



# Síndrome icterico-obstructivo secundario a linfoma No Hodgkin de células B paracoledociano: a propósito de un caso

**Autores** Carolina De La Rosa,<sup>1</sup> Uslar Díaz,<sup>1</sup> José Guzmán,<sup>1</sup> María Luisa Clavo,<sup>2</sup> Carmen Zuramay<sup>3</sup>

**Afiliaciones** <sup>1</sup>Residente del Postgrado de Gastroenterología Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.  
<sup>2</sup>Jefe de servicio de Gastroenterología. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.  
<sup>3</sup>Adjunto Unidad de Gastroenterología. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2014;68(3):112-115. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Maria Luisa Clavo. Jefe de servicio de Gastroenterología. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas, Venezuela.

Correo-e: marialuisaclavo@gmail.com

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2014. Fecha de revisión: 20 de septiembre de 2014. Fecha de aprobación: 11 de noviembre de 2014.

## Resumen

**Objetivo:** Presentar la experiencia de un caso de Linfoma No Hodgkin paracoledociano con un cuadro de síndrome icterico-obstructivo. Siendo una presentación poco frecuente. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 50 años de edad, quien ingresa por un cuadro clínico compatible con síndrome icterico-obstructivo de 2 meses de evolución, se le realiza ultrasonido abdominal, y tomografía abdomino-pélvica contrastada, con imágenes sugestivas de una probable lesión en la cabeza del páncreas y del proceso uncinado. Ante los hallazgos se indica ultrasonido endoscópico que concluye, una lesión por debajo de la confluencia esplenoportal e istmo pancreático hipoeogénica, de bordes definidos, de 27 x32 mm no relacionada ni con páncreas ni con hígado; se indica punción aspirado con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico, la cual reporta, fibrina, hemorragia e infiltrado por células redondas inflamatorias, nódulo fibroso, sin observar tumor. Se sugiere por lo tanto exploración quirúrgica para extraer tumor y drenaje de vía biliar. Se obtiene como hallazgos intraoperatorios, una lesión paracoledociana de bordes definidos, con estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico compatible con Linfoma No Hodgkin de células B grandes. Paciente recibe quimioterapia en centro oncológico con evolución clínica satisfactoria. **Discusión:** El linfoma No Hodgkin de células B, es la forma mas común de presentación de linfoma y su presentación es variable, y se encuentra relacionado con la evidencia de adenopatías causantes de síntomas de tipo obstructivo por compresiones extrínsecas. El diagnóstico se basa en los estudios anatomopatológicos, por lo que se hace necesario la toma de un espécimen suficiente y su inclusión en estudios de inmunohistoquímica. El ultrasonido endoscópico se considera una herramienta diagnóstica de importancia ante las patologías hepatobiliares.

**Palabras clave:** linfoma No Hodgkin de células B grandes; síndrome icterico-obstructivo.

## OBSTRUCTIVE JAUNDICE SYNDROME SECONDARY TO PARACOLEDOCAL NON-HODGKIN B CEL LYMPHOMA: A CLINICAL CASE

### Summary

**Objective:** To present the experience of a case of non-Hodgkin lymphoma next to the common bile duct with a ictero-obstructive syndrome. Being a rare presentation. **Case report:** Male patient, 50 years old, who entered with a compatible clinical of an ictero-obstructive syndrome with two months of evolution, he performed abdominal ultrasound and a contrasted abdominal-pelvic tomography with images suggestive of a probable injury in the head of the pancreas and the uncinete process. Because of this we indicate a Endoscopic ultrasound finding injury spleenoportal below the isthmus junction and hypoechoic pancreatic of 27x32mm with defined edges, non-related to pancreas or liver; fine needle aspiration puncture guided by endoscopic ultrasound is indicated, which reports, fibrin, hemorrhage and inflammatory infiltrated by round cells, fibrous nodule, without observing tumor. It is suggested therefore to extract tumor surgical exploration and biliary drainage. It is obtained as intraoperative findings, one injury defined borders, with Histopathological compatible with non-Hodgkin lymphoma of large B cells, next to the common bile duct. Patient receives chemotherapy in cancer center with good evolution. **Discussion:** Non-Hodgkins Lymphoma B cells, is the most common presentation of lymphoma, his presentation is variable, and is associated with evidence of lymphadenopathy causing obstructive symptoms by extrinsic compression. The diagnosis is based on pathological studies, so making a sufficient specimen and its inclusion in immunohistochemical studies are necessary. Endoscopic ultrasound is considered an important diagnostic tool to hepatobiliary diseases.

