
Linfoma Hepático Primario. Reporte de Caso



Rev Guatem Cir Vol. 29 (1) - 2023

Lizzette Barbosa, Sergio Estrada MACG.

Clínica de Tumores. Departamento de Cirugía General del Hospital Roosevelt Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala.

RESUMEN

Analizamos el caso de un paciente masculino de 54 años con cuadro clínico caracterizado por aumento del diámetro abdominal, de inicio insidioso y progresivo, asociado a dolor hipocondrio derecho de leve intensidad, fatiga y pérdida de peso. La tomografía abdominal reporta una lesión sólida hepática con áreas de mayor hipodensidad (necrosis) e intensa vascularización tras la contrastación. No se realiza biopsia hepática en el prequirúrgico por riesgo de sangrado. Se decide realizar una segmentectomía lateral izquierda (resección tumoral del segmento II Y III) más esplenectomía y colecistectomía. La inmunohistoquímica confirma el diagnóstico de linfoma de células B de centro germinal hepático primario, con márgenes negativos por lo cual se complementa el tratamiento con quimioterapia esquema RCHOP.

Palabras clave: linfoma, segmentectomía lateral izquierda

ABSTRACT

Primary liver lymphoma. Case Report

We analyzed the case of a 54-year-old male patient with symptoms characterized by an progressive increase in abdominal diameter, of insidious onset, accompanied by mild pain in the right hypochondrium, fatigue, and weight loss. Abdominal tomography reported a solid liver lesion with areas of greater hypodensity (necrosis) and intense vascularization after contrast. Liver biopsy was not performed in the pre-surgical period due to the risk of bleeding. A left lateral segmentectomy (tumor resection of segments II and III) with splenectomy and cholecystectomy was performed. Immunohistochemistry confirms the diagnosis of primary hepatic germinal center B-cell lymphoma, with negative margins after which the treatment is complemented with RCHOP chemotherapy scheme.

Keywords: lymphoma, left lateral segmentectomy

INTRODUCCIÓN

El linfoma hepático primario (LHP) es una forma rara de linfoma no Hodgkin predominantemente de células B grandes. Su incidencia es de 0.016 % en la población general con una edad media de aparición es de 50 años; con una predominancia en hombres¹. Se manifiesta clínicamente con síntomas vagos como náuseas, vómitos, molestias en la parte superior del abdomen e ictericia. La hepatomegalia y esplenomegalia pueden estar presente y variar de moderada a grave, lo que resulta en molestias abdominales. El abordaje quirúrgico, ya sea hepatectomía o segmentectomía más quimioterapia esquema R-CHOP coadyuvante ha demostrado mayores beneficios para la sobrevida^{2,3}. La mayoría de los casos de linfoma hepático primario se origi-

nan a partir de células B y linfoma de células T es menos común⁴. La etiopatogenia se relaciona con el virus de Epstein Barr, el VIH, el de hepatitis C y el lupus sistémico. El diagnóstico inicial se hace a través de una tomografía para delimitar el tamaño del tumor, y se confirmó por medio de histopatología complementada con inmunohistoquímica⁵.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Analizamos el caso de un paciente masculino de 54 años con cuadro clínico de 1 año evolución caracterizado por aumento del diámetro abdominal, de inicio insidioso y progresivo, acompañado de dolor en hipocondrio derecho, de leve intensidad, fatiga y pérdida de peso. Al examen clínico se palpó una masa en el hipocondrio de-

