

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO  
“JOSÉ LUIS MIRANDA”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

LINFOMA NO HODGKIN DEL BORDE ANTIMESENTÉRICO DEL INTESTINO  
DELGADO

Por:

Dr. Ismael L. Polo Amorín<sup>1</sup>, Dr. Manuel Alejandro Alvaredo Soria<sup>2</sup> y Dra. Carmen del R. Gómez Maciñeira<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC. e-mail: [polo@capiro.vcl.sld.cu](mailto:polo@capiro.vcl.sld.cu)
2. Residente de tercer año de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario “José Luis Miranda”. Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor deCS:*

LINFOMA NO HODGKIN  
NEOPLASIAS PERITONEALES

*Subject headings:*

LYMPHOMA, NON-HODGKIN  
PERITONEAL NEOPLASMS

El linfoma no Hodgkin de células pequeñas ocupa casi el 39 % de los linfomas no Hodgkin en pediatría; puede dividirse en Burkitt y no Burkitt y, a su vez, el Burkitt puede ser endémico (África Ecuatorial y Nueva Guinea) o esporádico. La forma de presentación más frecuente de este tumor es la toma abdominal; el 60 % toma las placas de Peyer en el íleon, y puede también localizarse en otros lugares: colon, apéndice, divertículo de Meckel, ovarios, riñones e hígado. En esta ocasión, se presenta un paciente con linfoma no Hodgkin con una tumoración redondeada del borde antimesentérico del intestino delgado.

Presentación del paciente

Paciente masculino de cinco años de edad, de piel blanca, resultado de un embarazo de alto riesgo obstétrico, parto eutócico, con antecedentes de buena salud anterior. La madre refirió con anterioridad –hace tres meses aproximadamente– que el niño presentó dolor en la fosa ilíaca derecha acompañado de vómitos de color verdoso; en esa ocasión, se le palpó una masa de consistencia dura, movable, por lo que se le realizó un ultrasonido abdominal que se informó como normal. Siete días antes de acudir a nuestro centro, la mamá le encontró la masa abdominal, razón por la cual solicita asistencia médica.

Al realizar el examen físico, se encontró una masa abdominal en la fosa ilíaca derecha, que se desplazaba por todo el abdomen, de consistencia dura, redondeada y muy movable, no dolorosa. El resto del examen físico fue negativo.

Se realizó un ultrasonido abdominal que demostró la presencia de un tumor en la fosa ilíaca derecha con presencia de luz en su interior, que se movía con la peristalsis; se observó, además, contenido enteral dentro de él; el resto del ultrasonido fue normal.

Se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

Hemoglobina: 108 g/l	Urea: 4.1 mmol/L
Fosfatasa alcalina: 199 U	Glucemia: 4,1 mmol/L
LDH: 572 U	Eritrocitos: 38 mm/h
Creatinina: 20 $\mu$ mol/l	Tiempo de coagulación: 8 min
Acido úrico: 213 mmol/L	Tiempo de sangrado: 2 min
Conteo de plaquetas: 320 X 10 <sup>9</sup>	
Tiempo de protrombina: Control: 14 seg	
	Paciente: 15 seg
Leucocitos: 11,2 x10 <sup>9</sup>	
Polimorfonucleares: 0,52	
Linfocitos: 0,44	
Eosinófilos: 0,01	

Se realizaron cortes tomográficos a nivel del abdomen, a 5 mm de espesor, con contraste, en los que se descubrieron: imágenes hiperdensas retroperitoneales, de contornos bien definidos, polilobulados, que englobaban la aorta y la cava que medían de 32 a 37 mm y recordaban adenomegalias. A partir del corte número 20, se observó una imagen hiperdensa de aspecto tumoral que ocupaba el flanco y la fosa ilíaca derechos, con contornos bien definidos y diámetro máximo de 69 x 49 mm, que se visualizó en 16 cortes (8 cm). Dicha masa involucraba un asa intestinal que dejaba pasar el contraste hacia asas distales y las desplazaba hacia la izquierda. No se detectaron lesiones óseas.

Se realizó laparotomía exploradora, donde se detectó un tumor redondeado que crecía hacia el borde antimesentérico del íleon, de aproximadamente 10 cm de diámetro, que comprometía un asa intestinal, pero su luz se encontraba permeable, no infiltraba el mesenterio, con una adenopatía en el mesenterio correspondiente (Figs1,2), y no se evidenció metástasis a distancia en los órganos de la cavidad peritoneal. La tumoración se encontraba en el íleon, en el borde antimesentérico, aproximadamente a 40 cm de la válvula ileocecal, con permeabilidad del asa.