**Key words:** Non-Hodgkin large B cells; Ictero-obstructive syndrome.





## Introducción

La ictericia obstructiva posee como causa más frecuente, la litiasis. La obstrucción biliar secundaria a tumores malignos es un problema clínico frecuente, pero raramente es causada por procesos linfoproliferativos.<sup>1,2</sup>

Los linfomas no Hodgkin son un conjunto muy diverso de entidades con modelos de comportamiento que pueden ser muy diferentes en cuanto a su presentación, evolución, tratamiento y respuesta al mismo.<sup>3</sup> El linfoma B difuso de células grandes constituye 30 a 40% de los linfomas no Hodgkin del adulto en países occidentales; la edad promedio de los pacientes es de 70 años; es muy agresivo y es el tipo de linfoma no Hodgkin más común en países en vías de desarrollo y en pacientes con inmunodeficiencia, particularmente síndrome de inmunodeficiencia adquirida.<sup>4</sup>

A continuación se presenta un caso de un paciente masculino de 50 años de edad, quien cursa con un cuadro clínico de un síndrome icterico-obstrutivo, teniendo como causa una lesión paracoledociana de tipo Linfoma No Hodgkin de células B.

## Caso clínico

Masculino de 50 años de edad, natural de Colombia y procedente de Maturín, estado Monagas, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere cuadro clínico de 2 meses de evolución, caracterizado por tinte icterico mucocutáneo generalizado, asociado a coluria, hiporexia, astenia y adinamia, motivo por el cual asiste a facultativo, quien realiza paraclínicos y refiere a la institución para su valoración y manejo. Antecedentes personales: no contributorios. Antecedentes familiares sin datos relevantes. Hábitos psicobiológicos: tóxicos: Tabaco: desde los 16 hasta los 20 años ocasional. OH: ocasional social sin llegar a la embriaguez. Ocupación: orfebre. Examen funcional: pérdida ponderal de aproximadamente 9 kg asociado a hiporexia desde hace 2 meses. Hábito evacuatorio diario de consistencia normal, refiere acolia relacionado a la EEA. Examen físico: TA: 120/80 mmHg FC: 76 lpm FR: 17 rpm; paciente en buenas condiciones generales, afebril al tacto, eupneico, tolerando el decúbito. Piel: tinte icterico mucocutáneo generalizado. No se palpan adenopatías en los lugares habituales de exploración. Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes normales, blando, deprimible, dolor a la palpación profunda en epigastrio, no se palpan tumoraciones ni viceromegalias, a la percusión timpánico. Resto de examen físico sin alteraciones.

Laboratorios: Leucocitos 3.700/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 14,6 gr/dl, hematocrito 43,3%, plaquetas 268.000/mm<sup>3</sup>, TGO 55 U/L, TGP 70 U/L, fosfatasa alcalina 201 U/L, GGT 185 U/L, bilirrubina total 29,7 mg/dl, bilirrubina directa 20 mg/dl, bilirrubina indirecta: 9,7mg/dl, sodio 140 mmol/l, potasio 4,5 mmol/l, cloro 100mmol/l, PT 0,91, PTT -7,5 seg. HIV (-) VDRL: no reactivo Ags-HVB: (-), AntiHVC: (-), Anticore: (-), Leptospira: (-), Serología para CMV/EPB: (-), CA 19-9: 17,97U/ml, CEA: 6,04ng/L, AFP: 6,9ng/ml, Ag prostático total: 2,85ng/ml, Ag prostático libre: 0,13ng/ml.

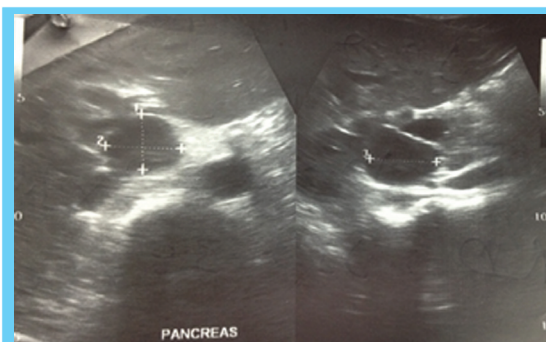
Ultrasonido abdominal: colecistitis aguda, litiasis vesicular criterio ecográfico I, dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, LOE en relación a cabeza de páncreas, hepatoesplenomegalia, pielocalectasia izquierda. Por lo anterior descrito, se solicita TAC abdomino-pélvica con doble contraste (**Figuras 2, 3**).