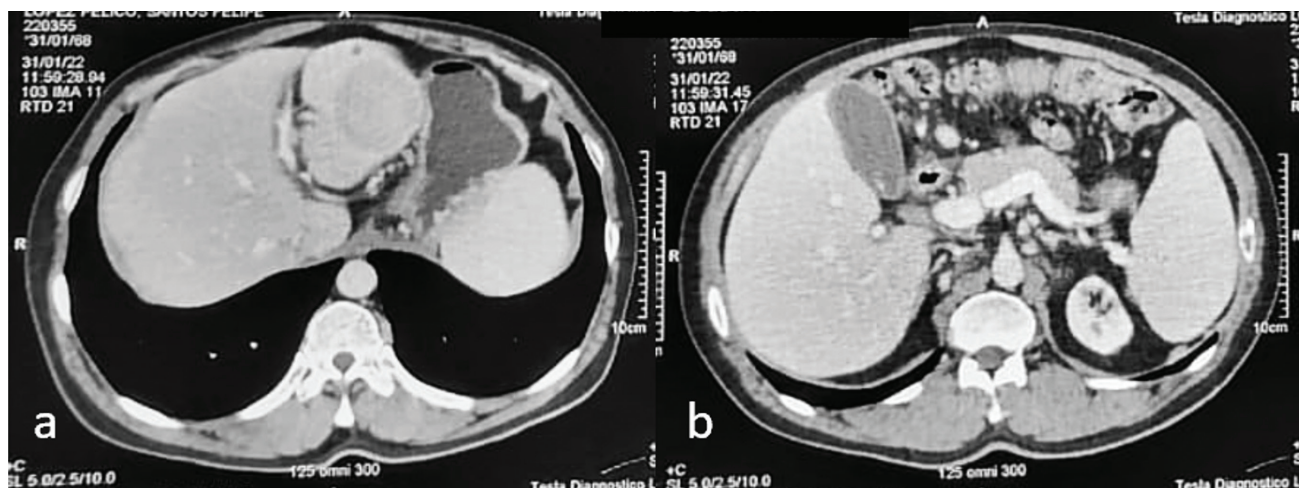


Figura 1 a y b. Lesión de aspecto tumoral en lóbulo hepático izquierdo involucrando segmento II y III, con bordes parcialmente delimitados.

recho. Se realizaron laboratorios: alfa feto proteína (AFP), lactato deshidrogenasa (LDH) y antígeno carcinoembrionario (ACE) todos dentro de los límites normales. Las pruebas de función hepática estaban levemente alteradas, mostrando niveles elevados de alanina transferasa, nivel de transferasa alcalina y nivel de fosfatasa alcalina. Bilirrubina total, directa e indirecta, así como fosfatasa alcalina entre rangos normales. Las pruebas serológicas para la infección por el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negativas. Una tomografía computarizada

(TC) del abdomen mostró una lesión hipodensa mal definida en el lóbulo hepático izquierdo, segmento II, III, dimensiones de 54 x 60 x 44mm, con realce tras la administración del medio de contraste (figura 1a). Vesícula biliar con litos en su interior. Bazo aumentado de tamaño con dimensiones 170mm (figura 1b). Se planteó la posibilidad de que se tratara de un hepatocarcinoma.

Se decide realizar cirugía electiva, con intención curativa. Se realiza ultrasonido transoperatorio identificando lesión focal en 52 x 38.8 x 45.5mm, segmentos II y III, resecable. (Figura 2 a y b).

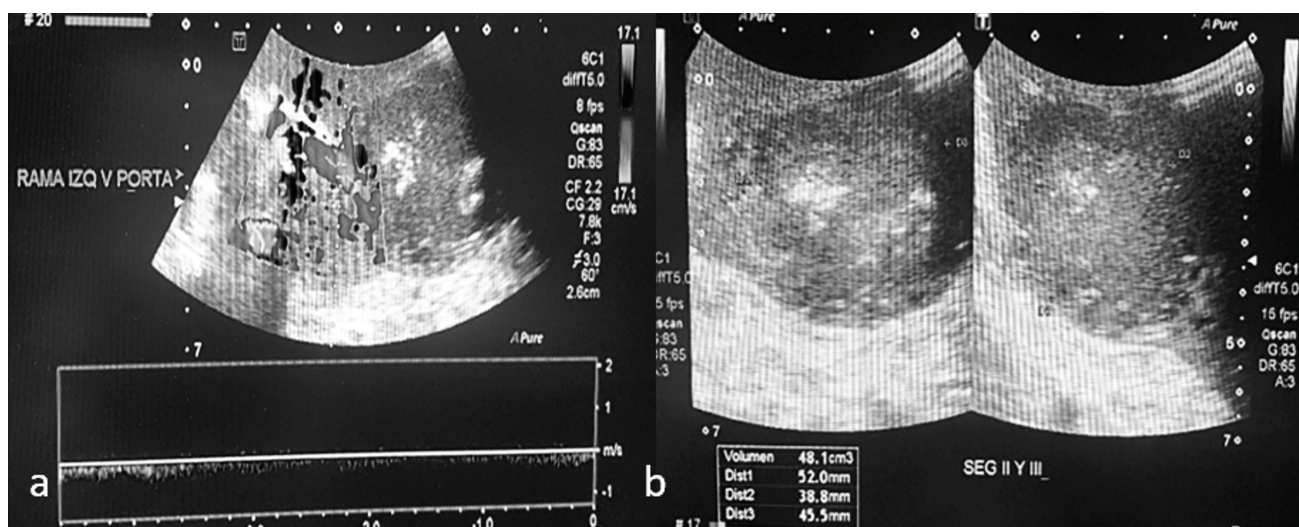


Figura 1. a) Ultrasonido Doppler transoperatorio, señalando flujo venoso normal de la rama suprahepática izquierda. b) imagen hipodensa bien delimitada de 52 x 38.7 x 45.5 mm de diámetro.

