

# Manifestaciones abdominales del linfoma extranodal Hallazgos en TCMD

Bustamante Marina Belén, Larrañaga Nebil, Espil  
Germán, Romualdo Jesica, Prado Fabiana, Kozima  
Shigeru.



Hospital General de Agudos  
Dr. Cosme Argerich

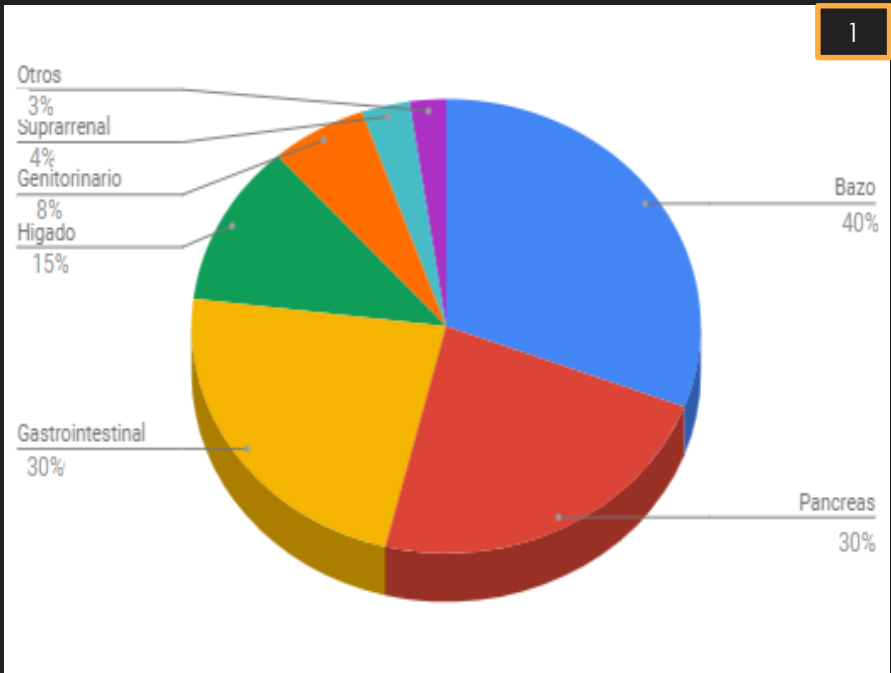
# RESUMEN

El linfoma extranodal es una neoplasia hematológica con mayor crecimiento en la actualidad y es una patología que por su frecuencia debe plantearse como diagnóstico diferencial en muchas oportunidades. La importancia de los hallazgos en imágenes radica en la oportunidad terapéutica que se le puede brindar al paciente empleando la TCMD como herramienta de estadificación principal e inicial.

# REVISION

El linfoma constituye la transformación maligna de las células linfoides, siendo una enfermedad de aparición bimodal, entre 15-30 años y a mayores 55 años.

La afectación extranodal a nivel de abdomen ocurre en aproximadamente el 40% de los pacientes con linfoma, siendo más común su presentación en el linfoma no Hodgkin (LNH), con afectación en orden decreciente de: bazo, hígado, tracto gastrointestinal, páncreas, tracto genitourinario, suprarrenales, cavidad peritoneal y tracto biliar (*Figura 1*).



**Figura 1:** Gráfico de porcentaje de frecuencia de afectación del linfoma a nivel abdominal, considerando como otros lugares de afectación peritoneo, pared abdominal, vía biliar, suprarrenal <sup>1</sup>

A continuación, demostraremos las distintas formas de presentación del linfoma con sus hallazgos más significativos a nivel abdominal en pacientes diagnosticados y tratados en nuestro hospital.

## HÍGADO Y BAZO

Su presentación varía desde una hipertrofia de aspecto difusa (*Figura 2*) o ante la presencia de múltiples nódulos circunscritos (*Figura 3a-3b* y *Figura 4*), hipovasculares en relación al tejido circundante cuando se administra contraste endovenoso.