**Figura 1** Rx de Torax sin alteraciones.



**Figura 2** Us abdominal: vesícula biliar plenicada de paredes engrosadas.



**Figura 3** Us abdominal: imagen hipocogénica redondeada de bordes definidos de 2,4x3,1cm de diámetro, en relación a la cabeza del páncreas.



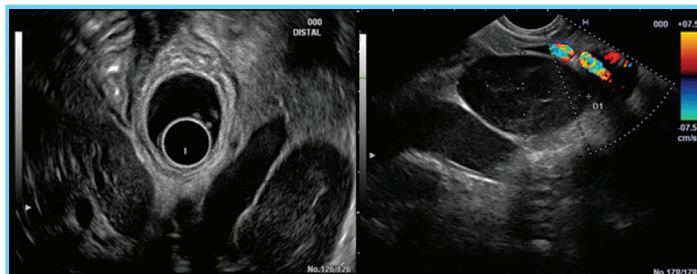


TAC abdomino-pélvica: 1. Lesión nodular sólida hipodensa en relación a proceso uncinado y cabeza del páncreas a considerar naturaleza neoplásica. 2. Dilatación de vías biliares intra y extra hepáticas. 3. Engrosamiento mural vesicular. 4. Bolsa hidronefrótica izquierda con dilatación y acodadura del uréter sin imagen de litiasis asociada. Se indica colangiorrsonancia (**Figura 4**). Colangiorrsonancia: 1. Litiasis vesicular. 2. Imagen nodular sólida a nivel de la cabeza y proceso uncinado del páncreas, mal definida, de probable naturaleza neoplásica. 3. Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. 4. Descartar patología ampullar (**Figura 5**).

Ultrasonido endoscópico: vesícula biliar de paredes engrosadas. Vías biliares intrahepáticas dilatadas a predominio izquierdo. Colédoco de 1.3 mm en toda su extensión sin imágenes ecogénicas en su interior. Páncreas de parénquima homogéneo y ecogenicidad conservada. Wirsung de 1.1mm. Hígado de ecogenicidad conservada. Por debajo de confluencia esplenoportal e istmo pancreático se evidencia imagen hipocogénica, de bordes definidos, de 27 x 32 mm no relacionada ni con páncreas ni con hígado. Se indica PAAF guiada por USE (**Figura 6**).

Reporte de biopsia: fibrina, hemorragia e infiltrado por células redondas inflamatorias. Nódulo fibroso. NO SE OBSERVA TUMOR. Se sugiere exploración quirúrgica para extraer tumor y drenaje de vía biliar.

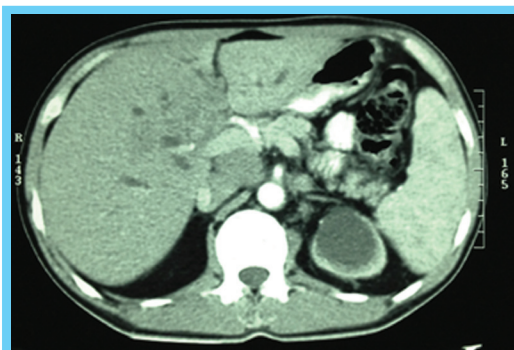
Dentro de los hallazgos operatorios: LOE paracoledociano de bordes bien definidos de 3 x 2 cm. Vía biliar principal de calibre conservado. Se envía pieza quirúrgica para su inclusión en estudio de anatomía patológica (**Figura 7**).



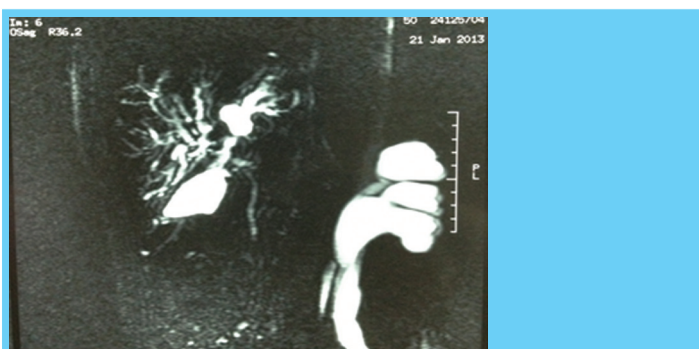
**Figura 6** USE: vesícula biliar de paredes engrosadas. Vías biliares intrahepáticas dilatadas a predominio izquierdo. Por debajo de confluencia esplenoportal e istmo pancreático se evidencia imagen hipocogénica, de bordes definidos, de 27 x32 mm no relacionada ni con páncreas ni con hígado.