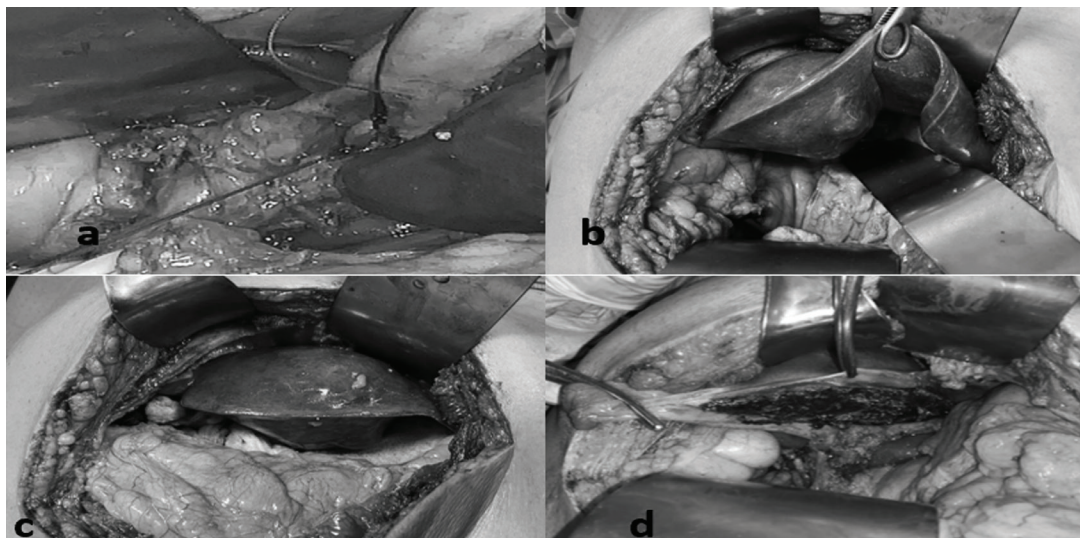


Figura 3. a) imagen identificando vena suprahepática izquierda. b) y c) delimitando los márgenes de la masa tumoral. d) imagen de superficie cruenta hepática posterior a segmentectomía lateral izquierda

Una vez evaluado el tamaño y localización de la lesión, se procedió a liberar el puente de tejido hepático que rodea al ligamento redondo entre los segmentos III y IV, sección de la cápsula de Glisson a 1 cm a la izquierda del ligamento falciforme, demarcando el sitio de transección del parénquima hepático utilizando electrocauterio (figura 3 b y c). El parénquima fue seccionado por el borde anterior del hígado a la izquierda del ligamento redondo, con el bisturí ligasure, hasta identificar el pedículo biliovascular de los segmentos II y III, controlados mediante doble ligadura proximal y una distal y luego seccionados utilizando dispositivo ligasure. Se prosiguió la transección del parénquima con ligasure en todas las venas hepáticas de pequeño calibre, sección y ligadura de la vena suprahepática izquierda (figura 3a); por último, se seccionó el ligamento triangular y coronario izquierdo, con lo cual se separó el segmento lateral izquierdo del resto del hígado. Se realizó verificación de hemostasia, se emplearon sustancias sellantes en las superficies y se verificó una hemostasia adecuada (figura 3d). Se procedió a realizar esplenectomía debido a esplenomegalia grado IV y posteriormente colecistectomía debido a colecistolitiasis. Se dejó un drenaje Jackson-Pratt y el cierre de la herida operatoria fue por planos anatómicos.

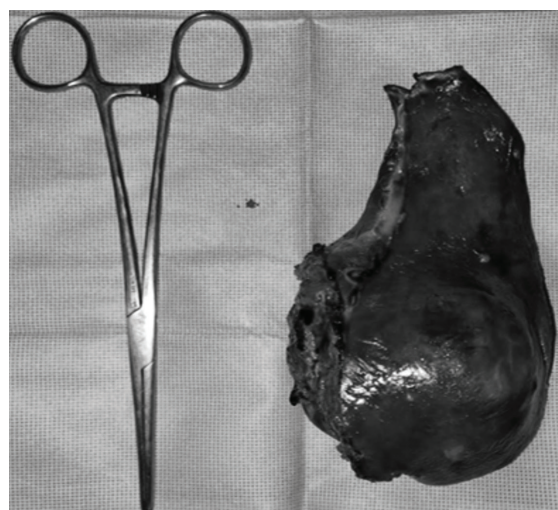


Figura 4. imagen macroscópica de segmento II Y III, color café amarillento, superficie lisa con un área que sobresale de forma nodular color blanquecino.

