

Linfoma esplénico primario

Primary splenic lymphoma

Karell Piñón-García^{1,2}, Yudelky Almeida-Esquivel^{1,2}¹Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey. ²Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Camagüey, Cuba.

Recibido: 31 de enero de 2023

Aprobado: 26 de abril de 2023



RESUMEN

El linfoma primario de bazo es una afección rara. Es una neoplasia del subtipo no Hodgkin, que involucra el bazo y sus ganglios hiliares, con un período libre de enfermedad de al menos seis meses, después de la extirpación quirúrgica del bazo. Se presenta el caso de una mujer de 55 años de edad, con antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento, quien acudió a consulta por presentar una masa en la región abdominal, de cuatro meses de evolución, asociada a síndrome general, pérdida de peso y molestias abdominales. En el momento de la exploración física la paciente se encontraba afebril, con ligero dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdo, punta de bazo palpable, no adenopatías periféricas y palidez cutáneo mucosa. Se realizaron estudios analíticos e imagenológicos. Es ingresada con el diagnóstico presuntivo de un síndrome linfoproliferativo (linfoma esplénico). Con el empleo de anestesia general orotraqueal se realizó esplenectomía. El reporte anatomopatológico fue positivo para linfoma difuso de células B grandes. Recibió tratamiento adyuvante con quimioterapia. Después de cinco meses de la intervención quirúrgica se mantuvo sin evidencias de diseminación del linfoma.

Palabras clave: BAZO; ESPLENOMEGALIA; LINFOMA NO HODGKIN; ESPLENECTOMÍA; QUIMIOTERAPIA.

Descriptores: BAZO; ESPLENOMEGALIA; LINFOMA NO HODGKIN; ESPLENECTOMÍA; QUIMIOTERAPIA.

INTRODUCCIÓN

El bazo es un órgano localizado en el hipocondrio izquierdo. Su crecimiento patológico se denomina esplenomegalia. Forma parte del sistema inmunitario y sus funciones principales son actuar como “filtro fagocítico” y participar en la formación de anticuerpos. Las alteraciones en el bazo tienen una etiopatogenia diversa: origen infeccioso o inmunológico que produce destrucción de hematíes, hipertensión portal, lesiones expansivas benignas y malignas o procesos infiltrativos.⁽¹⁾

SUMMARY

Primary spleen lymphoma is a rare condition. It is a neoplasm of the non-Hodgkin subtype, involving the spleen and its hilar nodes, with a disease-free period of at least six months after surgical removal of the spleen. We present the case of a 55-year-old woman with a history of obesity and type 2 diabetes mellitus in treatment, who came to the consultation for presenting a mass in the abdominal region, of four months of evolution, associated with general syndrome, weight loss and abdominal discomfort. On the physical examination the patient was afebrile, with slight pain at palpation in hypochondrium and left flank, palpable spleen tip, no peripheral adenopathies and mucosal skin pallor. Analytical and imaging studies were performed. She was admitted to hospital with a presumptive diagnosis of lymphoproliferative syndrome (splenic lymphoma). Splenectomy was performed with the use of general orotracheal anesthesia. Pathology report was positive for diffuse large B-cell lymphoma. Adjuvant treatment with chemotherapy was applied. Five months after surgery, she had no evidence of lymphoma spread.

Keywords: SPLEEN; SPLENOMEGALY; NON-HODGKIN LYMPHOMA; SPLENECTOMY; CHEMOTHERAPY.

Descriptors: SPLEEN, SPLENOMEGALY; LYMPHOMA, NON-HODGKIN; SPLENECTOMY; DRUG THERAPY.

