

# Varón de 70 años con fiebre y nódulos pulmonares

Hernán Molina Kirsch

Estimados Señores:

En relación al caso presentado de la Dra. Dolores Suárez Massa y colaboradores (1) en formato de Sesión Clínico-Patológica, me permito expresar las siguientes opiniones acerca de tan interesante caso clínico:

1. A través del texto, no se define la forma en que se estableció el diagnóstico de enteropatía al Gluten, sin embargo, se deja en claro que al paciente no se le efectuaron biopsias duodenales, por lo tanto la carencia de biopsias de duodeno distal en el paciente obliga a plantear dudas acerca de la especificidad del diagnóstico, debido a que no se utilizó el estándar de oro para el diagnóstico de dicha enfermedad, que persiste aún en presencia de los estudios serológicos de anticuerpos antiendomisiales y anticuerpos antigliadina (2). Se debe de reconocer que la buena respuesta clínica al retiro del gluten en la dieta del paciente, es evidencia circunstancial en favor de Enfermedad Celíaca.

2. El diagnóstico final de Linfoma de Células T asociado a Enteropatía es cuestionable, debido principalmente a la ausencia de fenotipo citotóxico: TIA-1, Perforina, Granzyme B y CD56, que a excepción de este último, con resultado negativo, no se investigaron o su resultado no fue descrito en el texto, ya que la presencia de dicho fenotipo permitiría establecer con relativa confiabilidad el diagnóstico (3-5), tomando en consideración que los Linfomas de intestino delgado en pacientes con Enteropatía a Gluten no solo pertenecen al grupo de fenotipo T, sino que también se observa una minoría de fenotipo B.

3. El diagnóstico de Linfoma de Células T Enteropático se basó en que las células neoplásicas de tamaño grande, marcadamente atípicas y pleomórficas son CD3 positivo y CD30 positivo, sin embargo, si se interpreta cuidadosamente la literatura proporcionada por los autores (6,7) se aclara que la gran mayoría de casos de Lin-

foma de Células T Enteropáticos, contienen una proporción variable entre el mismo caso y entre caso y caso de Células Linfoides Neoplásicas CD30 positivo. Por lo tanto, la ausencia de fenotipo citotóxico sumado a la presencia de células CD30 positivos tiende a favorecer el diagnóstico de Linfoma T de Célula Grande Anaplásico.

4. Bajo los argumentos anteriores, definir que el Linfoma fue primario de yeyuno es únicamente tentativo y no definitivo.

Agradezco la oportunidad de instruirnos con un caso de tanta complejidad, con interrogantes serias acerca de la validez de su tipificación como Linfoma de Células T asociado a Enteropatía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Massa D, Díez García B, González Hernando C, Novo Torres J. Sesión Clínico-Patológica. Rev Esp Patol 2004; 37: 229-38.
2. Farrell R J, Kelly CP. Celiac Sprue. N Engl J Med 2002; 346:180-8.
3. Ohshima K, Liu Q, Koga T, Suzumiya J, Kikuchi M. Classification of cell lineage and anatomical site, and prognosis of extranodal T-cell lymphoma-natural killer cell, cytotoxic T lymphocyte, and non-NK/CTL types. Virch Arch 2002; 440: 425-35.
4. Bagdi E, Diss TC, Munson P, Isaacson PG. Mucosal intraepithelial lymphocytes in enteropathy-associated T-cell lymphoma, ulcerative jejunitis, and refractory celiac disease constitute a neoplastic population. Blood 1999; 94: 260-4.
5. de Bruin PC y col. Enteropathy-associated T-cell lymphomas have a cytotoxic T-cell phenotype. Histopathology 1997; 31: 313-7.
6. Hamilton SR, Aaltonen LA eds. Tumors of the digestive system. Lyon: IARC Press; 2000.
7. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW eds. Tumors of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press; 2001.

Recibido el 20/11/2004. Aceptado el 4/5/2005.

Laboratorio de Patología Dr. Hernán Molina Kirsch. Ciudad de Guatemala. Guatemala, C.A.  
[hmolinak@yahoo.com](mailto:hmolinak@yahoo.com)