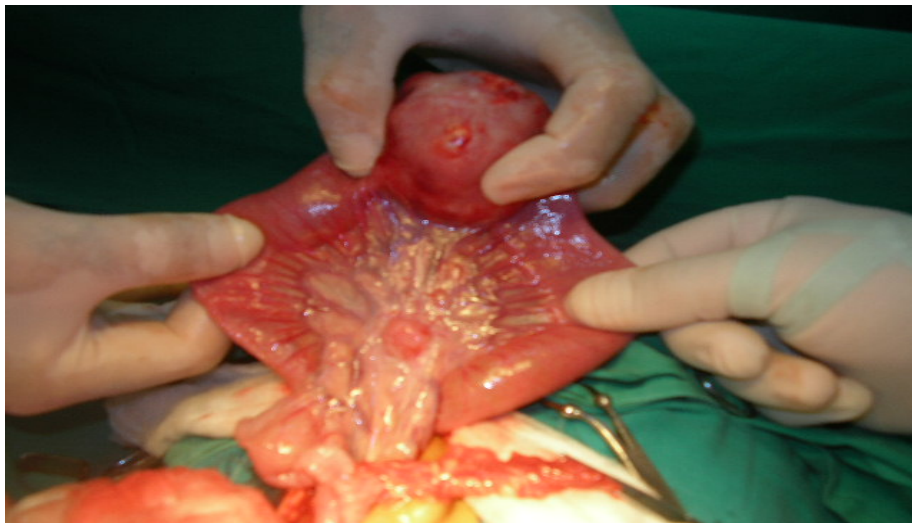


Fig 1 Tumor del borde antimesentérico con adenopatía en el mesenterio.



Fig 2 Obsérvese tumor del borde antimesentérico de 10 cm de diámetro y permeabilidad del asa.

Se realizó la resección de la tumoración y de la adenopatía acompañante sin complicaciones trans- o postoperatorias, con una evolución posquirúrgica satisfactoria; posteriormente, se trasladó al paciente al servicio de Oncología del centro para el respectivo tratamiento médico de su enfermedad (Fig 3).

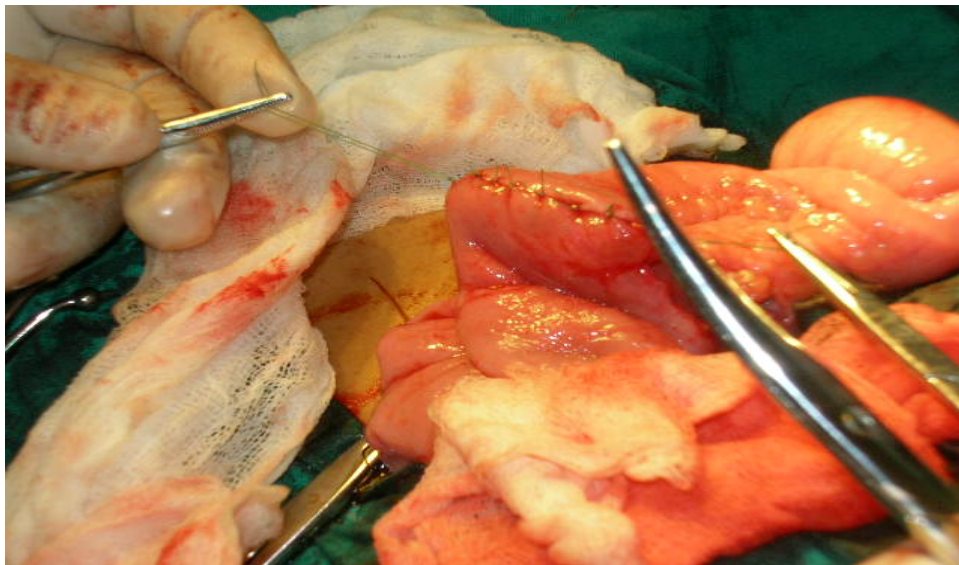


Fig 3 Resección y anastomosis término-terminal.

El diagnóstico definitivo anatomopatológico fue: Linfoma de Burkitt.