Translated into English by:

Julio César Salazar Ramírez

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de tumores sólidos que se originan de la transformación neoplásica de linfocitos B maduros (85 %) y una minoría proviene de células T. La mayoría de los LNH se originan y diseminan en sitios linfoides proliferativos, tejidos asociados a ganglios linfáticos, piel o bazo.⁽²⁾

Las neoplasias linfoides malignas que afectan al bazo se pueden clasificar como linfomas esplénicos primarios o secundarios, según la extensión y el momento de su afectación.⁽³⁾ Representan la quinta causa de cáncer en incidencia y mortalidad en el



Citar como: Piñón-García K, Almeida-Esquivel Y. Linfoma esplénico primario. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2023; 48: e3320. Disponible en: <https://revzoilomarinellosld.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3320>.



hombre y la cuarta en mujeres. Es frecuente en personas mayores de 30 años, edad media al diagnóstico de 65 años y mayor frecuencia en el sexo masculino. ⁽⁴⁾

Sin embargo, el linfoma esplénico secundario es más común y el linfoma esplénico primario (PSL) es raro, ⁽⁵⁾ y se define como una neoplasia del subtipo no Hodgkin, que involucra el bazo y sus ganglios hiliares, con un período libre de enfermedad de al menos 6 meses, después de la extirpación quirúrgica del bazo. ⁽⁶⁾

El PSL representa solo alrededor del 1 % de todos los tumores malignos, pero ocupa el primer lugar entre los cánceres malignos primarios del bazo, y la incidencia de linfoma de bazo ha aumentado gradualmente en los últimos años. ⁽⁷⁾

En el diagnóstico del PSL, además de los síntomas clínicos, son útiles los hallazgos radiológicos como la ecografía abdominal o la tomografía computarizada abdominal. La esplenectomía es un método eficaz para el diagnóstico y el tratamiento, y en ocasiones se utiliza en paralelo la radioterapia local o la quimioterapia. ⁽⁵⁾

Se redacta este artículo con el objetivo de comentar la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de una paciente con PSL, dada la baja prevalencia de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 55 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes de obesidad y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento; acudió al servicio de Cirugía General refiriendo que desde hace cuatro meses se nota una masa en la región abdominal, asociada a síndrome general, pérdida de peso y molestias abdominales. Relató que cuatro

días antes de la consulta médica presentó hipertermia que cedía con la administración de dipirone 500 miligramos por vía oral (VO).

En el momento de la exploración física la paciente se encontraba afebril, con ligero dolor a la palpación en hipocondrio y flanco izquierdo, punta de bazo palpable, no adenopatías periféricas y palidez cutáneo mucosa.

Ante estos hallazgos se solicitó una ecografía abdominal que mostró: bazo, esplenomegalia homogénea de 18 cm. Resto de las estructuras sin alteraciones.

Tomografía computarizada abdomen: bazo de 24 cm, con imagen hipodensa de 18,5 x 15 cm, con presencia de tabiques, contornos irregulares, con desplazamiento del riñón izquierdo hacia la derecha. Adenopatías mesentéricas de aspecto inflamatorio.

Los estudios analíticos mostraron: hematocrito 0,28 %, glucemia 6,7 mmol/L, conteo de plaquetas $230 \times 10^9/L$, leucograma con diferencial: $10 \times 10^9/L$ (polimorfonucleares: 0,63 %, linfocitos: 0,37 %), creatinina: 83 mmol/L, colesterol: 4,8 mmol/L, triglicéridos: 1,65 mmol/L, fosfatasa alcalina: 280 U/l, TGP: 16 U/l, TGO: 20 U/l, velocidad sedimentación globular: 65 mm/h, tiempo coagulación: 8 segundos, tiempo sangramiento: 1 segundo, Fe sérico: 9,1 mmol/L, proteínas totales: 32,6 g/L y albúmina: 31,5 g/L.

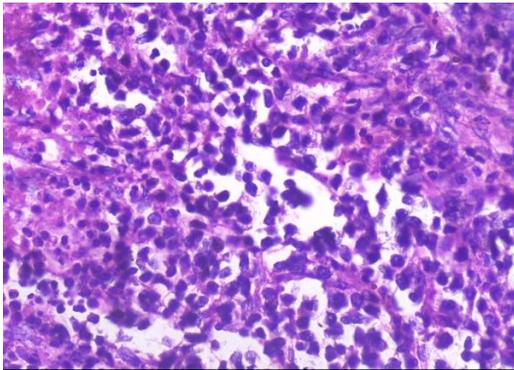
Con los datos expuestos la paciente es ingresada con el diagnóstico presuntivo de un síndrome linfoproliferativo (linfoma esplénico). Se coordinó con el servicio de Anestesiología y con la administración de anestesia general orotraqueal se procedió a realizar laparotomía exploradora. Se efectuó esplenectomía con buena tolerancia del procedimiento y evolución postoperatoria (**imagen 1**).