2

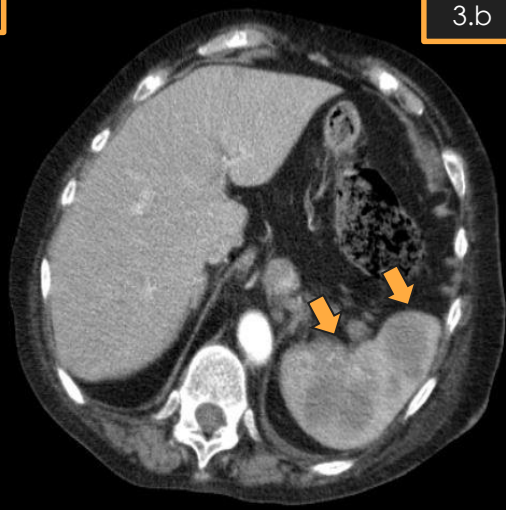


**Figura 2:** TCMD con cte oral y ev, en reconstrucción coronal. Observándose hepato-esplenomegalia de forma homogénea, las cuales toman contacto a nivel de epigastrio (flecha ).

3.a



3.b



**Figura 3:** TCMD de abdomen superior sin cte ev (A) y con cte ev (B) en reconstrucción axial. Se observa una ligera pérdida de la concavidad normal del bazo, con sutiles lobulaciones (flechas verdes en A) las cuales tras la administración de cte evidencian múltiples imágenes nodulares hipodensas (flechas naranjas en B) en relación al parénquima adyacente.

4

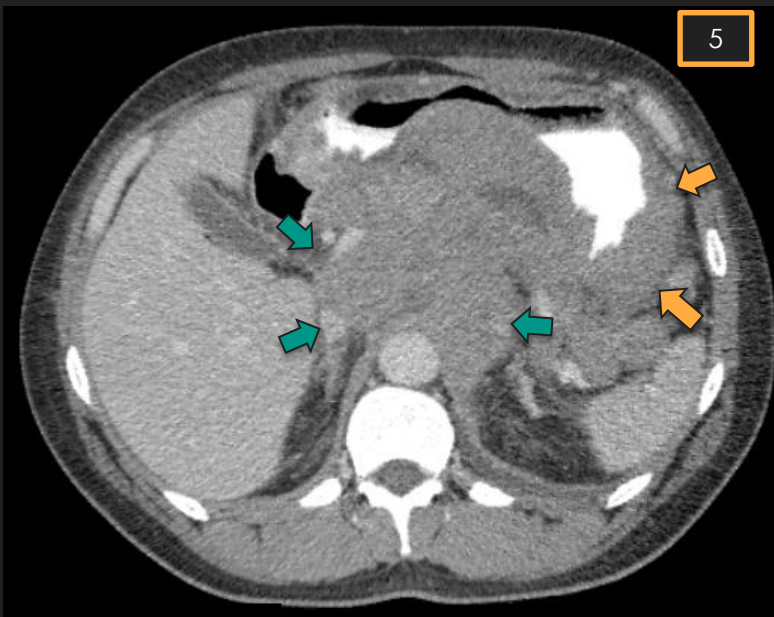


**Figura 4.:** TCMD de abdomen con cte ev con reconstrucción axial. Se evidencian múltiples imágenes nodulares, hipovasculares tras la administración de cte en un paciente con Linfoma No Hodgkin.

## TRACTO GASTROINTESTINAL

El linfoma gastrointestinal representa el 5-20% de los linfomas extranodales <sup>3</sup>: el estómago es el sitio más común, seguido del intestino delgado y luego linfomas colorrectales (6-12%) <sup>4</sup>

