



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-397 - COEXISTENCIA DE LINFOMA PRIMARIO EXTRANODAL DISEMINADO CON ADENOCARCINOMA DE COLON

Vaello, Víctor; Juez, Luz Divina; Arranz, Raquel; Ballester, Araceli; Ramos, Diego; Cuadrado, Marta; Priego, Pablo; Galindo, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El linfoma difuso de célula B grande (LDCBG) es el linfoma no-Hodgkin más frecuente en adultos con una incidencia en nuestro medio que alcanza 26,6/100.000 personas/año en población anciana. Hasta un 40% de los casos se presentan como afectación extranodal primaria.

Caso clínico: Paciente mujer de 77 años con antecedentes de HTA, DMII insulínica y dislipemia. Acude a Urgencias por malestar general de 7 días de evolución con fiebre y dolor abdominal difuso de predominio en hipogastrio. Valorada inicialmente por el servicio de Ginecología quienes en ecografía transvaginal visualizan imagen anexial izquierda de 32 × 30 mm compatible con absceso. Se solicita TC abdominal que confirma ovario izquierdo aumentado de tamaño con imagen heterogénea. Asimismo se observan glándulas suprarrenales con lesiones nodulares de unos 50 mm de diámetro máximo. La paciente es intervenida con sospecha de sepsis de origen ginecológico observándose neoformación en anejo izquierdo y realizándose histerectomía con doble anexectomía. Intraoperatoriamente se palpa lesión nodular en colon descendente. La paciente evoluciona de forma adecuada pero con deterioro funcional de su patología de base. La anatomía patológica de la pieza informa de infiltración ovárica bilateral por linfoma B difuso de células grandes de origen en centro germinal. Se realiza PAAF de glándula suprarrenal estando infiltrada por linfoma B difuso de células grandes. Y en el estudio mediante colonoscopia se identifica a 45 cm del margen anal una lesión de 4 cm cuya biopsia es compatible con adenocarcinoma de colon. Dado el estado funcional de la paciente, se decide por parte de Hematología desestimar tratamiento quimioterápico con intención curativa así como tratamiento quirúrgico en el Comité de Tumores Colo-rectales.

Discusión: La afectación primaria ovárica por un LDCBG sólo supone en la literatura un 10% de los linfomas ováricos y algo similar ocurre con la afectación suprarrenal, que está descrita en hasta un 25% de los casos de diseminación sistémica de un linfoma no-Hodgkin. El diagnóstico en un mismo paciente de una neoplasia primaria colorrectal con un LDCBG es infrecuente si bien la alta prevalencia de cáncer colorrectal hace que se describan en la literatura casos de LDCBG nodal con adenocarcinomas de colon (en ocasiones siendo uno un hallazgo casual durante estudio de extensión del otro). También se describe la coexistencia de linfomas extranodales gastrointestinales y adenocarcinomas de colon, llegando en ocasiones a verse ambas histologías en una misma localización anatómica (collision tumour). Sin embargo en nuestra revisión de la literatura no se han

encontrado casos de coexistencia con un LDCBG de localización ovárica en estadio IV. Se plantea que existan mecanismos moleculares que relacionen ambas patologías como en el caso del síndrome de Lynch. La actitud terapéutica en casos tan infrecuentes debe orientarse de forma multidisciplinar teniendo en cuenta el pronóstico de cada una de las patologías detectadas y la situación funcional del paciente. Son necesarios más estudios que establezcan una posible relación entre el adenocarcinoma de colon y el linfoma no Hodgkin de célula B grande.