



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 51-58*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024569)

## **Masa en ciego inespecífica como presentación clínica de linfoma b difuso de célula grande.**

*L. Arriero Ollero*

*Unidad de Coloproctología; Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina. España.*

### **CASO CLÍNICO**

Se trata de un paciente varón de 75 años con antecedentes personales de NRAMC, HTA, fiebre tifoidea en la infancia, exfumador hace 40 años, cirugías previas: tobillo derecho, amigdalectomía, que acude al Servicio de Urgencias por 3ª ocasión en un mes por dolor abdominal. Las dos ocasiones anteriores sólo se vio acompañada la clínica por rectorragia y melenas, siendo diagnosticado de HDB sin repercusión hemodinámica, dejando solicitada colonoscopia ambulatoria de forma preferente. En esta última visita, el paciente además presenta fiebre, aumento del dolor, vómitos, pero ya no asocia melenas.

A la exploración física se encuentra afebril, TA 143/68, consciente y orientado, tórax con MVC, rítmico, soplo sistólico, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con defensa a dicho nivel, no se palpan masas ni megalias, HID no complicada.

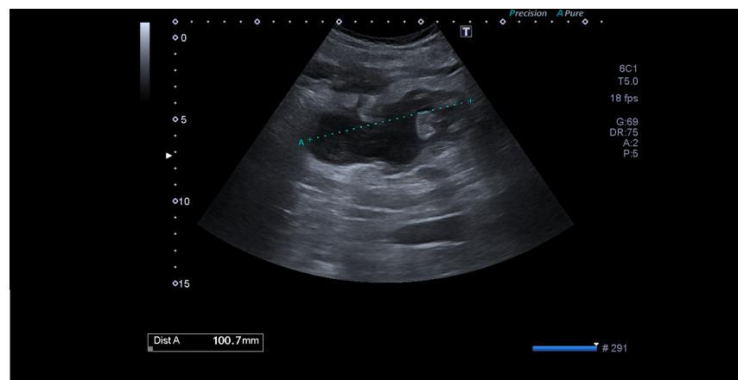
Se solicita analítica urgente de sangre: 14600 leucocitos (76,8%N; 10,7%L) Hb 11,9 Hto 35,2% 222000 Plaquetas. Coagulación normal. Bioquímica: Creatinina 1,20 Na+ 137,6 K+ 3,97 PCR 81,1. Sedimento de orina: Sin alteraciones. La radiografía de tórax no muestra infiltrados ni condensaciones, neumotórax ni derrame pleural. En la radiografía de abdomen se objetiva gas en colon, no dilatación de asas de intestino delgadoni niveles hidroaéreos.



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 51-58

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_archcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_archcol/archcolo.202024569)

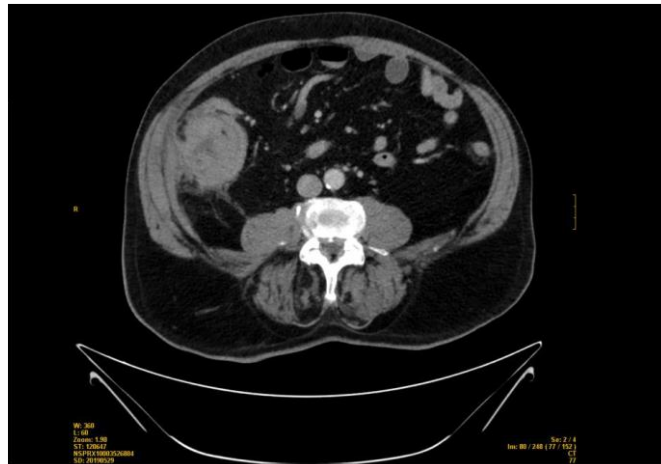
Se realiza ecografía abdominal urgente informándose: Hígado de tamaño, morfología y ecoestructura normal, sin LOEs. Vesícula biliar sin datos ecográficos de coledocistitis ni de colecistitis. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Páncreas sin alteraciones. Bazo homogéneo, de tamaño normal. Riñones de tamaño y ecoestructura normal, sin imagen de uropatía obstructiva. Grosor de parénquima renal conservado, y adecuada diferenciación córticomédular. Aorta abdominal y vena porta de calibre normal. Masa vs colección heterogénea en FID-HCD con burbujas de gas. Conclusión: probable plastrón apendicular con afectación de ciego por contigüidad, sin descartar proceso tumoral.