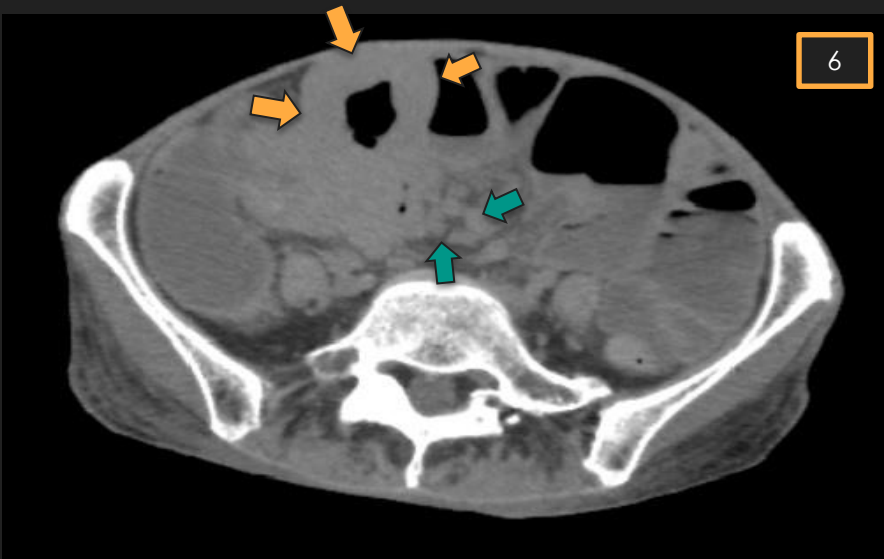
La presentación gástrica puede variar desde una afectación en masa de aspecto polipoide, como un engrosamiento focal o difuso a nivel parietal con sutil realce con la administración de contraste (*Figura 5*), pudiendo comprometer tejidos adyacentes debido a su diseminación submucosa o como una lesión de carácter ulcerativa o nodular.



**Figura 5:** TCMD de abdomen con cte ev con reconstrucción axial.

Se observa un engrosamiento parietal difuso, circunferencial y regular a predominio de cuerpo gástrico (flechas naranjas), asociado a la presencia de conglomerados ganglionares (con dificultad de visualizar un plano de clivaje (flechas verdes)

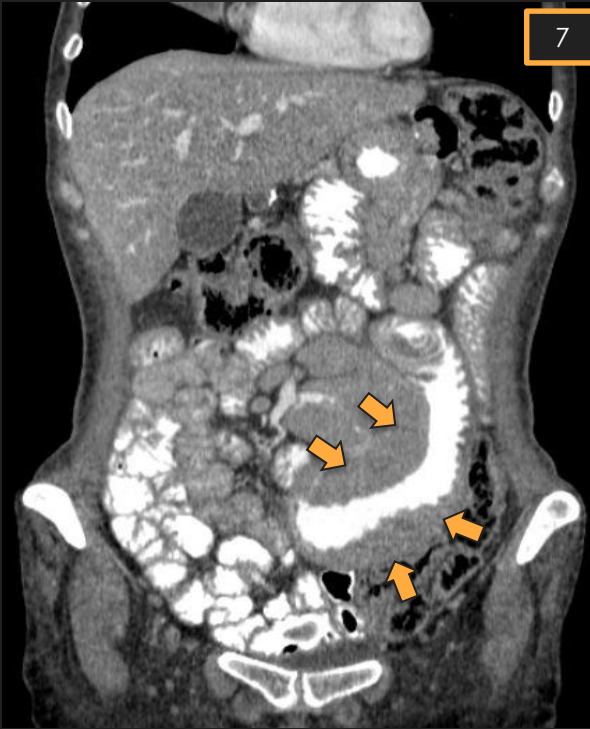
En el caso del intestino delgado hoy en día, la TCMD permite la evaluación del grosor de la pared, la vasculatura mesentérica y cualquier hallazgo extramural asociado <sup>5</sup>. La presentación del linfoma puede ser: de aspecto polipoide/nodular (solitarios o múltiples), en forma de patrón aneurismático (*Figura 6*)



