



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

O-087 - CUANDO MIS DEFENSAS ME DAÑAN

V.R. Quinto Lechado^a, M. Gorospe Molina^b, C.A. Carrasco Vidoz^a, L. García Haba^a y M. Cinquerena^c

^aCS Bargas. ^bCS Benquerencia. ^cCS Santa Bárbara.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 58 años acude a Consulta por dolor abdominal continuo en flanco y fosa iliaca derecha de dos meses de evolución, que el paciente refiere que mejora con las deposiciones, sin irradiación, sin fiebre, no nauseas, ni vómitos, ni alteraciones miccionales. Antecedentes: no RAMC. HTA. No fumador ni tiene otros hábitos tóxicos. Apendicetomía a los 20 años. Cólicos renales. Preciso litotricia izquierda. Síndrome ansioso en tratamiento. No refiere otros antecedentes médico-quirúrgicos. Tratamiento: paroxítona 20 mg, enalapril 20 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Física: TA 100/70, FC: 85 lpm, T^a 37,8 °C. Pálido y sudoroso, No lesiones cutáneas, consciente, orientado, bien hidratado y perfundido. No adenopatías en cuello, axila o inguinal. Tórax: AC: normal, AP: normal. Abdomen: blando, depresible, cicatriz de cirugía de apendicetomía, dolor a la palpación en epigastrio y fosa iliaca derecha con emplastamiento y flanco derecho doloroso, no viceromegalia, RHA disminuidos. Tacto rectal: normal, MII: sin edemas, sin signos de TVP. Hemograma: leucocitos 10.600 (n 63%; l 18%; m 14%; e 3,4% (360); b 0,8%); resto normal. Bioquímica básica: Normal. Proteinograma: normal. S.de orina: normal. Coprocultivos; flora normal, no se observa parásitos. Hemocultivo: normal. Rx de tórax: mediastino normal. Rx de abdomen: abundante heces en marco cólico, línea del Psoas conservada. No niveles hidraéreos. Ecografía abdominal: a la exploración de mesogástrico, intraperitoneal, anterior a la aorta, se visualizan múltiples imágenes anecoicas con refuerzo posterior, algunas tabicadas, agrupadas, de pared fina, con ausencia de señal doppler, que podrían estar en relación con malformación linfática mesentérica o menos probablemente asas intestinales agrupadas a peristálticas dilatadas secundarias a bridas. TAC abdominal: engrosamiento mural difuso, concéntrico y asimétrico del ciego, extendiéndose la afectación una longitud con aumento de la densidad y trabeculación de la grasa pericecal y gran complejo adenopático leuco regional. Múltiples adenopatías mesentéricas (en ganglionar metastásica).

Juicio clínico: Probable linfoma B de células grandes de ciego con afectación local y ganglionar mesentérica.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de colon. Colitis ulcerosa. Neoplasia de ciego. Litiasis renal. Obstrucción intestinal por bridas. Linfoma gastrointestinal. Enfermedad mesentérica.

Comentario final: Los linfomas ganglionares afectan al tubo digestivo debido al tejido linfoide asociado a mucosa por lo que se han establecido criterios diagnósticos de (Dawson) para definir si es primario, Ausencia de adenopatía palpable en la exploración clínica. Ausencia de adenopatías

mediastínicas en una radiografía de tórax. Recuento diferencial leucocitario normal.4. Demostración de que la enfermedad se limita a intestino y ganglios adyacentes, sin afectación hepática ni esplénica. Estos son tumores raros con incidencia de 1 por 100,000 hab. y representan del 1-4% de las neoplasias malignas gastrointestinales. En el caso de nuestro paciente al presentar un dolor abdominal crónico al abórdalo hay que tener presente todas las posibles causas del dolor incluidos el linfoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. López San Román, Villarubia Espinosa J. Linfomas Intestinales. Tratamiento de Enfermedades Gastrointestinales. Asociación Española de Gastroenterología. Madrid 2012.
2. Canche Arenas A. Linfoma de MALT de colon. Reporte de un caso. Endoscopia. 2012;24:79-84.