Ante la duda diagnóstica se decide solicitar TAC abdominal urgente, el cual se informa: Masa en ciego de grandes dimensiones (aproximadamente 87x52x63 mm), con gas adyacente en pared lateral derecha que sugiere perforación contenida, así como cambios inflamatorios asociados de la grasa circundante y múltiples adenopatías locales. El apéndice cecal no se identifica, probablemente se encuentre englobado por la masa. Si bien una posibilidad diagnóstica pudiera ser plastrón apendicular, nos impresiona de neoplasia de ciego perforada y contenida. No se aprecian signos de obstrucción intestinal. Diverticulosis sin signos de diverticulitis. Hígado, vesícula biliar, bazo, páncreas y riñones sin alteraciones significativas (no lesiones abdominales sugestivas de metástasis). No líquido libre intraabdominal.



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 51-58  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024569)

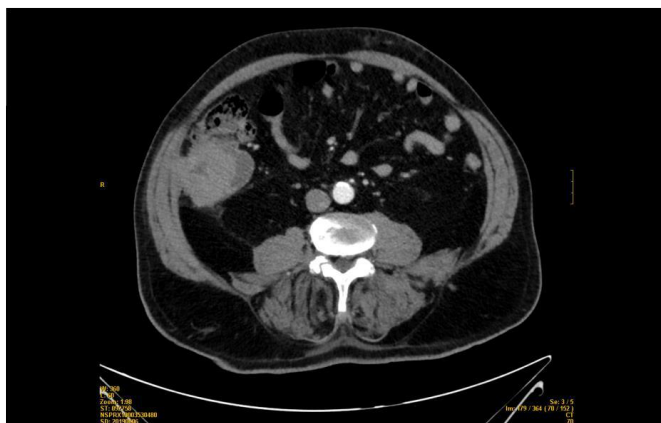


El paciente es ingresado para tratamiento antibiótico y observación, con mejoría clínica y analítica. Se repite TAC toraco-abdominal al 8º día de ingreso: Persiste sin cambios de imagen la masa de ciego, de grandes dimensiones, si bien los cambios inflamatorios asociados son algo menos marcados, probablemente por respuesta a la antibioterapia. Impresiona de tumoración cecal. No gas libre en cavidad abdominal. No se aprecian signos de obstrucción intestinal. Diverticulosis sin signos de diverticulitis. Hígado de tamaño y forma normal sin LOEs, densidad homogénea. Vesícula y vía biliar normal. Bazo normal, con bazo accesorio de 12 mm. No adenopatías abdominopélvicas en rango patológico. Tórax: No focos de consolidación alveolar ni derrame pleural. Micronódulo inespecífico de 4mm en segmento basal anterior del lóbulo inferior derecho. En el contexto actual podría corresponder con metástasis. No adenopatías axilares, hiliares ni mediastínicas en rango patológico.



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 51-58

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_archcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_archcol/archcolo.202024569)



Es dado de alta con colonoscopia citada 3 días después en la que se encuentra: a 9 cm de MA pólipo sésil esférico, 13 mm, reseco con asa (bote 1). Diverticulosis leve sigmoidea no complicada. En ciego pequeño pólipo de aspecto hiperplásico que se biopsia/reseca (6 mm, bote 2). Ciego improntado sin lesiones intrínsecas, no paso a íleon por mismo motivo y dolor al intento. Tomo 2-3 muestras a ciegas del íleon (bote 3). Regular preparación. Impresión diagnóstica: Leve diverticulosis sigmoidea, polipectomía en recto, resección probable mínima hiperplasia polipoide cecal y biopsias de íleon.