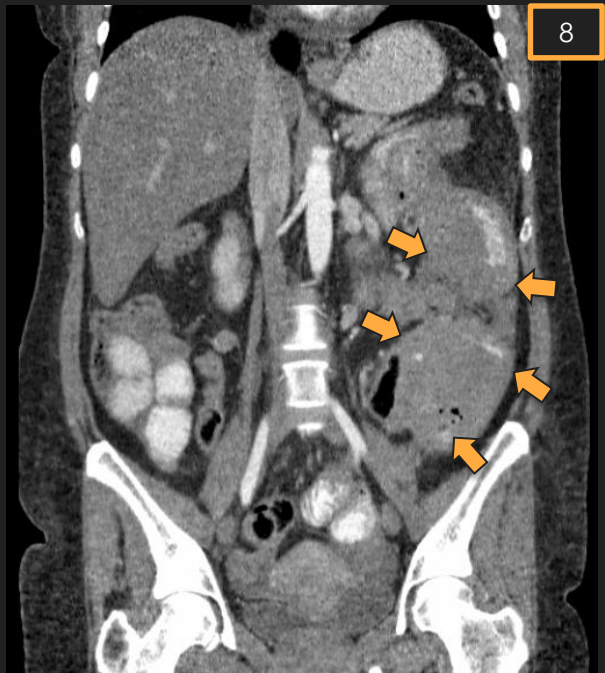
**Figura 6:** TCMD de abdomen sin cte ev con reconstrucción axial. Se observa engrosamiento parietal circunferencial de intestino delgado (flechas naranjas). Asociado llama la atención, a nivel de raíz del mesenterio la presencia de múltiples imágenes ganglionares (flechas verdes)

También como un patrón exofítico o como un engrosamiento parietal circunferencial (*Figura 7 y 8*) el cual suele afectar múltiples segmentos y más largos del intestino y muy rara vez como una masa estenosante.





**Figura 7:.** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción coronal. Se puede observar el engrosamiento parietal de intestino delgado, de gran extensión.

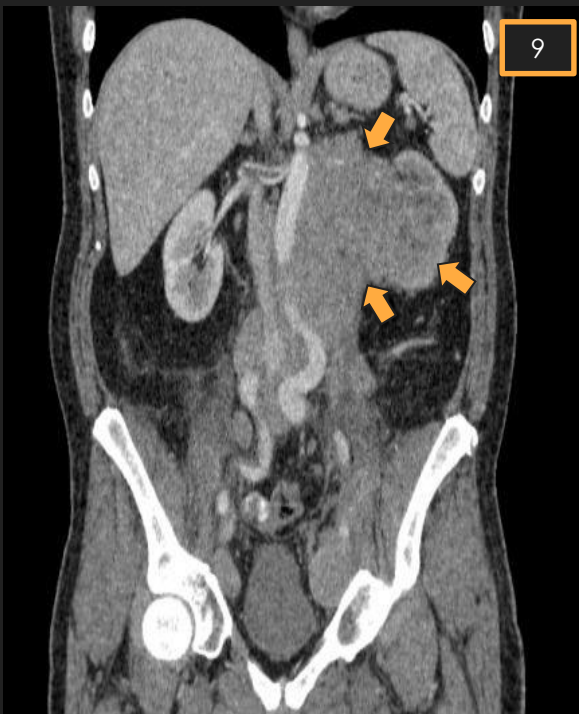


**Figura 8:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción coronal. Se visualiza un engrosamiento parietal difuso de intestino delgado, de amplia extensión(flechas), asociado a la presencia de hepatomegalia



