

Linfoma primario de localización infrecuente . Reporte de caso

AUTORES: JC Sánchez Moreno, S. De Luca, L. Alarcón, S. Pavlinovic

A) PRESENTACION DEL CASO: Mujer de 58a con epigastralgia, hiperoxia, plenitud postprandial y pérdida de 10Kg de peso en los últimos 6 meses.

B) HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

Tomografía computada

Fig. 1: En topografía del hipocondrio izquierdo y fosa iliaca homolateral se observa una imagen heterogénea, sólida con áreas hipodensas en relación a necrobiosis, sin plano graso de clivaje con la cola del páncreas ni con el hilio y borde esplénico anterior. Mide 13 cm en el plano máximo coronal. Se extiende medialmente hacia la emergencia de los vasos del tronco celiaco, a los cuales engloba.

Fig.2: adenomegalias retroperitoneales.

Figs.3 y 4: corte coronal y sagital se visualiza el extenso compromiso vascular y retroperitoneal.

Fig 1

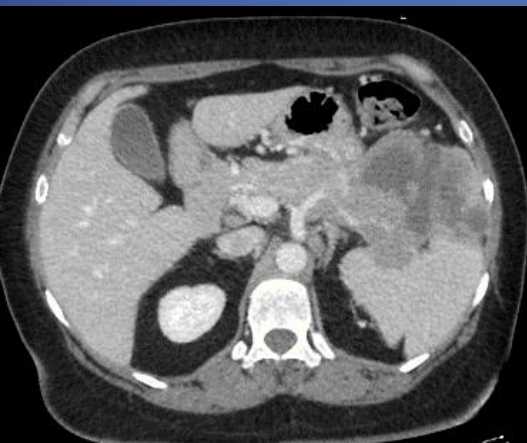


Fig.2

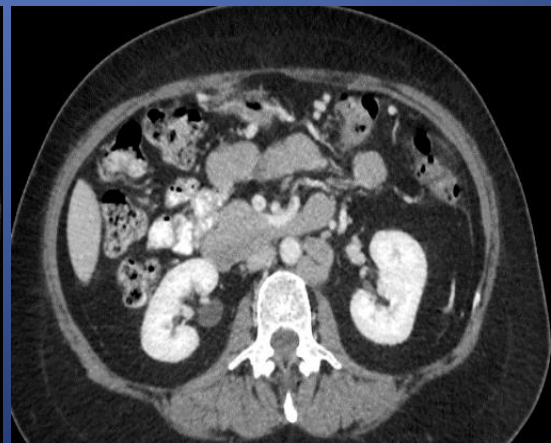
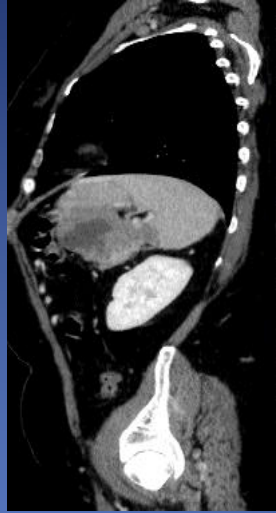


Fig. 3



Fig.4



Resonancia magnética

Figs.5, 6 y 7: trombosis de la vena mesentérica superior y de la esplénica con circulación colateral a nivel de los vasos cortos en relación con obstrucción de la vena esplénica.

Fig. 8 y 9 presenta señal hiperintensa en secuencia de difusión e hipointensa en secuencia ADC con un valor de 0.6 a 0.8, según los diferentes sectores.

