

Presentación de caso

Linfoma mesentérico en el adulto mayor

Mesenteric lymphoma in the elderly

Oscar Díaz Pi,¹ Hedgar Berty Gutiérrez,² Isabela Bezerra Ferreira da Silva,³ Alain David Medina Lago⁴

¹Especialista de I Grado en Cirugía General

²Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencia

³Especialista de I Grado en Medicina. Universidad Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil

⁴Estudiante de 4to. año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía General

Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Miguel Enríquez"

Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba

CP: 10400 Correo: geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

RESUMEN

Los tumores mesentéricos son raros e incluyen un grupo diverso de entidades histológicas y generalmente su diagnóstico es fortuito. Se presenta un paciente con un linfoma mesentérico no *Hodgkin*, tipo folicular, de bajo grado. La lesión fue resecada con bordes de sección quirúrgicos negativos. El paciente evoluciona satisfactoriamente, es dado de alta por cirugía y remitido a oncohematología.

Palabras clave: mesenterio; linfoma no *Hodgkin*; laparotomía; adulto mayor.

ABSTRACT

Mesenteric tumors are rare and include a diverse group of histological entities and usually their diagnosis is fortuitous. A patient with a low-grade, follicular type, non-Hodgkin's mesenteric lymphoma is presented. The lesion was resected with negative surgical section edges. The patient evolves satisfactorily, is discharged by surgery and referred to oncohematology.

Keywords: mesentery; lymphoma; non-Hodgkin; laparotomy, elderly.

INTRODUCCIÓN

Los tumores mesentéricos son raros e incluyen un grupo diverso de entidades histológicas. Su descubrimiento es más a menudo fortuito u ocurre durante la evaluación de síntomas abdominales no específicos vagos.⁽¹⁾

La mayoría de las masas mesentéricas son de origen linfático. La incidencia de quistes mesentéricos, es estimada de 1:100000 en los Estados Unidos y la mayoría son linfagiomias.⁽²⁾ El linfoma es el tumor mesentérico sólido más común.⁽³⁾

En la mayoría de los pacientes corresponden a linfomas difusos de linfocitos B, de células grandes en adultos y de tipo *Burkitt* en los pediátricos. El resto de los linfomas no *Hodgkin* (foliculares y de linfocitos T, etc.) y de *Hodgkin* son menos frecuentes, raros o excepcionales.⁽⁴⁾

Nuestro objetivo con este trabajo fue presentar a un paciente de 72 años con una masa de más o menos 8 cm en el meso de yeyuno a 90 cm del ángulo de *Treitz*, que resultó ser un linfoma mesentérico no *Hodgkin*, tipo folicular de bajo grado. Se realiza resección en cuña de más menos 30 cm y el tránsito intestinal fue restituido mediante una yeyuno-yeyunostomía término-terminal en un plano de sutura.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente GRP

Ingreso:29-11-16

Egreso: 23-1-17

Motivo de consulta: “bolita en el abdomen”

HEA: paciente masculino de 72 años, con antecedentes de salud aparente. Acude al Departamento de Urgencia del servicio de Cirugía General, por presentar un

aumento de volumen del abdomen, sin otro síntoma acompañantes. Se ingresa para estudio y tratamiento.

Examen Físico

Piel y mucosa: normocoloreada – normohidratadas

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado

Aparato respiratorio: Frecuencia respiratoria: 18 por minutos, murmullo vesicular audible, no estertores.

Aparato cardiovascular: frecuencia cardiaca: 84 por minutos, tensión arterial: 110/80 mmhg, no soplo.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos normales, se palpa masa en flanco e hipocondrio derecho, no movable, no dolorosa, que en ocasiones desaparece y en otras ocasiones es marcadamente palpable. No otras alteraciones.

Sistema Nervioso Central: sensorio libre

Complementarios

Laboratorio

Hb: 143 g/L

Leucograma: $5,2 \times 10^9$ /L

Grupo y factor: O positivo

Coagulograma completo: normal

Proteínas totales: 64,5

Albumina:40,9

TGP:18.9

TGO: 16

Creatinina: 84

Imaginológicos

Rayos X de Tórax: negativo

Ecografía abdominal: en flanco derecho se observa imagen compleja de medidas 83x64x81 mm, que impresiona corresponder a tumor de ángulo hepático del colon. Se surgiere realizar Tomografía Axial Computarizada de abdomen y Colonoscopia

Tomografía Axial Computarizada Contrastada de abdomen: se observa imagen tumoral en flanco derecho que mide 87x69x82 mm, el cual no se precisa estructura anatómica de origen, (Figura 1).



Fig. 1. Se observa imagen tumoral, sin origen preciso.