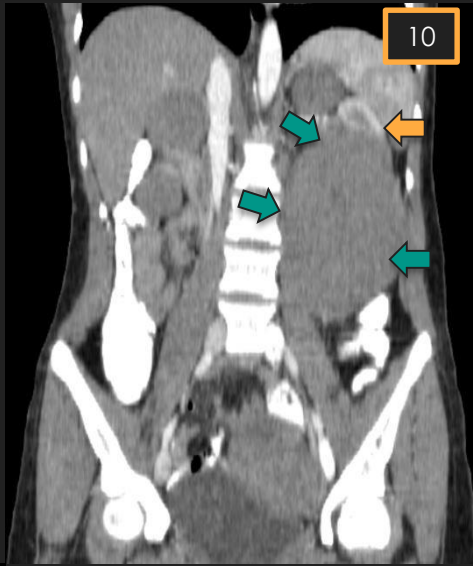
## RENAL

Los riñones no contienen tejido linfoide intrínseco, por lo que la participación del linfoma suele ser tardía en el proceso de la enfermedad y en la presencia de enfermedad diseminada <sup>7</sup>. La afectación puede incluir la presencia de una o múltiples masas circunscritas, una extensión directa nodal subyacente (*Figura 10*) o una infiltración renal difusa (*Figura 9 y 12*). Generalmente realzan sutilmente tras la administración de contraste, no suelen afectar los vasos renales (*Figura 11*) y no causan obstrucción de la vía urinaria, hallazgos que suelen ser útiles para diferenciarlo de un carcinoma de células renales.



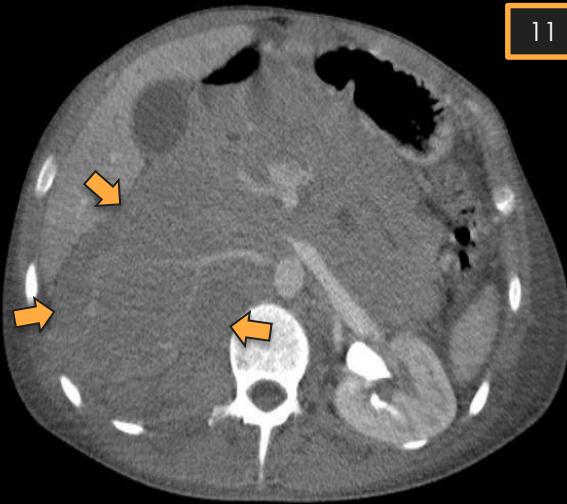
**Figura 9:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción coronal. Se evidencia voluminosa masa en riñón izquierdo(flechas), la cual se extiende hacia retroperitoneo y rodea a los elementos vasculares

**Figura 10:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción coronal. Voluminosa formación de densidad de partes blandas (flechas verdes) que compromete riñón izquierdo, con desplazamiento del mismo hacia superior (flecha naranja).



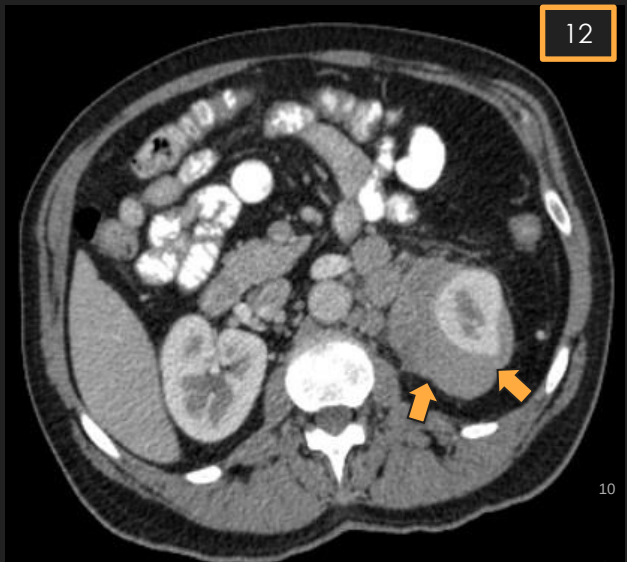
11

**Figura 11:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción axial. Muestra una voluminosa formación de partes blandas la cual impresiona reemplazar por completo el riñón derecho, con extensión hacia espacio pre y para renal homolateral y hacia retroperitoneo, respetando los vasos a nivel del hilio.