Macroscópicamente se evidenció lesión nodular, de aspecto neoplásico, infiltrativa, con necrosis y sangrado en la zona central. Al corte de consistencia blanda que mide 60mm x 50mm x 45mm que se encuentra a 6 cm del borde quirúrgico y a 2mm de la capsula. (figura 4)

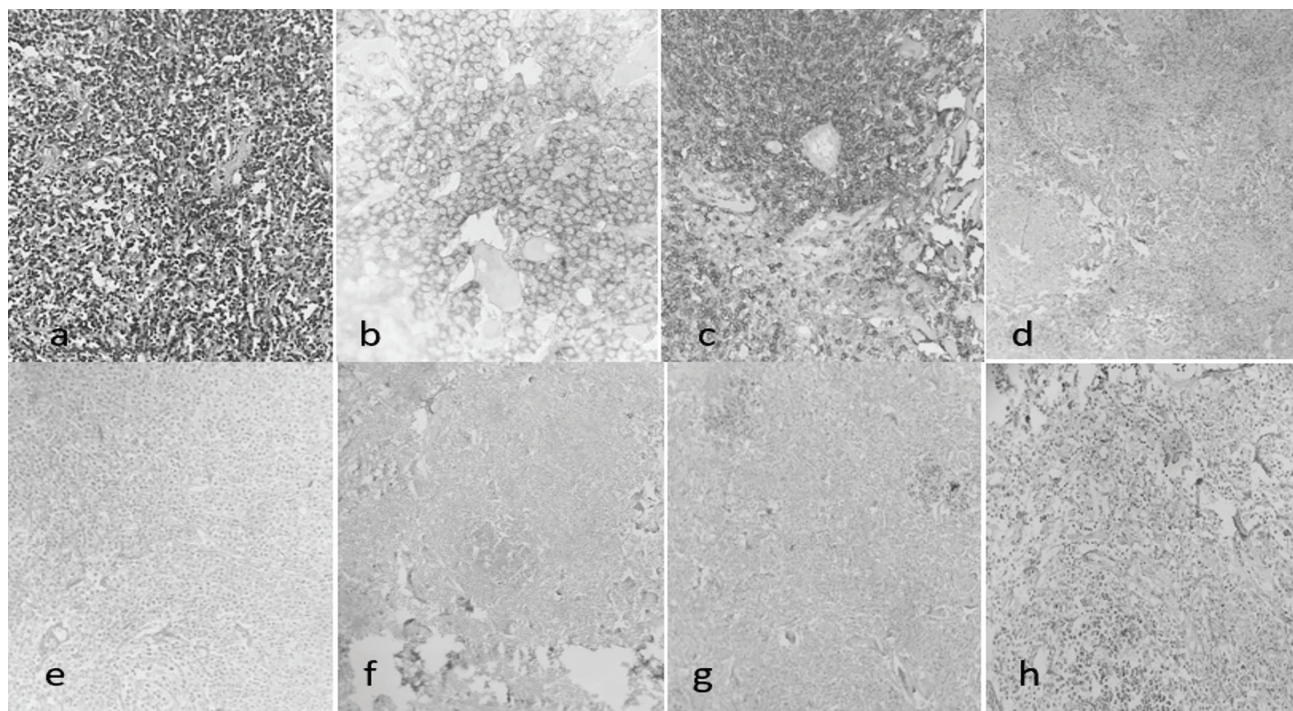


Figura 5. Microfotografía muestra una infiltración difusa por células atípicas grandes imagen (a) CD45+, (b) CD20+, (c) CD3+, (d) CD138-, (e) CD10+, (f) BCL+, (g) MUM1-, (h) Ki 75%+.

El reporte de histopatología con inmunohistoquímica con hematoxilina mostró la presencia de una neoplasia difusa con tinción de linfocitos negativa para queratina y positiva para antígeno leucocitario común, CD20, CD3, CD10, Bcl-2, y Ki-67 elevado. Todos estos hallazgos son compatibles con el diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células B grandes de alto grado. (figura 5).

El paciente recibió 2 ciclos de quimioterapia adyuvante con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona), con una respuesta clínica adecuada. Se dió seguimiento por consulta externa con marcadores tumorales, química sanguínea control y tomografía control a los 6 meses.

