

Consenso para el estudio y tratamiento del linfoma del Malt gástrico

Norma Tartas, Anahí Vijnovich, Benjamín Koziner

Coordinadores

Reunión Ordinaria de la Soc. Arg. Hematología, Abril 1997



ARTICULO
ESPECIAL

HEMATOLOGIA, Vol. 1 N° 2: 59-60
Mayo - Agosto, 1997

El manejo de los linfomas gastrointestinales presenta todavía aspectos controvertidos, fundamentalmente referidos al rol de la cirugía y de la radioterapia. En los últimos años el desarrollo del concepto de tejido MALT, la demostración de que dos tercios de los linfomas gástricos serían linfomas del MALT y su vínculo etiopatogénico con el *Helicobacter Pylorii* dieron lugar a opciones terapéuticas diferentes como la de tratar de erradicar el agente patógeno con tratamiento antibiótico. El 60% de los linfomas del MALT gástrico obtienen remisión al erradicar el *H. Pylorii*. Este hallazgo, corroborado por diferentes grupos de estudio, enfatizó la necesidad de normatizar en nuestro medio los criterios diagnósticos de esta entidad, así como el estudio, la estadificación y el tratamiento de estos pacientes. En las Jornadas de Abril/97 de la Sociedad Argentina de Hematología se arribó a normas consensuadas en este tópico específico.

DEFINICION

Se definió como linfoma primario gástrico al que tiene exclusivamente compromiso del estómago. Puede secundariamente comprometer los ganglios adyacentes. Su presentación clínica más frecuente es con dolor epigástrico sordo, dispepsia y, más raramente, hemorragia digestiva.

El linfoma del MALT gástrico es un linfoma de bajo grado indolente, pero puede diseminarse a otros sitios de la mucosa y/o tener diseminación sistémica. Las células tumorales proliferan en respuesta a los antígenos del patógeno gástrico *Helicobacter Pylorii*.

DIAGNOSTICO

El método diagnóstico aceptado es que frente a una historia clínica de dispepsia u otras molestias gástricas, antecedentes de gastritis, dolor abdominal, etc. debe efectuarse una endoscopia gástrica con 8 a 10 biopsias tomadas en sitios patológicos y al azar en áreas aparentemente normales. Los criterios histopatológicos aceptados son los de Isaacson que se detallan en la Tabla I. Según esta clasificación se formularán los informes de patología. Se considerará remisión cuando la biopsia demuestre un grado histológico menor de 3. Se identificará en la biopsia el *H. Pylorii* por técnicas de coloración convencionales (hematoxilina-eosina, Giemsa). En los casos negativos se recomienda usar técnicas de inmunohistoquímica. Si se diagnostica linfoma (ver Tabla I) se hará inmunofenotipo: CD20, CD23, CD5, CD10, CD45, CD45RO. La mayoría de estos antígenos se pueden estudiar en material incluido en parafina.

ESTADIFICACION

Se hará con:

- Historia clínica, hemograma, ESD, hepatograma con enzimas, LDH, $\beta 2$ microglobulina, proteinograma, glucemia, uremia, orina con sedimento, tiempo de Quick, PTTK, calcemia, ionograma.
- Investigación de *H. Pylorii* en el aire espirado (cuando la técnica esté disponible).
- Serología para el *H. Pylorii*.
- Punción y biopsia de médula ósea.
- Estudios endoscópicos y radiológicos del tubo digestivo.
- Radiografía de tórax.

- Tomografía axial computada de tórax y abdomen.

- Estudio otorrinolaringológico con especial atención al anillo de Waldeyer.

TRATAMIENTO

En el caso de los linfomas del MALT gástrico de bajo grado se dará tratamiento antibiótico durante 14 días con el esquema A (Tabla II). Si fracasa y no se erradicó el *H. Pylorii* se utilizará durante 14 días el esquema B (Tabla II). Esto sólo se hará en los linfomas del MALT gástrico de grado bajo, quedando *excluidos* los linfomas a células grandes, los linfomas transformados, otros linfomas agresivos, los linfomas del MALT extragástrico y los linfomas del MALT gástricos con diseminación extragástrica.

Los pacientes se evaluarán a los 30-60 días con endoscopia gástrica, biopsia e investigación del *H. Pylorii*. Los pacientes negativos para el *H. Pylorii* y

asintomáticos continuarán con controles clínicos mensuales y endoscópicos a los 3, 6 y 12 meses.

A los 6 y 12 meses los pacientes asintomáticos repetirán los estudios basales. La mayor frecuencia de los estudios quedará determinada por la evolución clínica de cada paciente en particular y el criterio del profesional a cargo. La repetición del estudio de médula ósea se justificará en casos de diseminación, fiebre de origen desconocido, anomalías en el estudio de sangre periférica o necesidad de protocolos particulares.

El seguimiento a largo plazo de estos pacientes es mandatorio por la posibilidad de recaída, pero también por el aumento de la incidencia de tumores sólidos de causa aún no aclarada.

Sería interesante una nueva reunión para tratar de consensuar los ítems pendientes con una organización tipo mesa de trabajo y también convenir una manera de recolectar la información sobre los resultados de la aplicación de este protocolo.

TABLE I
CODIGO HISTOLOGICO PARA EL DIAGNOSTICO DEL LINFOMA DEL MALT GASTRICO DE BAJO GRADO Dr.
PETER ISAACSON ET AL.

Grado	Descripción	Características histológicas
0	Normal	Escasas células plasmáticas en la lámina propia. No folículos linfoides
1	Gastritis crónica	Pequeños clusters de linfocitos en la lámina propia. No folículos linfoides
2	Gastritis crónica activa con folículos linfoides floridos	Folículos linfoides prominentes rodeados con un mantó de células plasmáticas. No células linfocitales
3	Infiltrado linfoide sospechoso en la lámina propia. Probablemente reactivo	Folículos linfoides rodeados por células símil centrocitos que dan infiltración difusa en la lámina propia
4	Infiltrado linfoide sospechoso en la lámina propia. Probablemente linfoma	Folículos linfoides rodeados por células símil centrocíticas que infiltran difusamente la lámina propia
5	Linfoma de bajo grado del MALT	Infiltrado denso por células tipo centrocíticas en la lámina propia con células linfocitales prominentes

TABLE 2
TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE LINFOMA DEL MALT GASTRICO DE BAJO GRADO

Esquema A	Esquema B
Vía oral durante 14 días Amoxicilina 500 mg, 3 veces por día Bismuto 400 mg, 4 veces por día	vía oral durante 14 días Metronidazol 400 mg, 3 veces por día Omopraxol 20 mg, 2 veces por día