IMAGEN 1. Exposición de campo quirúrgico y pieza extraída durante la intervención quirúrgica



Tras la operación, la pieza quirúrgica se envió al departamento de Anatomía Patológica y la paciente fue dada de alta al octavo día. Se realizó seguimiento en consulta externa tras cumplir tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona un gramo endovenoso (EV) cada 12 horas por ocho días y remitida al servicio de Oncología para seguimiento médico.

En el examen macroscópico del espécimen quirúrgico se observó: fragmento de tejido que se corresponde con bazo de 17 x 14 x 10 cm, superficie deslustrada, de color gris-blancuecino, aspecto multinodular, consistencia aumentada. Al corte, superficie no homogénea, con áreas focales de aspecto nodular y bordes mal delimitados, color gris-blancuecino, consistencia firme y áreas de necrosis que alternan con tejido aparentemente sano (**imagen 2**).

IMAGEN 2. Aspecto MACROSCÓPICO del espécimen quirúrgico**IMAGEN 3. Imagen microscópica compatible con Linfoma difuso de linfocitos B grandes**

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue un Linfoma difuso de células B grandes (**imagen 3**).

Después de cinco meses de la intervención, se mantuvo sin evidencias de diseminación del linfoma.

DISCUSIÓN

El PSL es una afección rara con una incidencia estimada de 1 %.⁽⁸⁾ Rodríguez-Matos et al,⁽⁴⁾ han reportado que el PSL predomina en la raza blanca, en el sexo masculino y en mayores de 70 años. En el caso expuesto por los autores, esta entidad se presentó en una mujer de 55 años, de allí la primera característica que hace diferente la presentación de la paciente.

Se manifiesta clínicamente según cita Vergara-Miranda et al,⁽⁶⁾ con síntomas de esplenomegalia, aunque generalmente cursa asintomático hasta encontrarse en estadios avanzados y genere síntomas inespecíficos como dolor, pérdida de peso, anorexia, astenia, adinamia, fiebre, palidez o diaforesis nocturna. La paciente mencionada en este artículo presentó varios de los síntomas enumerados.

El PSL puede ocurrir con pruebas de laboratorio casi normales con o sin esplenomegalia.⁽⁹⁾ Como dato importante en esta mujer fue destacable las alteraciones hematológicas consistentes en anemia y aumento de la velocidad de sedimentación globular; coincidente con Kim et al,⁽⁵⁾ que plantean que hematológicamente, se pueden observar anemia, leucopenia, trombocitopenia y aumento de la velocidad de sedimentación de eritrocitos.

En la actualidad, se utilizan diversos estudios de imagen que incluyen: ultrasonido (US), tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RMN) y la tomografía por emisión de positrones (PET). El US es el estudio inicial de elección. En la TC se pueden identificar 4 patrones radiológicos: esplenomegalia homogénea, patrón miliar con nódulos entre 1-5 mm, masas de tamaño heterogéneo, entre 2-10 mm y una masa de entre 7-14 cm de diámetro, con o sin hipodensidad central.⁽⁶⁾ En el caso descrito por los autores, no fue necesario el uso de la RMN ni de la PET.

Kim et al,⁽⁵⁾ afirman la similitud de los hallazgos radiológicos de esta afección, por lo que es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como: absceso esplénico, quiste simple, hemangioma, tumor maligno metastásico y hamartoma.

Una biopsia con aguja esplénica puede ser una buena opción para evaluar el diagnóstico sin complicaciones graves.^(9,10) Sin embargo, la confirmación del diagnóstico es mediante estudio histopatológico, inmunohistoquímica y genotipificación.⁽⁶⁾

La laparoscopia se ha convertido en el abordaje más común para la esplenectomía electiva, independientemente del tamaño del bazo. Pero debido a dificultades técnicas, incluido el espacio de trabajo limitado, recuperación y posible traumatismo de las venas dilatadas o de la cápsula esplénica con sangrado subsiguiente, la laparotomía es el tratamiento de referencia según la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica.⁽¹⁰⁾

Sin dudas, la esplenectomía a través de la laparotomía exploradora, opción terapéutica valorada en conjunto; fue esencial para atenuar los síntomas, confirmar el diagnóstico y, por lo tanto, conducir la terapéutica posoperatoria.