Los resultados de la anatomía patológica mostraron: 1. Pieza de polipectomía procedentes de «pólipo a 9cm» con Adenoma tubular con displasia de bajo grado y foco de displasia de alto grado en el epitelio de superficie. 2. Biopsia de mucosa colorrectal procedente de «pólipo en ciego» con Adenoma tubular con displasia de bajo grado. 3. Biopsias de mucosa ileal de características habituales.

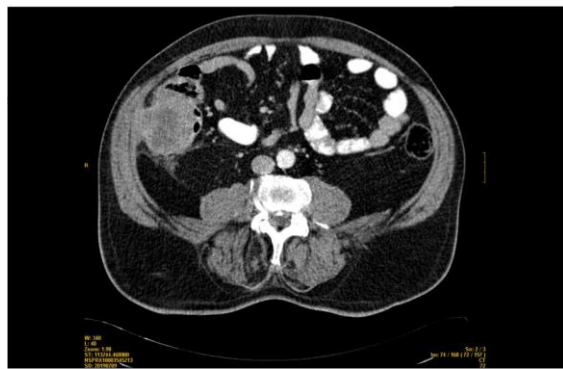
Se comenta el caso en sesión multidisciplinar (oncología, digestivo, radiología, oncología radioterápica y cirugía), recomendando repetir TAC abdominal para descartar plastrón inflamatorio apendicular, que se realiza 1 mes después del ingreso: Hígado de tamaño normal, bordes lisos. LOE subcentimétrica hipervascular esplénica. Bazos accesorios. No adenopatías intraabdominales ni pélvicas de tamaño/aspecto radiológico significativo. Persiste sin cambios significativos la masa en ciego de



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 51-58*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024569)

grandes dimensiones, habiendo disminuido la expresividad de los cambios inflamatorios adyacentes y del engrosamiento de la fascia lateroconal y líquido en gotiera parietocólica ipsilateral. Marco cólico y asas de intestino delgado de distribución y morfología dentro de la normalidad.



Finalmente, y ante la persistencia de la masa, se decide nuevo ingreso para intervención quirúrgica: Bajo anestesia general se introducen 4 trocares de laparoscopia, Hasson supraumbilical, hallando neoplasia en ciego que infiltra pared abdominal, voluminosa y dura, que retrae mesocolon. No se visualiza apéndice cecal (podría estar incluido en la masa). Íleon terminal adherido a peritoneo en región pélvica. No LOEs hepáticas ni carcinomatosis. Divertículo en íleon terminal que se incluye en pieza reseçada.

Se realiza adhesiolisis de masa a pared abdominal, incluyendo en resección algunas fibras de tejido muscular de la pared anterolateral del abdomen. Se completa hemicolectomía derecha laparoscópica extrayendo pieza a través de incisión transversa en HD. Anastomosis T-L ileocólica mecánica extracorpórea con EEA 31, y cierre de muñón colónico con endoGIA.

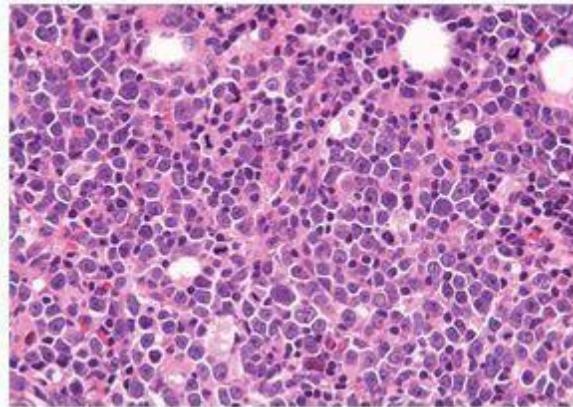
El paciente permanece ingresado en planta 12 días al presentar íleo adinámico que retrasa el alta, encontrándose entonces con buen estado general, buen tránsito intestinal y buena tolerancia oral.



