

LINFOMA EL GRAN SIMULADOR, PRESENTACIÓN INUSUAL DE TUMOR COLO-RECTAL

Autores: Diego Camilo SANTORO, Anastasia YASHNYK,
Ana STERPETTI, Luis CASAS, Marcos E. HJELT

ARGUS
DIAGNOSTICO MEDICO



Universidad
Nacional de
San Martín
CEUNIM



SAR

SOCIEDAD ARGENTINA DE RADIOLOGÍA

Clínica:

Paciente masculino de 67 años que presenta diarrea de 20 días de evolución alternando con hematoquecia, al examen físico presenta abdomen blando distendido sin otros hallazgos significativos.

Antecedentes personales: tabaquista, EPOC. Presenta un laboratorio dentro de los parámetros de la normalidad.

Al tacto rectal se constata lesión sólida rectal.

Videocolonoscopia (fig 1) muestra una lesión que impresiona submucosa. Se toma biopsia.

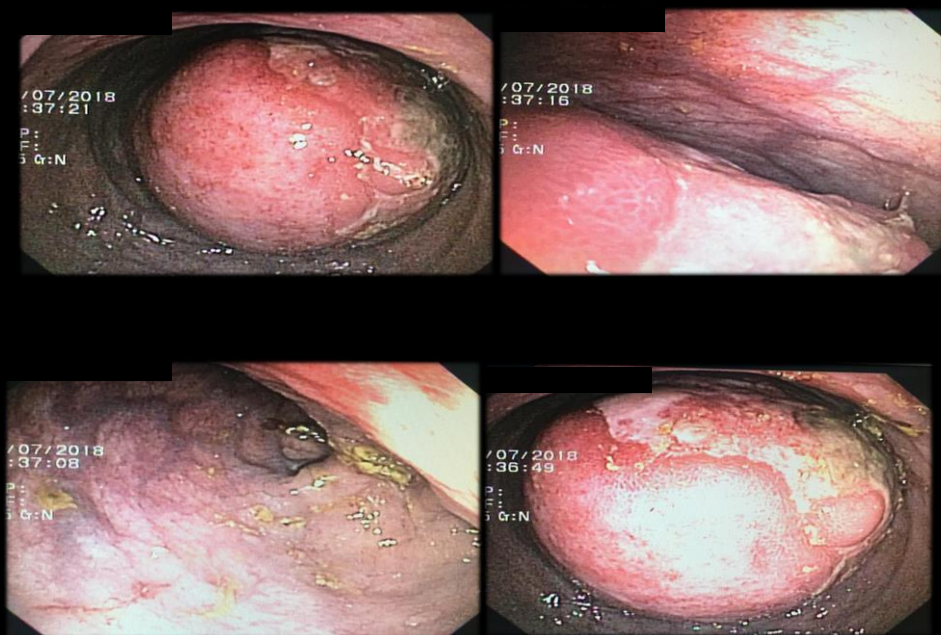
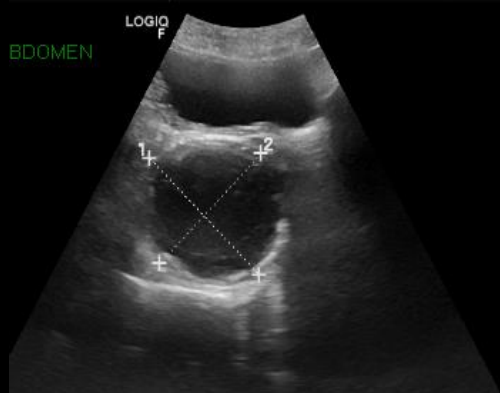
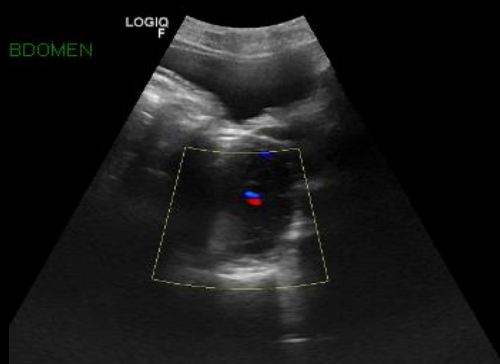
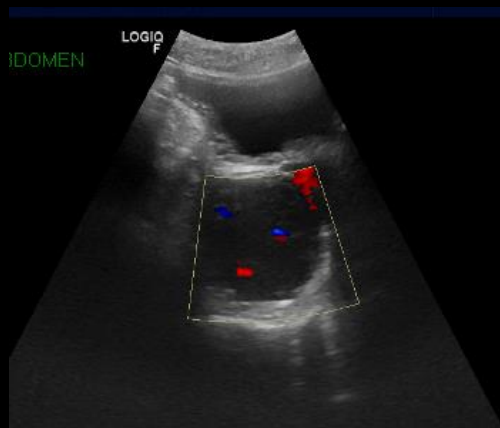


Figura 1: Lesión no ulcerada con mucosa respetada, se sospecha lesión submucosa o compresión extrínseca.

Ecografía:



Informe ecografía:

A nivel del hipogastrio región retrovesical se observa una imagen hipocogénica de bordes gruesos con contenido hipocogénico impresiona de características solidas. Mide 77 x 72mm. Presenta escasa señal Doppler color.

Discusión:

El cáncer rectal es uno de los tumores malignos más frecuentes del tracto gastrointestinal, suele presentarse con más predilección por el sexo masculino y en mayores de 50 años.

Dentro de los diagnósticos diferenciales, los más frecuentes por gran mayoría son los adenocarcinomas (98 %), representando el linfoma rectal primario solamente el 0,05% de los tumores rectales. Puede estar asociado a factores de riesgo como la inmunosupresión y la enfermedad inflamatoria intestinal.

