproximadamente 80%, con antibioticoterapia. Esto se debe principalmente al hecho de que el crecimiento del linfoma en las etapas iniciales de la linfomagénesis es estimulada a través del contacto entre células B neoplásicas y células T intratumorales específicas para *H. pylori*, y es así que el tratamiento de erradicación de *H. pylori* elimina este estímulo⁸. Además, cierta expresión proteica está relacionada con el

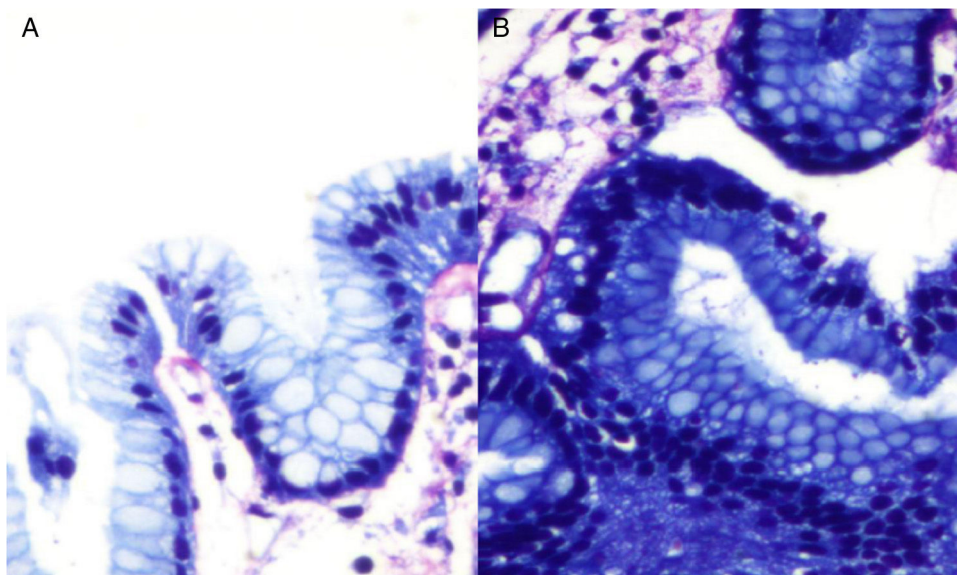


Figura 1 Tinción de Giemsa. A y B) Bacilos morfológicamente compatibles con *H. pylori*.

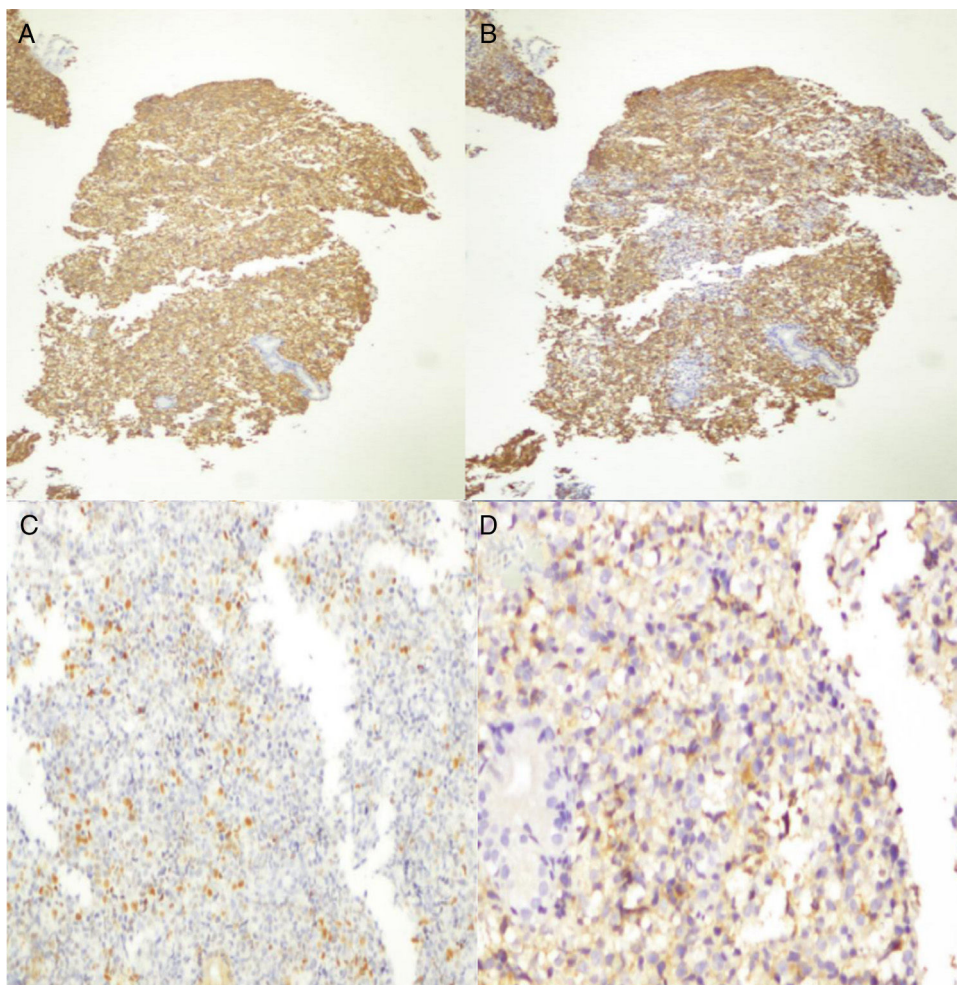


Figura 2 Análisis inmunohistoquímicos: A) Inmunorreacción positiva a CD45 en linfocitos neoplásicos y en linfocitos reactivos B y T. B) Inmunorreacción positiva a CD20 en linfocitos neoplásicos. C) Inmunorreacción positiva focal Bcl-6 en células neoplásicas. D) Inmunorreacción positiva focal para el índice kappa en células neoplásicas.

buen pronóstico. Se consideran la CD-10 y Bcl-6 marcadores importantes en el diagnóstico de LDCGB de células B de centros germinativos, y muchos estudios han sugerido que la expresión de CD10 y Bcl-6 en LDCGB predice mejores tasas de supervivencia en general⁹.

