



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2788 - EMPACHADA

C. Bedoya Sánchez<sup>a</sup>, G. Salvador Salvador<sup>a</sup>, S.M. Bello Benavides<sup>b</sup>, R.P. Torres Gutiérrez<sup>c</sup>, F. Attardo<sup>b</sup>, I. Salvador Salvador<sup>d</sup>, M.A. Evia Arceo<sup>e</sup>, J.A. López Riquelme<sup>f</sup> y F. Reviejo Rodríguez<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila-Estación. Ávila. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila-Sur Este. Ávila. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ávila-Sur Oeste. Ávila. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. <sup>e</sup>Médico General. Grupo Novo Estetic Córdoba. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Traumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 35 años, sin antecedentes, dolor abdominal difuso diario, estreñimiento y gases, dos meses de evolución sin relación con ingesta ni mejora con deposición. No pirosis ni sangre en heces. No alteraciones menstruales ni urinarias. Mejoría parcial del estreñimiento con Duphalac pautado, pero el dolor y la distensión persisten a pesar de analgesia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen: blando, piso inferior doloroso palpándose masa desde FID hasta mesogastrio y parte de hipogastrio de consistencia aumentada. Adenopatía inguinal derecha no adherida. Hemograma y coagulación normales: Hb 11,9, VCM 76,9, HCM 24,6. Bioquímica: FE 32, ferritina 8,7, LDH 196. Perfil general, hepático y renal, proteinograma, PCR, TSH y Ac. antitransglutaminasa: normales. Serología: VHB y VHC negativas. CEA, Ca12.5, Ca19.9 y Alfafetoproteína normales. TAC toracoabdominopélvico: Engrosamiento mural circunferencial de un largo tramo de íleon distal en hipogastrio derecho de aspecto neoplásico que dilata luz, independiente de ovario y útero. Masa mesentérica adyacente sin solución de continuidad. BAG: sd. linfoproliferativo compatible con linfoma de alto grado difuso de célula grande (LDCBG).

**Juicio clínico:** Linfoma no Hodgkin intestinal de células B grandes.

**Diagnóstico diferencial:** Celiaquía, EII, colon irritable, diverticulitis. Tumores: ovario, colon, tracto urinario...

**Comentario final:** Los LNH de tubo digestivo son los linfomas extraganglionares más frecuentes, representando éste el tipo más común (30-50%) con localización en delgado del 60-75%. Pueden debutar con dispepsia, distensión abdominal, estreñimiento o diarrea y escasos síntomas B inicialmente, dificultando su diagnóstico fundamentalmente en jóvenes. El dolor abdominal es frecuente produciéndose en un 20% masa abdominal palpable. De ahí la importancia de la exploración exhaustiva para sospecharla. Parámetros como la LDH, pueden también orientarnos. El TAC nos confirmó la masa, localización y extensión, pero el diagnóstico lo obtenemos tras BAG e inmunohistoquímica que definen el tipo de linfocito involucrado. Suelen ser de crecimiento rápido, pero la mayoría con enfermedad localizada obtienen la remisión con QT combinada. Nuestra paciente, 6 ciclos esquema R-CHOP y 8 dosis rituximab. Los dos primeros años tras su finalización

suponen mayor riesgo de recidiva, necesitándose revisiones periódicas posteriores.

### **Bibliografía**

1. Cabanillas F, et al. Clinical, biologic, and histologic features of late relapses in diffuse large cell lymphoma. Blood. 1992;79:1024-8.

**Palabras clave:** *Masa abdominal. Linfoma.*