12

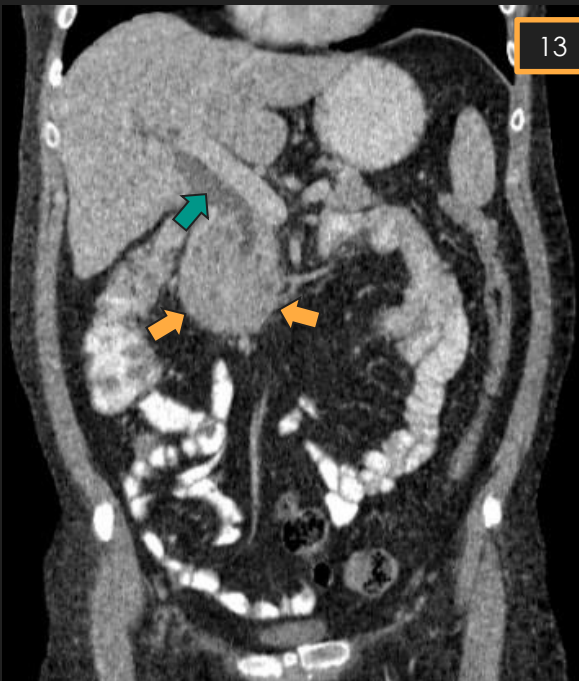
**Figura 12:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción axial. Se visualiza una masa perirrenal de densidad de partes blandas, homogénea, la cual envuelve parcialmente al riñón parcialmente



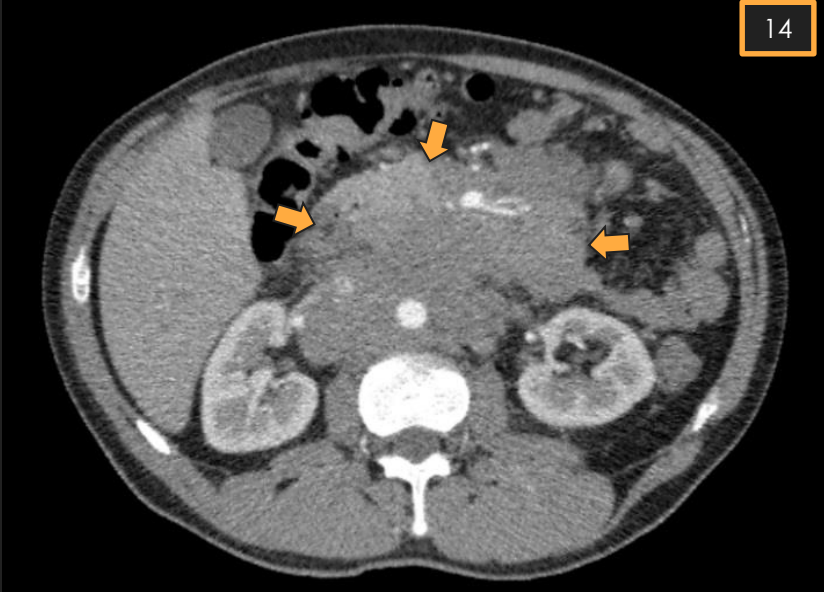
## PANCREAS

El páncreas está involucrado en aproximadamente el 30% de los casos de LNH, generalmente por infiltración nodal contigua <sup>9</sup>.

La forma de presentación del linfoma pancreático puede ser como una masa circunscripta (*Figura 13*) o como un agrandamiento glandular difuso de la misma (*Figura 14*), considerando otros hallazgos como la ausencia de compromiso vascular, la atrofia de la glándula y que habitualmente no compromete el conducto pancreático, hallazgos que en su conjunto ayudan a distinguir la enfermedad linfoide de un adenocarcinoma o una pancreatitis.



**Figura 13:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción coronal. Se observa un engrosamiento focal de la porción cefálica del páncreas (flechas naranjas), el cual presenta realce tenue heterogéneo con cte y el cual genera dilatación de la vía biliar (flecha verde).