Fig.5

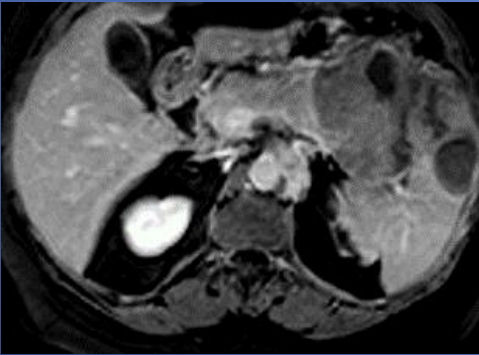


Fig.6

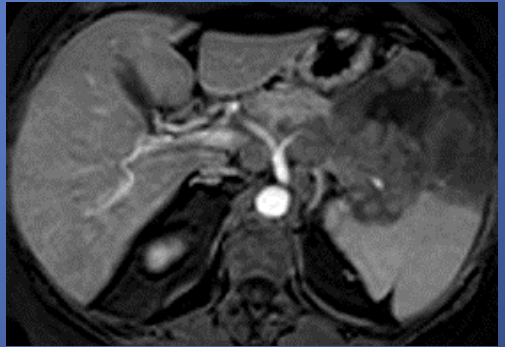


Fig.7



Fig.8

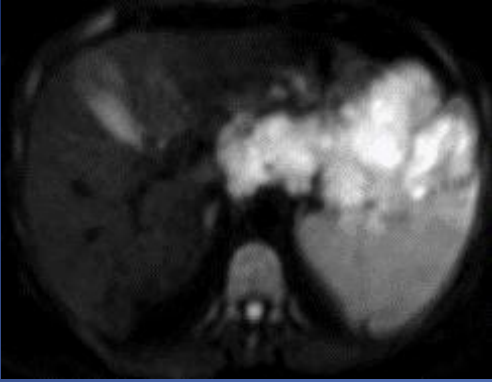
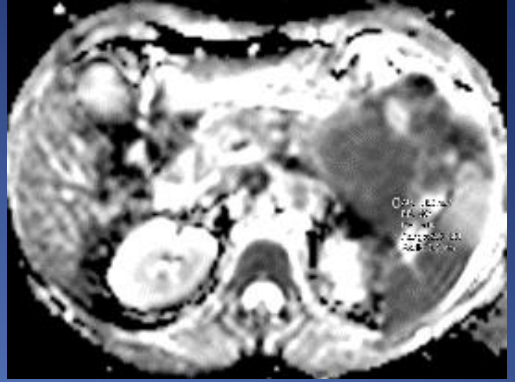
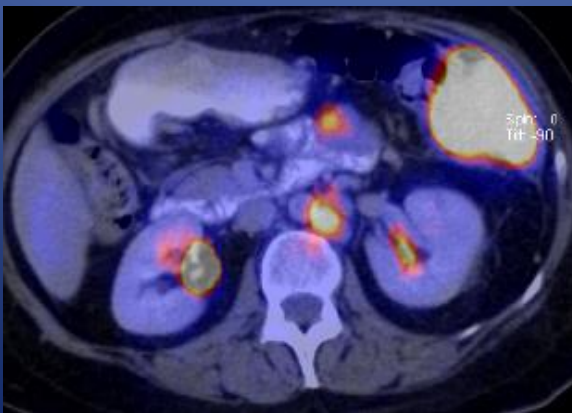
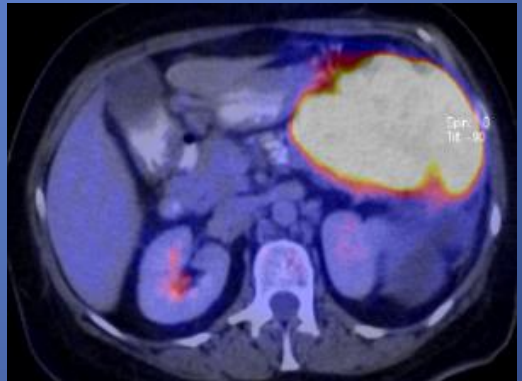
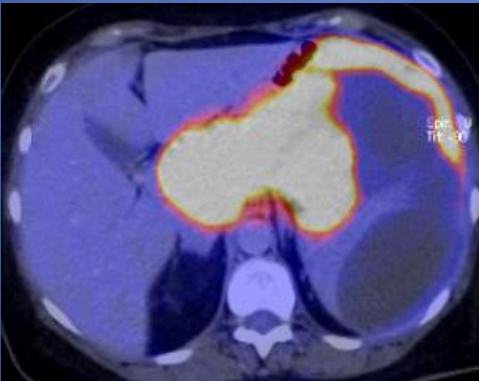