Endoscópicos

Colonoscopia: en toda la extensión de la mucosa del colon, no se observa tumor, se pasa válvula ileocecal, la cual es normal, no compresión extrínseca.

Estancia en sala de hospitalización del paciente

El paciente se mantuvo todo el tiempo del estudio ingresado, por presentar dificultades en el hogar, además presentaba eventos de dolores abdominales recurrentes a tipo cólico, los cuales coincidían con la presencia de aumentos de

volumen del tumor en flanco derecho principalmente, aunque aparecía y desaparecía en varios cuadrantes del abdomen, nunca presento fiebre, ni signos inflamatorios.

Se discute el paciente en el servicio, decidiéndose la laparotomía exploradora y actuación en consecuencia, ya que no se posee un diagnóstico definitivo.

Laparotomía exploradora: se encuentra masa de más o menos 8 cm en el meso de yeyuno a 90 cm del ángulo de *Treitz*. Se realiza resección de más o menos 30cm abarcando el meso y se envía para anatomía patológica, (figura 2).



Fig. 2. Masa de más o menos 8 cm en el meso de yeyuno a 90 cm del ángulo de *Treitz*.

Anatomía patológica: linfoma no *Hodgkin* tipo folicular de bajo grado.

Evolución del paciente

Paciente evoluciona satisfactoriamente, es dado de alta por cirugía y remitido a oncohematología.

DISCUSIÓN

Los linfomas mesentéricos pueden permanecer asintomáticos durante años, incluso cuando el tumor es voluminoso, pero síntomas sistémicos (fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) indican enfermedad en etapa avanzada.^(5,6)

El medio diagnóstico más aceptado en su diagnóstico es la tomografía axial computarizada y el signo del “sándwich” es el más característico, sin embargo, en el caso presentado, la imagen mostrada no se asemeja a dicho signo.^(7,8,9)

El papel de la cirugía debe restringirse al diagnóstico (donde la biopsia guiada por imagen no es posible) y el tratamiento definitivo es la quimioterapia.⁽¹⁰⁾ En el caso presentado, el tratamiento quirúrgico fue determinado por la incerteza del diagnóstico.

CONCLUSIONES

Los linfomas mesentéricos son poco frecuentes, en la mayoría de los casos son asintomáticos. La tomografía axial computarizada es el medio diagnóstico de excelencia y el tratamiento definitivo es la quimioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dufay C, Abdelli A, Le Pennec V, Chiche L. Mesenteric tumors: Diagnosis and treatment. *J Visc Surg.* 2012 Aug;149(4):e239-51. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2012.05.005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22796300>
2. de Perrot M, Bründler M, Tötsch M, Mentha G, Morel P. Mesenteric cysts. Toward less confusion? *Dig Surg.* 2000;17(4):323-8. <http://doi.org/10.1186/1757-1626-2-134>
3. Sheth S, Horton KM, Garland MR, Fishman EK. Mesenteric neoplasms: CT appearances of primary and secondary tumors and differential diagnosis. *Radiogr Rev Publ Radiol.* 2003;23(2):457-73. <https://doi.org/10.1148/rq.232025081>
4. Pineda-Daboin KM, Rosas-García MI, Rosas-García G, Rosas-Uribe A. Linfomas del mesenterio: características clinicopatológicas en 30 pacientes venezolanos. *Patología Rev Latinoam.* 2009;47(1):29-34.
5. Yenarkarn P, Thoeni RF, Hanks D. Case 107: lymphoma of the mesentery. *Radiology.* 2007 Feb; 242(2):628-31. DOI:10.1148/radiol.2263020109. <https://www.thiemeconnect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0042-110100>

6. Koronakis N et al. Mesentery lymphoma in a patient with Crohn's disease: An extremely rare entity. *IJS Case Reports*. 2012 3 (7) 343–345. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2012.04.005>
7. Medappil N, Reghukumar R. Sandwich sign in mesenteric lymphoma. *J Can Res Ther* [serial online] 2010 [cited 2018 Mar 24];6:403-4. Available from: <http://www.cancerjournal.net/text.asp?2010/6/3/403/73333>
8. Hardy SM. The sandwich sign. *Radiology*. 2003;226 (3): 651-2. doi:10.1148/radiol.2263020109.
9. Romesberg AM, Lee JT, DiSantis DJ. The hamburger sign (sandwich sign). *Abdom Imaging*. 2015 Jan;40(1):227-8. doi: 10.1007/s00261-014-0241-7.
10. Ciortan E, Carra L. Abdominal mass as the first sign of follicular lymphoma B of mesentery: Case report. *J Ultrasound*. 2010 Sep; 13(3): 123–125. doi: 10.1016/j.jus.2010.09.005.