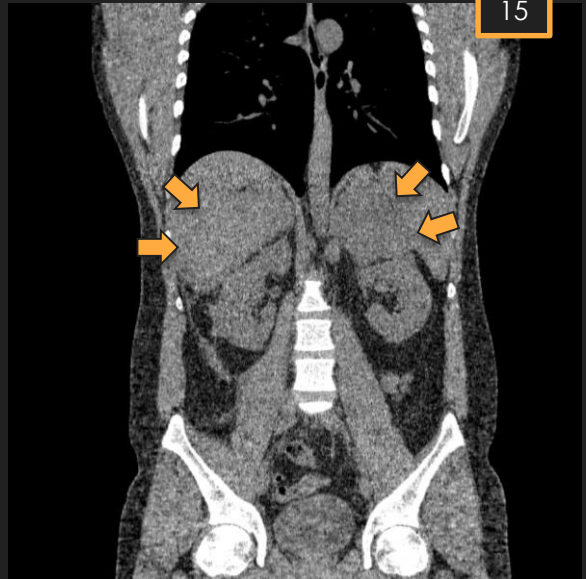
**Figura 14:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción axial. Podemos observar una voluminosa formación de densidad de partes blandas que afecta páncreas con invasión retroperitoneal de la misma, evidenciándose un realce heterogéneo ante la administración de contraste.

## OTRAS LOCALIZACIONES

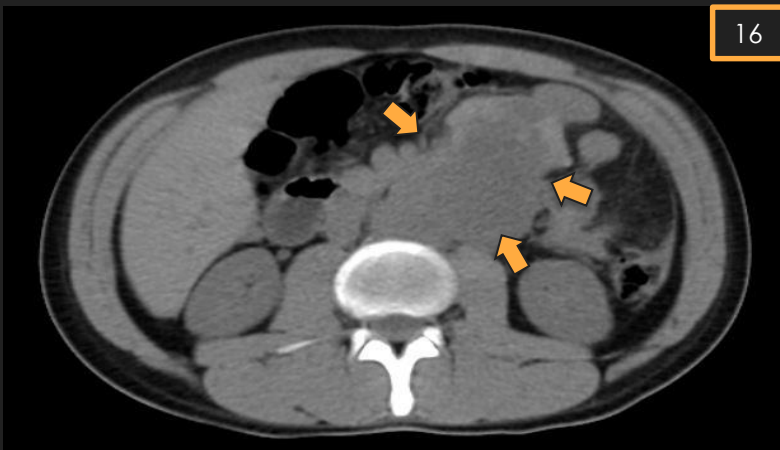
El linfoma puede afectar con menor frecuencia a las glándulas suprarrenales, al tracto biliar, peritoneo y pared abdominal.

La glándula suprarrenal está involucrada en aproximadamente el 4% de los casos de LNH<sup>10</sup>, cuya afectación con mayor frecuencia es de forma bilateral, presentando una hipertrofia glandular de forma difusa (**Figura 15**) o constituyendo una masa homogénea circunscrita.

**Figura 15:** TCMD de abdomen sin cte con reconstrucción coronal. Se observa un engrosamiento difuso bilateral de ambas glándulas suprarrenales



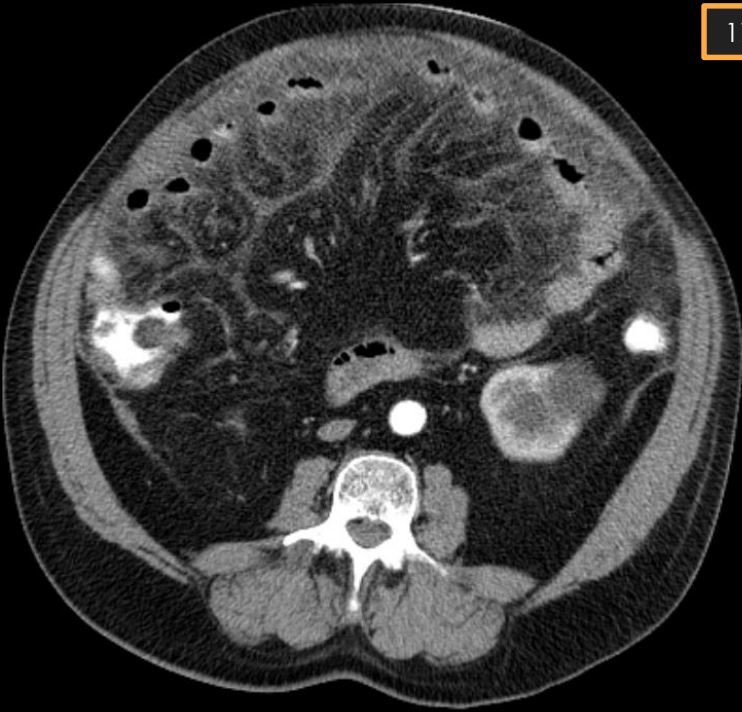
La afectación peritoneal puede ser en forma nodular o en forma de infiltración difusa (**Figura 16**), con un sutil realce tras la administración de contraste (**Figura 17**). Dichos hallazgos con mayor frecuencia se asocian a la aparición de ascitis de tipo exudativa.