Es imprescindible distinguir un linfoma primario de recto de un linfoma sistémico, ya que el pronóstico y el tratamiento es diferente. Debe cumplir los siguientes criterios:

- 1º Ausencia de adenomegalias periféricas palpables.
- 2º Solo ganglios en la estación de drenaje del sitio de tumor.
- 3º Ausencia de compromiso hepático y esplénico o medular.
- 4º Recuento de glóbulos blancos anormal.
- 5º Resto de los exámenes de imágenes normales.

En nuestro caso el paciente se encontraba libre de de enfermedad sistémica, y el laboratorio era normal.

En la tomografía computada se presenta una formación de densidad de partes blandas rectal homogénea sin alteración de la grasa perirrectal ni oclusión de la luz intestinal (fig 2).

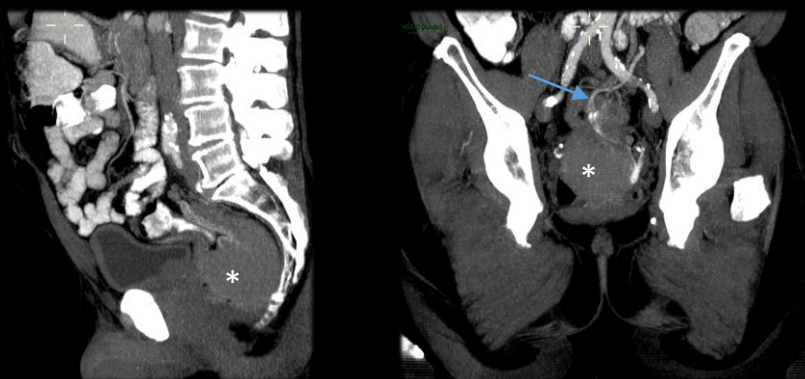


Figura 2: a) sagital MIP con contraste endovenoso y b) coronal MIP con contraste endovenoso en donde. Formación polipoidea (*) sin reacción desmoplásica irrigada por la arteria mesetérica inferior (flecha).

Resonancia magnética de pelvis con cortes de alta resolución: Se identifica a 11,6cm del margen anal una formación expansiva de señal intermedia homogénea en secuencias ponderadas en T2 (fig 3) con imágenes de vacío de flujo en su interior correspondientes a estructuras vasculares involucradas. No hay reacción desmoplásica.

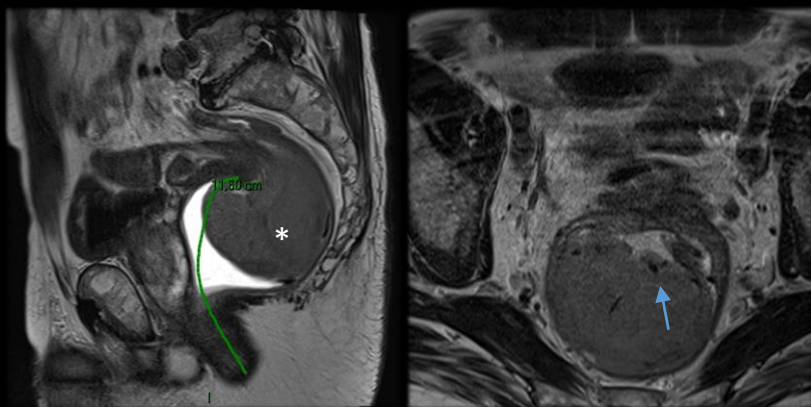


Figura 3: a) sagital T2 y b) axial T2 en donde se observa vacío de flujo de estructuras arteriales involucradas, ramas de la mesetérica inferior (flecha)

Muestra intensa restricción en la serie de difusión (fig 4) con bajos valores de ADC (fig 5).

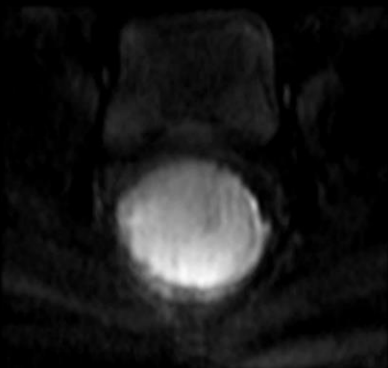


Figura 4: secuencia de difusión con valores de b 800.

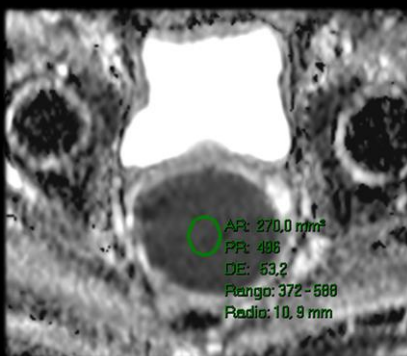


Figura 5: mapa de ADC con valor de 496.

Los hallazgos típicos por resonancia magnética incluyen una gran masa homogénea o un marcado engrosamiento mural concéntrico del recto, con estenosis luminal pero sin obstrucción. Los márgenes tumorales bien definidos, preservación de planos grasos y ausencia de reacción desmoplásica.

El compromiso extramural incluye: adenopatías voluminosas en el área de drenaje linfático y engrosamiento del musculo elevador del ano adyacente cuando es de recto inferior.

Se observan en RM como lesiones con una intensidad de señal intermedia y homogénea en T1 y algo heterogénea en T2, con un realce leve a moderado luego de la inyección de contraste endovenoso.

Ausencia de compromiso hepático y/o esplénico.

Conclusión:

Toda lesión rectal submucosa de gran tamaño, solida que no provoque obstrucción intestinal, sin reacción desmoplásica y solo con linfadenopatías en el sitio de drenaje deberá plantear al linfoma como diagnóstico diferencial.