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 51-58*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024569)

Resultado Anatomía patológica de pieza quirúrgica: Pieza de resección de hemicolectomía derecha con infiltración por linfoma B difuso de alto grado sugestivo de Linfoma B difuso de célula grande con fenotipo no Centro germinal. Pieza de resección remitidas como procedentes de «rodetes de anastomosis» sin evidencia de malignidad en los cortes examinados.



Ante este resultado se interconsulta con el Servicio de Hematología, que solicita las siguientes pruebas:

Biopsia de médula ósea: Escaso componente medular (2mm) normocelular con elementos de las 3 series hematopoyéticas. Ausencia de fibrosis reticulínica (MF=0) y de depósitos férricos. Hallazgos histológicos, sin evidencia de infiltración neoplásica.

Serología: HBs Ac -, HBs Ag -, HCV -, HIV -, CMV IgM -, EBV -

EEF: Hipergamma policlonal. IGG: 1550. IGA: 390. IGM: 62 Beta 2 micro: 2,32

PET-TAC: Estudio sin evidencia de patología maligna macroscópica desde el punto de vista metabólico.

Se decide, por tanto, inicio de tratamiento QT con esquema R-CHOP 4 ciclos, finalizados actualmente con muy buena tolerancia, en espera de nueva revisión por hematología para evaluar respuesta.



## DISCUSIÓN

El linfoma de células B del colon es el tercer tumor maligno más común después del carcinoma y el carcinoide, aunque su incidencia es inferior al 0,5%. Dentro del colon, la afectación del ciego es la más común (60%) seguido del colon derecho (27%) y el colon sigmoide (13%).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los linfomas de células B se clasifican en linfoma difuso de células B grandes, linfoma de zona marginal extranodal (linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa [MALT]), linfoma de células del manto (MCL), Linfoma de Burkitt y linfoma foliular. El linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) es el subtipo histológico más frecuente que afecta el tracto gastrointestinal y colon. DLBCL se componen de células de proliferación rápida y son más agresivas que otros linfomas de células B.

La presentación del linfoma de células B es variada y los síntomas dependen del sitio de la lesión. Los más comunes: dolor abdominal, pérdida de peso, masa abdominal y hematoquecia. Además, pueden estar presentes las características de obstrucción como náuseas, vómitos, cambio en los hábitos intestinales, obstrucción, intususcepciones y peritonitis aguda debida a la perforación intestinal.

Las pruebas de imagen más comunes utilizadas para el diagnóstico del linfoma de colon son TAC de abdomen o el enema de bario con doble contraste que se complementan entre ellos. El TAC de abdomen proporciona información extraluminal como el tamaño del tumor, la profundidad de la invasión y la afectación ganglionar regional, mientras que el enema proporciona más información sobre cambios en la mucosa y morfología tumoral macroscópica. Sin embargo, no son capaces de diferenciar el carcinoma de colon del linfoma y el diagnóstico tiene que ser confirmado por colonoscopia y biopsia. La inmunohistoquímica es necesaria para la



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 51-58*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024569](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024569)

subclasificación. También debe solicitarse análisis de sangre completo que incluye un frotis periférico, bioquímica. La radiografía de tórax y la biopsia de médula ósea son requeridas para descartar la participación.

La modalidad principal de tratamiento es el tratamiento combinado que incluye cirugía y quimioterapia. Los tumores en etapa temprana se tratan con cirugía seguido de poliquimioterapia y tumores en estadio avanzado son tratados con quimioterapia con múltiples fármacos. Sin embargo, en casos seleccionados, quimioterapia sola con inclusión de rituximab puede ser utilizado.

El pronóstico del linfoma de colon es deficiente y las recurrencias son comunes; sin embargo, con el uso de R-CHOP, hay casos en los que mejoró la supervivencia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Manoj Pandey, Jyoti Swain, Hema Malini Iyer, and Mridula Shukla. Primary lymphoma of the colon: report of two cases and review of literature. Pandey et al. World Journal of Surgical Oncology (2019) 17:18 DOI: 10.1186/s12957-018-1548-6