**Figura 16:** TCMD de abdomen sin cte con reconstrucción axial. Se visualiza a nivel de retroperitoneo voluminosa formación de densidad de partes blandas la cual envuelve los vasos, sin claro plano de clivaje entre ambos.



17



**Figura 17:** TCMD de abdomen con cte oral y ev con reconstrucción axial. Se un engrosamiento peritoneal difuso con extensión a la razia del mesenterio asociado a la presencia de liquido interasas y evidenciándose un sutil realce tras la administración de contraste.

## CONCLUSION

El linfoma extranodal en el abdomen puede simular otras afecciones neoplásicas o inflamatorias presentando una amplia gama de espectros radiológicos, siendo la TCMD una técnica de rápido acceso y de gran utilidad para definir en un contexto clínico adecuado para el diagnóstico correcto, la estadificación precisa y el manejo óptimo del paciente



# BIBLIOGRAFIA

- 1 Abdominal Manifestations of Extranodal Lymphoma: Spectrum of Imaging Findings. Wai-Kit Lee<sup>1</sup> Eddie W. F. Lau, Vinay A. Duddalwar, Anthony J. Stanley, Yvonne Y. Ho
- 2 Metser U, Goor O, Lerman H, Naparstek E, Even-Sapir E. PET-CT de linfoma extranodal. AJR 2004; 182: 1579 –1586
- 3 Bäck H., Gustavson B., Ridell B., Rödger S., Westin J. Incidencia de linfoma gastrointestinal primario, presentación clínica y abordaje quirúrgico. Revista de oncología quirúrgica . 1986; 33 (4): 234–238. Doi: 10.1002 / jso.2930330406.
- 4 Ghimire P., Wu G.-Y., Zhu L. Linfoma gastrointestinal primario. Revista mundial de gastroenterología . 2011; 17 (6): 697–707. doi: 10.3748 / wjg.v17.i6.697.
- 5 Ghai S., Pattison J., Ghai S., O'Malley ME, Khalili K., Stephens M. Linfoma gastrointestinal primario: espectro de hallazgos de imágenes con correlación patológica. Radiografía . 2007; 27 (5): 1371-1388. doi: 10.1148 / rg.275065151.
- 6 Van de Water JMW, Cillessen SAGM, Visser OJ, Verbeek WHM, Meijer CJLM, Mulder CJJ El linfoma de células T asociado a enteropatía y sus lesiones precursoras. Buenas Prácticas e Investigación: Gastroenterología Clínica . 2010; 24 (1): 43–56. doi: 10.1016 / j.bpg.2009.11.002.
- 7 Anis M, Irshad A. Imagen de linfoma abdominal. Radiol Clin North Am 2008; 46: 265–285
- 8 Atkinson DS, Chaoui AS, Fenlon HM, Barish MA. Infiltración linfomatosa del uréter derecho. AJR 1999; 173: 789
- 9 Merkle EM, Bender GN, Brambs H. Hallazgos de imagen en linfoma pancreático: aspectos diferenciales. AJR 2000; 174: 671–675
- 10 Paling MR, Williamson BR. Afectación suprarrenal en el linfoma no Hodgkin. AJR 1983; 141: 303–305
- 11 Das K, Fisher A, Wilson DJ, dela Torre AN, Seguel J, Koneru B. Linfoma no Hodgkin primario de los conductos biliares que simula colangiocarcinoma. Cirugía 2003; 134: 496 – 500