



P-710 - DEBUT DE LINFOMA COMO TUMORACIÓN MESENTÉRICA SOBREENFECTADA

Gutiérrez Cayuso, Marta; Escudero, Carlos; Camaces de Arriba, Mar; Díaz Rivero, Miguel Ángel; Menéndez Dizy, Consuelo; Fernández, Fernando

Hospital Valle del Nalón, Riaño.

Resumen

Introducción: La afectación del mesenterio por tumoraciones es poco frecuente, aun así hay que tener en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales más frecuentes: quiste mesentérico, lipomas, leiomiomas, mesotelioma peritoneal maligno, linfomas, sarcomas. Todas estas entidades presenta clínica parecida y el *gold estándar* para el diagnóstico es el *scanner*, pero para poder tipificarlos se necesita una biopsia, si esta no es posible se deberá realizar cirugía para determinar su naturaleza.

Caso clínico: Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés salvo histerectomía y doble anexectomía por metrorragias y quistes ováricos. La paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal centroabdominal irradiado hacia la espada acompañado de fiebre, sin más clínica acompañante. Con exploración abdominal anodina. Se completan estudios, en TAC se observa colección encapsulada de 6 cm mesentérica, en región inframesocólica que rodea asas de delgado, con infiltración de grasa adyacente. La paciente se ingresa para antibioterapia y completar estudios. Tras ciclo de antibiótico se repite prueba de imagen donde se sigue observando lesión a nivel de mesenterio en íntimo contacto con asa intestinal sin claro punto de cribaje, que esta vez impresiona de tumoración sólida con zonas de necrosis. Ante la persistencia de la tumoración, se decide realizar cirugía programada para resección de la tumoración con márgenes oncológicos. Hallazgos intraoperatorios: tumoración en mesenterio de primeras asas yeyunales, de consistencia blanda, parcialmente necrótica sin depender de asa de delgado: se reseca con márgenes oncológicos. Anatomía patológica: linfoma difuso B de células grandes. Postoperatorio sin complicaciones.

Discusión: En este caso clínico presentamos tumoración mesentérica que debuta por infección de la misma por necrosis parcial sobreinfectada. En nuestro caso ante la imposibilidad de llegar a diagnóstico mediante biopsia (dado su localización no era accesible bajo ningún método), se decidió realizar extirpación quirúrgica con márgenes oncológicos y así poder etiquetarla. En la revisión bibliográfica también se encuentran numerosos casos donde es necesario la extirpación quirúrgica para su diagnóstico.