**Figura 7** Pieza quirúrgica. 3x2cm.



**Figura 4** TAC abdominal contrastado: Lesión nodular sólida hipodensa en proceso uncinado y parte de la cabeza del páncreas con diámetro mayor de 2,5 cm.



**Figura 5** Colangiorrsonancia: vesícula biliar con múltiples cálculos en su interior/ Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas a predominio de conducto hepático izquierdo (1,3cm) /coledoco filiforme de 0,3 cm.

Biopsia: Linfoma difuso no Hodgkin de células grandes y pequeñas. Inmunohistoquímica: Linfoma difuso de células B grandes.

El paciente es egresado con evolución postoperatoria favorable y referido a Hospital Oncológico, donde recibió quimioterapia de forma satisfactoria.

### Discusión

El linfoma B difuso de células grandes es uno de los tipos mas frecuentes de linfoma y supone aproximadamente el 30% de los casos de linfoma no-Hodgkin en nuestro medio. Es un linfoma de crecimiento rápido, con una tasa elevada de proliferación celular y comportamiento agresivo, por lo que las localizaciones tumorales tienden a aumentar de volumen a lo largo de días o semanas. En muchas ocasiones las tumoraciones ganglionares son internas y no se perciben con facilidad. Esto ocurre con los ganglios de localización retroperitoneal. Las manifestaciones que producen los linfomas de estas localizaciones son, dolor o síntomas de compresión o infiltración de órganos adyacentes.<sup>5</sup>

Los estudios morfológicos continúan siendo el pilar básico del diagnóstico, siendo fundamental la adecuada y suficiente biopsia ganglionar o lesional. Por eso en algunas oportunidades la biopsia por punción con aspirado con aguja fina guiado por ultrasonido endoscópico, presenta falsos positivos, que pueden



alcanzar un 15 a un 20%, por evidencia de contaminación de la muestra con abundante fibrosis y/o presencia de tejido normal de células del tracto gastrointestinal. Sin embargo presenta ventajas importantes, como lo son la menor tasa de complicaciones entre 1-2%, disminuye el riesgo de contaminación peritoneal con células del carcinoma 16,3 vs 2,2% (exéresis vs punción respectivamente), con una sensibilidad del 77-95% y especificidad 96-100%.<sup>6</sup>

### Clasificación

Área: gastroenterología

Tipo: clínico

Tema: vía biliar

Patrocinio: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial

### Referencias bibliográficas

1. Ugur H, Tacyildiz N, Yavuz G, et al. Obstructive jaundice: an unusual initial manifestation of intra-abdominal non-Hodgkin's lymphoma in a child. *Pediatr Hematol Oncol* 2006;23:87-90.
2. Ark KY, Yu JS, Yoon SW, et al. Burkitt's lymphoma representing periportal infiltrating mass on CT. *Yonsei Med J* 2004;45:723-726.
3. Maymind M, Mergelas JE, Seibert DG, Hostetter RB, Chang WW. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the common bile duct. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1543-6.
4. Harris NL, Jaffe ES, Stein H et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: A proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994;84:1361-1392.
5. Alexander C, Chan L, Chan J. Diffuse Large B-Cell Lymphoma Hematopathology. Jaffe E, Harris N, Vardiman J, Campo E, Arber C 2011, p 349-381 Elsevier Saunders, Philadelphia.
6. Azael A, Garza-Guajardo R et al. Biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico. Experiencia del Hospital Universitario. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2005;68(4): 193-197.

La Junta Directiva de la SVG y Grupo Advancement, los invita a inscribirse en el Fondo de Previsión Social y Retiro



### ¿Qué es el Fondo de Previsión Social?

Una estructura sin fines de lucro, orientada hacia fines de interés pensional, llamados a completar la asistencia social y de retiro.

### Requisitos para Inscripción

- \* Ser miembro solvente de la SVG
- \* Llenar la planilla de inscripción

### ¿Cómo puedo hacer el aporte?

Mensual, Trimestral y Anual.  
Domiciliado a la tarjeta de crédito de su preferencia o por depósito bancario.  
El monto del aporte es decisión del ahorrista, además cuenta con un aporte institucional que realiza la SVG.

Si te interesa tu futuro  
**¡INSCRÍBETE YA!**

Más información  
Teléfonos: 991.67.57 / 991.26.69  
correo: [fondoprevisionsocial.svg@gmail.com](mailto:fondoprevisionsocial.svg@gmail.com)