DISCUSIÓN

El LHP es una patología infrecuente, con predominancia en hombres y la edad habitual de

presentación es alrededor de los 40-50 años¹. Los síntomas suelen ser inespecíficos e incluyen dolor en el cuadrante superior derecho y epigástrico, fatiga, pérdida de peso, fiebre, anorexia y náusea. La hepatomegalia es muy común y la ictericia se puede encontrar en el examen físico⁴. Se puede subdividir en tipos nodulares o difusos según la presencia de infiltración hepática. La mayoría demuestran un inmunofenotipo de células B. El diagnóstico de LHP sigue siendo un desafío con la necesidad de realizar inmunohistoquímica para confirmarlo. Destacamos que estos pacientes típicamente tienen pruebas de función hepática anormales, con LDH elevada, y marcadores AFP y ACE normales⁶. En la ecografía, las lesiones son hipo ecogénicas y se considera un estudio de baja sensibilidad y especificidad. Las imágenes por tomografía muestran lesiones hipo atenuantes y por resonancia magnética realce después del contraste⁵. Los hallazgos en la resonancia magnética son variables. Es

ideal hacer los estudios trifásicos para descartar el carcinoma hepatocelular como diferencial. El diagnóstico debe confirmarse mediante la toma de una biopsia, ya sea percutánea dirigida por tomografía o realizada mediante una cirugía, ya sea incisional o mediante la resección completa. La mayoría de los pacientes son tratados con un enfoque multimodal que incorpora cirugía y quimioterapia². El tratamiento para pacientes con linfoma difuso de células B grandes es CHOP. La adición de rituximab, un anticuerpo monoclonal quimérico, al régimen CHOP, aumenta la tasa de respuesta completa y prolonga la supervivencia global y libre de eventos en pacientes con linfoma de células B grandes, sin un aumento clínicamente significativo en toxicidad⁷. Las características de mal pronóstico incluyen edad

avanzada, enfermedad voluminosa, subtipo histológico desfavorable, elevado niveles de LDH y una alta tasa de proliferación, con una media de supervivencia de 5 años³.

CONCLUSIÓN

El linfoma hepático es extremadamente raro y de diagnóstico complejo, por lo que su pronto diagnóstico y adecuado tratamiento son cruciales para el pronóstico favorable de los pacientes. No existe un protocolo de manejo establecido, siendo el estudio de elección para su abordaje la tomografía trifásica; se recomienda un manejo multidisciplinario oncológico, con una supervivencia variable según la etapa y factores pronósticos.

REFERENCIAS

1. Padhan RK, Das P, Shalimar. Primary hepatic lymphoma. *Trop Gastroenterol*. 2015 Jan-Mar;36(1):14-20. doi: 10.7869/tg.239. Erratum in: *Trop Gastroenterol*. 2015 Apr-Jun;36(2):144. PMID: 26591949.1
2. Cesaretti M, Loustau M, Robba C, Senescende L, Zarzavadjian Le Bian A. Reappraisal of primary hepatic lymphoma: Is surgical resection underestimated? *Crit Rev Oncol Hematol*. 2018 Mar;123:1-6. doi: 10.1016/j.critrevonc.2018.01.004. Epub 2018 Jan 30. PMID: 29482772
3. Qiu MJ, Fang XF, Huang ZZ, Li QT, Wang MM, Jiang X, Xiong ZF, Yang SL. Prognosis of primary hepatic lymphoma: A US population-based analysis. *Transl Oncol*. 2021 Jan;14(1):100931. doi: 10.1016/j.tranon.2020.100931. Epub 2020 Nov 11. PMID: 33188980; PMCID: PMC7672323.
4. Lohana AK, Tariq MA, Abid S. Hepatic Lymphoma. 2022 Mar 23. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30969672
5. Choi WT, Gill RM. Hepatic Lymphoma Diagnosis. *Surg Pathol Clin*. 2018 Jun;11(2):389-402. doi: 10.1016/j.path.2018.02.003. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29751882.
6. Hai T, Zou LQ. Clinical management and susceptibility of primary hepatic lymphoma: A cases-based retrospective study. *World J Clin Cases*. 2021 Nov 6;9(31):9417-9430. doi: 10.12998/wjcc.v9.i31.9417. PMID: 34877277; PMCID: PMC8610872
7. Mastoraki A, Stefanou MI, Chatzoglou E, Danias N, Kyriazi M, Arkadopoulou N, Smyrniotis V. Primary hepatic lymphoma: dilemmas in diagnostic approach and therapeutic management. *Indian J Hematol Blood Transfus*. 2014 Sep;30(3):150-4. doi: 10.1007/s12288-013-0263-2. Epub 2013 May 15. PMID: 25114399; PMCID: PMC4115079.