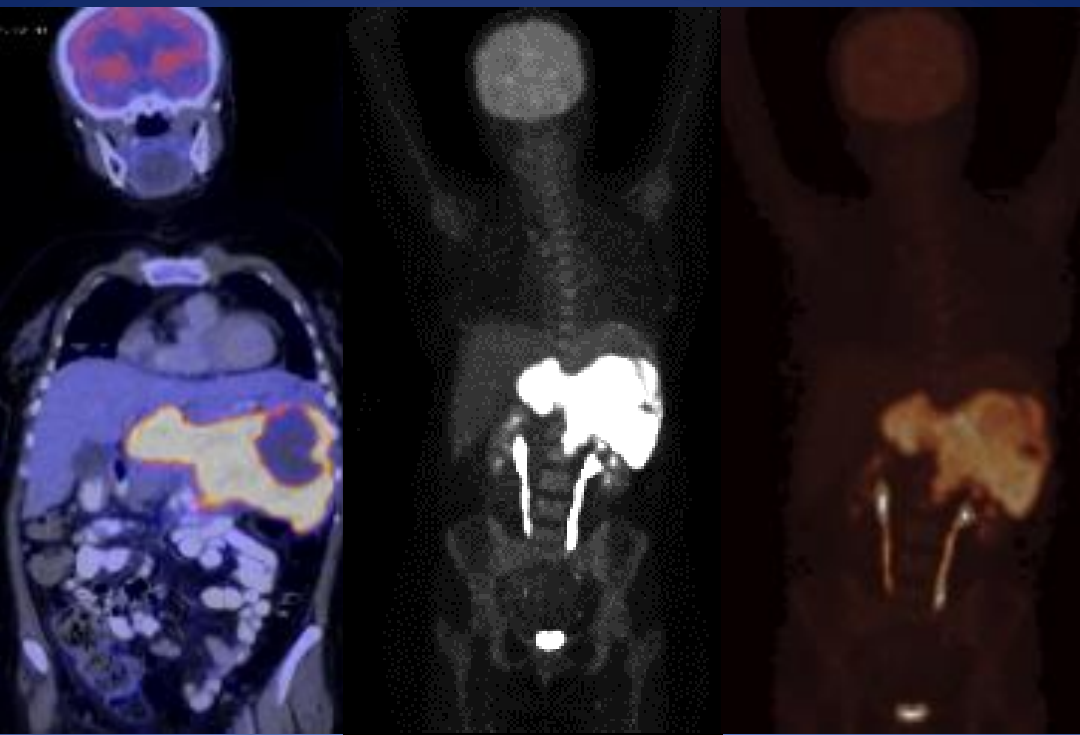
Fig. 9



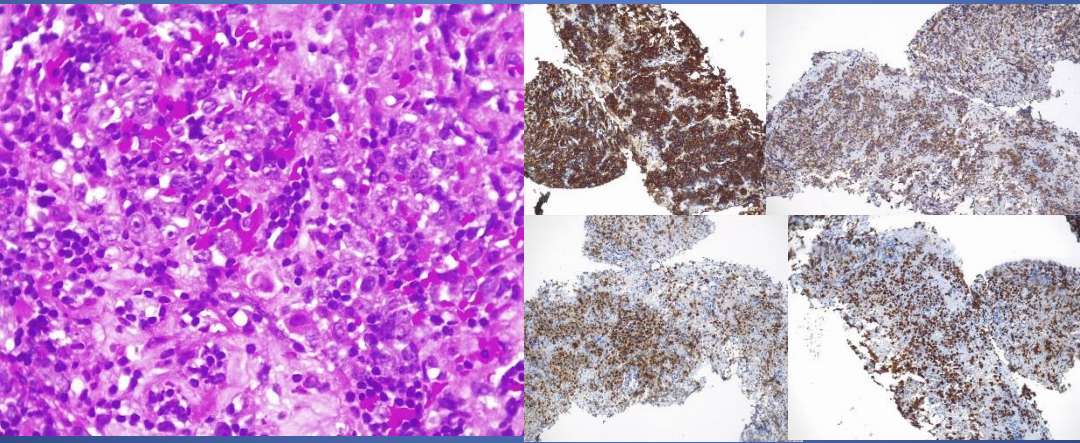
18 FDG PET TC:

Figs. 10 y 11 la formación es predominantemente hipermetabólica con sectores ametabólicos en vinculación a necrosis. Presenta un SUV máximo de 37 y SUL máximo de 25.
Fig .12 adenomegalia hipermetabólica paraórtica izquierda.
Figs 13, 14 y 15: coronal y secuencias MIP y 3D: muestra compromiso predominantemente retroperitoneal.





Histopatología



Tejido fibroconectivo infiltrado difusamente por una neoplasia linfocítica de células grandes de núcleos irregulares con nucléolo evidente eosinófilo y escaso citoplasma. Dicha población celular expresa positividad para CD20, BCL2, MUM1 y Ki67.

C) DISCUSIÓN: en el LNH la enfermedad extranodal es más frecuente que en el LH. El linfoma difuso de células B grandes es el tipo más común de LNH (30% todos los casos). Es agresivo y se propaga rápidamente. Puede encontrarse como enfermedad primaria en: tracto gastrointestinal, cerebro, mama, los testículos etc. Cursa con epigastralgia, masa abdominal palpable y síntomas B. Es poco probable encontrar un adenocarcinoma pancreático mayor a 10 cm mientras que el LNH en el 60% de los casos mide más de 6 cm al momento del diagnóstico La TC es el método de elección inicial aunque PET TC es más sensible que la TC en la estadificación de la enfermedad extranodal (también, para demostrar la afectación de la MO).

D) CONCLUSIÓN: a pesar de que LNH primario pancreático es un tumor maligno infrecuente (menos del 1% son LNH de páncreas), el diagnóstico correcto es un verdadero reto debido a que de éste depende su adecuado tratamiento que difiere mucho del de otros tumores pancreáticos.