



*Archivos de Coloproctología, 2019; 4(2):40-42*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944160](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944160)

## CASO CLÍNICO

### LINFOMA COLORRECTAL.

Ana Rodríguez Pérez

### CASO CLINICO

Paciente de 39 años que acude a urgencias por tumoración a nivel de fosa iliaca derecha con crecimiento en las últimas semanas. Como antecedentes personales destaca apendicectomía dos meses. La anatomía patológica fue de apendicitis aguda.

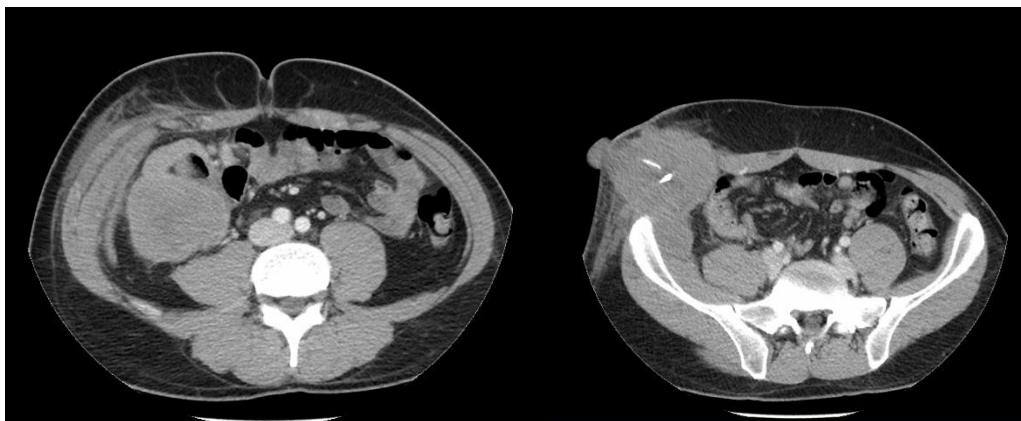
A la exploración física presentaba una tumoración a nivel de fosa iliaca derecha (Imagen 1).



En el Tac de abdomen (imagen 2): se objetiva colección adyacente a ciego que parece corresponder a plastrón en evolución en continuación con trayecto de incisión quirúrgica. En hígado aparecen 3 lesiones hipodensas pero que no cumplen criterios de quiste simple.



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 4(2):40-42  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944160](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944160)



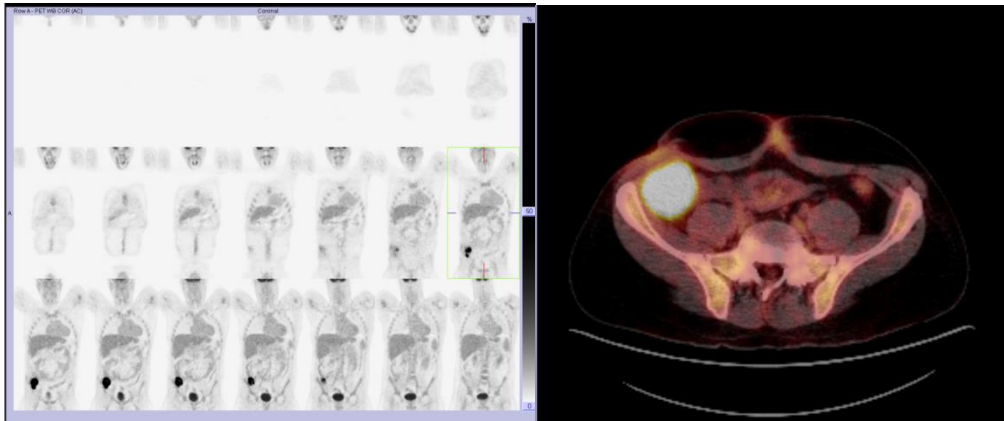
Con los hallazgos anteriores se indica cirugía objetivándose gran tumoración de consistencia leñosa que ocupa totalmente el ciego, adherida a pared abdominal y retroperitoneo, pero sin infiltrarlos. Se palpa nódulo intrahepático en segmento VIII. Se realiza hemicolectomía derecha. Además, se realiza Incisión peritumoral en pared de fosa iliaca derecha y exéresis de tumor que contiene tejido cerebroide. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias.

La anatomía patológica describe en la pieza de hemicolectomía derecha: Linfoma difuso de células b de alto grado con infiltración de la piel y tejido celular subcutáneo sin reordenamientos de c-myc ni BCL6. Se realizó bipsia de médula osea sin objetivar infiltración tumoral.

Se inicia tratamiento quimioterápico por parte de hematología. El esquema utilizado fue rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y dexametasona. Inicialmente se consiguió una respuesta parcial, pero tras la segunda línea hubo progresión, por lo que se deriva a otro centro para inclusión en un estudio.



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 4(2):40-42  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944160](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944160)



*Imagen 3: PET: Marcada progresión de la masa iliaca derecha con marcada captación de FDG (SUVmax 30,7)*

El linfoma primario gastrointestinal es una entidad rara. Es importante distinguir un linfoma colónico primario de un linfoma sistémico. Nuestro paciente cumple los criterios de Dawson. Según el sistema de estadiaje de Ann Arbor estamos ante un estadio IV. El tratamiento suele ser cirugía combinado con quimioterapia. El pronóstico de estos tumores es malo.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Jung C, Lee JH, Lee CM, et Al. A Case of Primary Sigmoid Colon Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma. *J Gastroenterology* 2009;54:126-129
2. José Manuel Ramia, Eloy Sancho, Óscar Lozano, José María Santos, Fernando Garrido. Linfoma primario de intestino delgado. *Cirugía Española*. Enero 2007 Vol. 81. Núm. 1 (1-59)