

LINFOMA GÁSTRICO MALT

¿QUÉ ES EL LINFOMA MALT GÁSTRICO?

El linfoma MALT es un tipo de linfoma que puede afectar a diversos órganos del cuerpo humano, entre otros al estómago (linfoma MALT gástrico). El término “MALT” es el acrónimo de “tejido linfoide asociado a mucosas” (mucosa associated lymphoid tissue, en inglés). Los linfomas pueden estar constituidos por dos tipos de células (linfocitos): de tipo B (entre los que se encuentra el linfoma MALT) y de tipo T. En general, los linfomas de tipo B son más benignos que los de tipo T; de hecho, los linfomas MALT generalmente son de bajo grado (poco malignos), aunque, excepcionalmente, pueden progresar a linfomas de más alto grado (más malignos).

¿CUÁL ES SU FRECUENCIA?

El tumor de estómago más frecuente es el adenocarcinoma (95 % de los casos), siendo el linfoma el segundo en frecuencia (representa aproximadamente el 5 % de los tumores gástricos). Dentro de los linfomas gástricos, el de tipo MALT es, a su vez, el más frecuente.

¿CÓMO SE PRODUCE?

La mayoría (aproximadamente el 90 %) de los linfomas MALT aparecen en personas infectadas por una bacteria que coloniza el estómago y que se denomina *Helicobacter pylori* (abreviado, *H. pylori*). Esta bacteria es la responsable de que aparezca una gastritis de un tipo especial, con abundantes folículos linfoides; y estas lesiones son un requisito necesario para el posterior desarrollo del linfoma MALT, en el que las células malignas (los linfocitos) terminan infiltrando las glándulas del estómago.

¿CÓMO SE CLASIFICA SEGÚN SU EXTENSIÓN?

La clasificación más empleada es la de Ann Arbor (modificada por Musshoff), que subdivide el linfoma MALT en los siguientes estadios: I (solo afecta al estómago, respetando los ganglios linfáticos, y a su vez se subdivide en I1 –limitado a mucosa y submucosa, que son las capas más superficiales del estómago– e I2 –cuando invade las capas más profundas del estómago–); II (si afecta a los ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma en que se encuentra el estómago); III (si afecta a los ganglios linfáticos a ambos lados del diafragma); y IV (cuando el linfoma está diseminado por el organismo).

¿QUÉ MANIFESTACIONES CLÍNICAS TIENE?

Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas (dispepsia, náuseas y vómitos, anorexia, pérdida de peso, etc.), y son similares a las de muchas otras patologías digestivas, como la úlcera péptica u otros tipos de tumores gástricos. En ocasiones, se pueden producir complicaciones, como una hemorragia digestiva o, mucho más raramente, una perforación gástrica.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La endoscopia (gastroscopia) es la técnica diagnóstica fundamental; mediante ella se pueden visualizar una serie de lesiones que son sugerentes de linfoma MALT.

La confirmación del diagnóstico se realizará mediante el estudio histológico (la valoración a través del microscopio por parte del patólogo) de las biopsias que se obtienen durante la gastroscopia. Es frecuente que las células tumorales adopten una distribución parcheada en la cavidad gástrica. Por otra parte, es aconsejable emplear además técnicas especiales (inmunohistoquímicas o moleculares), con la intención de

diferenciar con seguridad entre un verdadero linfoma MALT y una proliferación (crecimiento) de tipo meramente inflamatorio.

Es fundamental confirmar si existe infección por *H. pylori* asociada (mediante test del aliento, biopsia del estómago o muestra de sangre).

¿CÓMO SE VALORA SU EXTENSIÓN?

Para el estudio de extensión, previo a la administración del tratamiento, se precisa lo siguiente: exploración física exhaustiva, analítica general (incluyendo diversas determinaciones), radiografía de tórax, tomografía computarizada del tórax y del abdomen y biopsia de médula ósea. Además, se debería realizar una ecoendoscopia (mediante un tipo especial de endoscopio, que lleva acoplado en la punta un dispositivo que permite realizar una ecografía de la pared gástrica); esta prueba permite valorar con detalle si existe invasión de las capas del estómago o afectación de los ganglios linfáticos.

¿CÓMO SE TRATA?

La curación de la infección por *H. pylori* es actualmente el tratamiento de elección de la mayoría de los linfomas MALT gástricos. Para ello se administra un antisecretor (omeprazol o similar) junto con dos o tres antibióticos durante 10-14 días. La curación de esta infección se sigue de la remisión del tumor (esto es, la desaparición de este) en la mayoría (aproximadamente el 80 %) de los casos, aunque este efecto beneficioso puede tardar en aparecer un año o incluso más tiempo. Afortunadamente, la remisión tumoral tras la erradicación de *H. pylori* permanece estable a lo largo del tiempo en la mayoría de los casos. Por tanto, el pronóstico es, en general, bastante bueno. El tratamiento antibiótico frente a *H. pylori* es suficiente en los linfomas MALT de bajo grado y estadios iniciales, que son la mayoría, mientras que en el resto de los linfomas MALT gástricos (de alto grado o en estadios más avanzados) la erradicación de esta infección constituye solo una parte del tratamiento, debiendo recurrirse a otras terapias complementarias (como la quimioterapia, la radioterapia o, más raramente, la cirugía).

¿QUÉ CONTROLES SON NECESARIOS TRAS EL TRATAMIENTO?

No todos los linfomas MALT de bajo grado responden a la erradicación de *H. pylori*. Por tanto, es obligada la comprobación de la regresión tumoral tras la erradicación, así como las revisiones periódicas endoscópicas en busca de lesiones residuales. Si no se confirma la curación del tumor (tanto endoscópicamente como histológicamente) al cabo de un año, se deberá considerar el tratamiento oncológico (quimioterapia o radioterapia) o quirúrgico. Algunos autores consideran que a partir de los 5 años ya no es necesario realizar más gastroscopias de control (y que bastaría con hacer una prueba del aliento anual), pero la mayoría recomiendan hacer controles endoscópicos (por ej., anuales) de por vida.

Javier P. Gisbert. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2013; 105: 303.