El PSL es una entidad rara. Hacer un diagnóstico de certeza representa un gran desafío, debido a su baja incidencia. Los estudios de imagen son una valiosa herramienta, pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico. La esplenectomía es el tratamiento de elección y un argumento fundamental para confirmar el diagnóstico y conducir la terapéutica posoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Moreno Pérez L, Blázquez Alcázara JD, Bautista Oropesiano M, Díaz Aguado J, Orueta Sánchez R. Estudio de un paciente con esplenomegalia: a propósito de un caso. *Rev. Clin. Med. Fam.* [revista en internet]. 2020 [citado 20 de septiembre 2022]; 13(3): 219-222. Disponible en: https://revclinmedfam.com/display/file/Article/path_pdf/631.
2. Nava Rodríguez MP. Caracterización de alteraciones cromosómicas por citogenética convencional y molecular en pacientes con trastornos linfoproliferativos crónicos de células B [tesis]. Guadalajara Jalisco: Universidad de Guadalajara; 2020 [citado 20 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://riudg.udg.mx/visor/pdfjs/viewer.jsp?in=j&pdf=20.500.12104/82336/1/DCUCS10003FT.pdf>.
3. Yilmaz E, Chhina A, Nava VE, Aggarwal A. A Review on Splenic Diffuse Red Pulp Small B-Cell Lymphoma. *Rev. Curr. Oncol.* [revista en internet]. 2021 [citado 20 de septiembre 2022]; 28(6): 5148-5154. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/curroncol28060431>.
4. Rodríguez-Matos G, Santos-González MR, Favier-Rodríguez RM. Mieloma múltiple en paciente con linfoma esplénico previo. *Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* [revista en internet]. 2022 [citado 20 de septiembre 2022]; 47(6). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/3234>.
5. Kim D, Ryu H, Kim H, Park C, Jung J, Chung Y. Primary Splenic Lymphoma with Splenic Hilar Lymphadenopathy. *Rev. Clinical Ultrasound* [revista en internet]. 2022 [citado 29 de enero 2023]; 7(1): 41-44. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/curroncol28060431>.
6. Vergara-Miranda H, Alvarez-Lozada LA, Pacheco-Molina C, Quiroga-Garza A. Manejo de Linfoma primario de bazo en paciente con VIH-Sida: reporte de caso. *Rev. International Journal of Medical and Surgical Sciences* [revista en internet]. 2020 [citado 20 de septiembre 2022]; 7(2): 53-60. Disponible en: <https://doi.org/10.32457/ijmss.v7i2.482>.
7. Pan X, Ren D, Li Y, Zhao J. The effect of surgery on primary splenic lymphoma: A study based on SEER database. *Rev. Cancer Medicine* [revista en internet]. 2021 [citado 20 de septiembre 2022]; 10(20): 7060-7070. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cam4.4238>.
8. Soliman M, Savas H, Velichko YS, Xue Y, Gaballah AH. Primary splenic lymphoma on top of intrahepatic splenosis: A unique case report. *Rev. Radiology Case Reports* [revista en internet]. 2022 [citado 29 de enero 2023]; 17(8): 2850-2854. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.02.064>.
9. Schattner A, Lampner A, Dubin I. Primary splenic lymphoma—best identified early. *Rev. QJM: An. International Journal of Medicine* [revista en internet]. 2021 [citado 20 de septiembre 2022]; 114(2): 129-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa283>.
10. Beji H, Bouassida M, Laamiri G, Chelbi E, Nechi S, Touinsi H. Primary splenic lymphoma discovered on massive splenomegaly: A case report. *Rev. International Journal of Surgery Case Reports* [revista en internet]. 2022 [citado 29 de enero 2023]; 94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107124>.

Contribución de los autores

Karell Piñón-García |  <https://orcid.org/0000-0002-1336-1396>. Participó en: conceptualización e ideas; investigación; validación; metodología; visualización; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Yudelky Almeida-Esquivel |  <https://orcid.org/0000-0002-5413-0383>. Participó en: conceptualización e ideas; redacción del borrador original; redacción, revisión y edición final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.