#### Comentario

Los niños que padecen linfoma no Hodgkin, en su forma extraganglionar, a menudo diseminan la enfermedad por rutas no ganglionares; el sitio de afectación en ellos es el abdomen en un 31 %, el mediastino en el 27 % y la cabeza y el cuello en el 29 %<sup>1,2</sup>. El linfoma de Burkitt es una variedad del linfoma no Hodgkin, se caracteriza por un crecimiento rápido y alta malignidad; con una forma endémica del África Ecuatorial, asociada al virus del Epstein-Barr, una forma esporádica de distribución universal<sup>1-3</sup>. La mayor parte de los tumores abdominales primarios se debe a linfomas

de células pequeñas no hendidas<sup>4</sup>. Los tumores primarios del abdomen son más frecuentes en niños menores de 10 años de edad<sup>5,6</sup>. Los niños con tumores primarios del abdomen pueden sufrir náuseas, vómitos, dolor en el abdomen y cambios en el hábito intestinal. En la exploración física, por lo general, se detecta una masa abdominal en uno de los cuadrantes, o pueden presentar, al acudir a la institución hospitalaria, un cuadro clínico de abdomen agudo por invaginación u obstrucción del intestino delgado, perforación del asa del intestino afectado o puede manifestarse como una masa ileocecal que semeja una apendicitis aguda<sup>2,5,7</sup>. La valoración imaginológica, ya sea mediante tomografía o ultrasonido, revela una masa homogénea con evidencia de necrosis central o sin ella, acompañada con frecuencia de adenopatías y diseminación metastásica a hígado y bazo<sup>8,9</sup>. La forma de presentación de este caso difiere de las clásicas, pues el tumor dejaba totalmente permeable el asa intestinal afectada, con crecimiento solamente hacia el borde antimesentérico y bordes bien delimitados, ante lo cual se tuvo que hacer un diagnóstico diferencial con otros tumores de intestino delgado que pueden crecer fuera de la luz, como son: el liomiosarcoma, el lipoma, el tumor carcinoide, el adenocarcinoma, o tumoraciones no neoplásicas, como la duplicidad intestinal, el páncreas ectópico, la neurofibromatosis tipo II, el síndrome de Gardner, entre otros<sup>3,4,10</sup>. En este paciente, la ausencia de metástasis intraabdominales e infiltración del mesenterio puso en duda el diagnóstico de linfoma, excepto por la adenopatía mesentérica presente. Algunas escuelas, en la actualidad, no recomiendan las resecciones intestinales en los linfomas<sup>2,4,6</sup>.

Por la exposición y el acceso fáciles de este tumor en la cavidad y por su presentación atípica, que no permitieron diferenciarlo macroscópicamente en el momento del acto quirúrgico de las otras lesiones ya comentadas, se decidió realizar la exéresis.

### **Referencias bibliográficas**

1. La Quaglia MP, Su WT. Hodgkin Disease and Non Hodgkin Linfoma. En: O' Neill JA, Grosfeld JL, Fonskalrud EW, Coran AG. Pediatric Surgery. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 575-89.
2. Dillon AP, Foglia RP. Gastrointestinal tumors. En: O'Neill JA, Grosfeld JL, Fonskalrud EW, Coran AG. Pediatric Surgery. 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 515-23.
3. Billmire DF. Linfoma. En: Carachi R, Grosfeld JL, Azmy AF. The Surgery of Childhood tumors. 2nd ed. Berlín: Springer; 2008. p. 310-5.
4. Magrath I. B-Cell Lymphoma/Burkitt Lymphoma. En: Weinstein HJ, Hudson MM, Link MP. Pediatric Lymphomas. Berlín: Springer; 2007. p. 142-68.
5. Perkins SL, Morris SW. Biology and Pathology of Non Hodgkin Linfoma. En: Weinstein HJ, Hudson MM, Link MP. Pediatric Lymphomas. Berlín: Springer; 2007. p. 91-127.
6. Higman MA, Arceci RJ. Leukemias and Lymphomas. En: Oldham KT, Colombani PM, Foglia RP, Skinner MA. Principles and Practice of Pediatric Surgery. 4th ed. Wisconsin : Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 631-3.
7. Evers BM. Small Intestine. En: Townsend Jr, Courtney M. Sabiston Textbook of Surgery. 18th ed. Estados Unidos: Saunder Elsevier; 2008.
8. Robertson C, Dietz DW. Small Intestine. En: Klingensmith ME, Li CE, Sean CG, Trudie AG, Spencer MJ. Washington Manual of Surgery. 5th ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 195-8.
9. Oschlies I, Klapper W, Zimmerman M. Diffuse large B-cell lymphoma in pediatric patients belongs predominantly to the germinal-center type B cell lymphomas: a clinicopathological analysis of cases included in the German BFM (Berlin-Frankfurt-Munster) Multicenter Trial. Blood. 2006;107:4047-52.
10. Tiemann M, Riener MO, Claviez A. Proliferation rate and outcome in children with T-cell rich B-cell lymphoma: a clinicopathologic study from the NHL-BFMstudy group. Leuk Lymphoma. 2005;46:1295-300.

Recibido: 18 de marzo de 2010

Aprobado: 17 de noviembre de 2010