El tratamiento de LDCGB ha evolucionado de gastrectomías rutinarias a terapias más conservadoras, tales como la radioterapia en tan solo un poco más de una década. El desenlace de nuestro caso apoya la sugerencia de ensayos clínicos recientes de que se pueden obtener resultados excelentes tratando el LDCGB gástrico *H. pylori*-positivo en etapa limitada únicamente con antibióticos, y reservando la quimio-radioterapia solamente como una opción para los pacientes que no responden a los medicamentos, y para los pacientes con malos pronósticos¹⁰.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio/artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Herida M, Mary-Krause M, Kaphan R, et al. Incidence of non AIDS-defining cancers before and during the highly active antiretroviral therapy era in a cohort of human immunodeficiency virus infected patients. *J Clin Oncol*. 2003;21:3447-53.
2. Spina M, Carbone A, Vaccher E, et al. Outcome in patients with non-Hodgkin lymphoma and with or without human immunodeficiency virus infection. *Clin Infect Dis*. 2004;38:142-4.
3. Pizarro Á, García H, Riquelme A, et al. Linfomas asociados a infección por VIH en pacientes del Hospital Clínico San Borja Arriarán/Fundación Arriarán 2001-2008. *Rev Chilena Infectol*. 2013;30:23-30.
4. Ribeiro JM, Lucas M, Palhano MJ, et al. Remission of a high-grade gastric mucosa associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma following *Helicobacter pylori* eradication and highly active antiretroviral therapy in a patient with AIDS. *Am J Med*. 2001;111:328-9.
5. Okame M, Takaya S, Sato H, et al. Complete regression of early-stage gastric diffuse large B-cell lymphoma in an HIV-1-infected patient following *Helicobacter pylori* eradication therapy. *Clin Infect Dis*. 2014;58:1490-2.
6. Boulanger E, Meignin V, Baia M, et al. Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma in patients with human immunodeficiency virus infection. *Br J Haematol*. 2008;140:464-74.
7. Kuo SH, Yeh KY, Wu MS, et al. *Helicobacter pylori* eradication therapy is effective in the treatment of early-stage *H. pylori*-positive gastric diffuse large B-cell lymphomas. *Blood*. 2012;119:4838-44.
8. Morgner A, Miehle S, Fischbach W, et al. Complete remission of primary high-grade B-cell gastric lymphoma after cure of *Helicobacter pylori* infection. *J Clin Oncol*. 2001;19:2041-8.
9. Zhang Z, Shen Y, Shen D, et al. Immunophenotype classification and therapeutic outcomes of Chinese primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:1-7.
10. Cuccurullo R, Govi S, Ferreri AJ. De-escalating therapy in gastric aggressive lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2014;20:8993-7.

L. Verduzco-Rodríguez^a, F. Ramírez-Pérez^{b,*}, R.M. Clendenin^b y L.A. Cruz Lara^b

^a Departamento de Oncología, Río Blanco Regional Hospital, Veracruz, México

^b Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina, Campus Ciudad Mendoza, Veracruz, México

* Autor para correspondencia. Av. Miguel Hidalgo, Esq. Carrillo Puerto s/n, Colonia Centro/C.P. 94740, Camerino Z. Mendoza, Veracruz, México.
Correo electrónico: fabio_k111@hotmail.com (F. Ramírez-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.12.004>
0375-0906/

© 2016 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Granuloma piógeno de yeyuno. Diagnóstico y tratamiento con enteroscopia doble balón. Reporte de un caso



Pyogenic granuloma of the jejunum; diagnosis and treatment with double-balloon enteroscopy: A case report

Las causas de la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) están localizadas en el intestino delgado, de modo que tanto la cápsula como la enteroscopia de doble balón (EDB), pueden ser utilizadas para identificar la etiología de las mismas.

El granuloma piógeno (GP) es un tumor vascular inflamatorio que típicamente afecta la cavidad oral y la piel. La

afectación de sistema digestivo es una causa rara de HDOO. Presentamos un caso de GP diagnosticado y tratado por EDB.

Paciente de sexo femenino, 71 años de edad, con antecedentes de diabetes tipo 2 (metformina), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (broncodilatadores en aerosol), insuficiencia cardíaca congestiva (hidroclorotiazida) y enfermedad coronaria (mononitrato de isosorbide) que consulta por anemia de 8 meses de evolución, sin sangrado evidente. Recibió tratamiento con hierro vía oral sin respuesta, y requirió múltiples internaciones para realizar transfusiones sanguíneas.

La videoendoscopia digestiva alta y la videocolonosco-pía con intubación del íleon terminal resultaron normales. La serología para enfermedad celíaca fue negativa, al igual que los estudios ginecológicos. Los estudios hematológicos periféricos evidenciaron anemia microcítica e hipocrómica.