

## Linfoma primario de páncreas diagnosticado por ecoendoscopia

### Primary lymphoma of the pancreas diagnosed by endoscopy

Sr. Director:

El linfoma primario de páncreas supone menos del 0,5% de los tumores pancreáticos y menos del 1% de los linfomas no hodgkinianos (NHL)<sup>1</sup>, y aunque es una neoplasia rara, es susceptible de tratamiento incluso en etapas muy avanzadas. El examen histopatológico es imprescindible para obtener un diagnóstico definitivo.

Presentamos el caso de una mujer de 73 años que consulta por epigastralgia de meses de evolución que se intensificó en los últimos días, asociada a astenia, anorexia y pérdida ponderal no cuantificada. En la exploración abdominal se observa una masa que ocupa el epigastrio y el hipocondrio derecho. Análíticamente destaca leve hipertransaminasemia sin otros hallazgos. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste IV cuyo resultado es «masa hipercaptante heterogénea y polilobulada de 20 × 10 × 11 cm en cabeza y cuerpo pancreáticos con prolongación prerrenal derecha, que engloba e infiltra el eje esplenoportomesentérico, con defecto de repleción en porta derecha próxima bifurcación portal; conglomerado adenopático paraórtico izquierdo de 40 × 45 mm; JC: carcinoma de páncreas estadio T4 N1» (fig. 1 A).

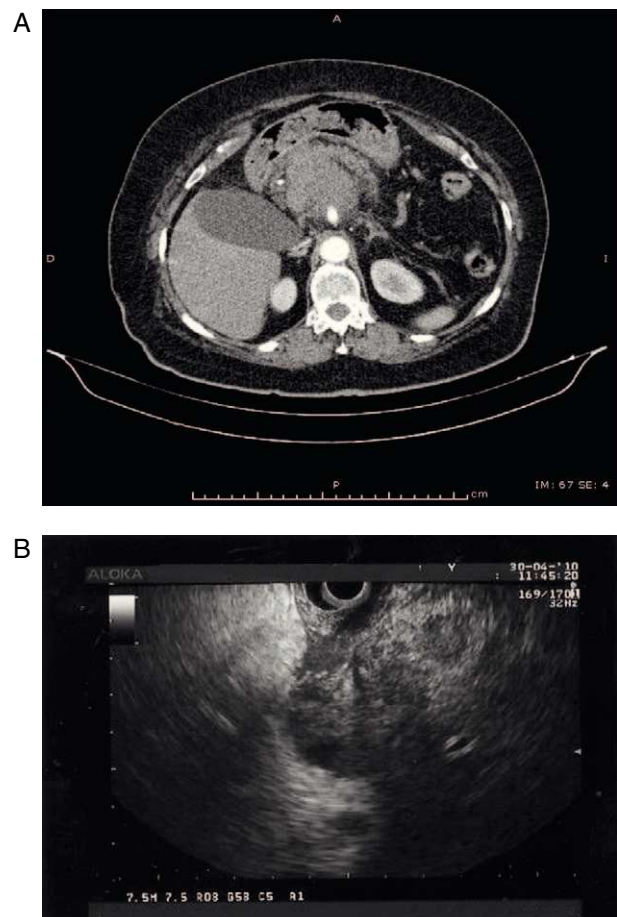
Dados los hallazgos se solicita punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia (USE-PAAF) para la confirmación diagnóstica y para valorar las posibilidades terapéuticas. Apreciándose una masa de ecogenicidad heterogénea e irregular, de gran tamaño (> 15 cm), que ocupa parte de la cabeza y cuerpo pancreáticos, se procedió a realizar PAAF con aguja Echotip Ultra de 25 G de Wilson Cook (3 pases) obteniendo material. Se aprecia la presencia de afectación de vena porta, adenopatías en el eje esplenomesentérico, y líquido ascítico perihepático (fig. 1 B). El resultado de anatomía patológica fue el siguiente: «se observan células de la mucosa intestinal y numerosas células linfoides de mediana-gran talla, redondeadas que son CD10–; CD20+; BCL2+, diagnóstico compatible con linfoma B de células grandes». Presentado el caso a oncología, y dados los resultados, se realiza biopsia de médula ósea (cresta ilíaca) que informa de ausencia de infiltración por linfoma, pautándole tratamiento quimioterápico con rituximab-CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona).

Evolución tórpida tras 5 ciclos de quimioterapia, desarrolló una neutropenia febril sin foco y una tromboembolia pulmonar aguda, falleciendo a los pocos días. El NHL se localiza con frecuencia en sitios extraganglionares, sobre todo en el tracto gastrointestinal y rara vez en páncreas. En este caso se cumplen los criterios diagnósticos de los linfomas primarios del páncreas de Behrns et al.<sup>2</sup>: masa predominantemente dentro del páncreas con afectación de los ganglios linfáticos limitado a la región peripancreática, sin adenopatías superficiales o del mediastino, sin afectación hepática o esplénica y recuento normal de leucocitos. Las manifestaciones clínicas del linfoma pancreático inclu-

yen dolor abdominal (75%), masa palpable (54%), pérdida de peso (50%), ictericia (40%), sudoración nocturna (22%) y fiebre (20%)<sup>1</sup>.

La ecoendoscopia (USE) es actualmente la técnica diagnóstica con mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del cáncer de páncreas; en manos de un endoscopista experimentado se han descrito una sensibilidad y especificidad del 99 y 100%, respectivamente<sup>3</sup>, siendo especialmente útil en la detección de lesiones menores de 3 cm, y en particular, para aquellas menores de 1,5 cm<sup>4</sup>. Puede determinar con mayor fiabilidad la invasión local de estructuras, la afectación de adenopatías regionales y la afectación de estructuras vasculares vecinas (en concreto de tronco celiaco, porta, arteria y vena mesentérica superior y hepática común). Además, permite la realización de PAAF para obtener confirmación histológica<sup>5</sup>.

Como demuestra el caso que hemos presentado, es fundamental establecer un diagnóstico histológico, ya que existen neoplasias malignas relacionadas con el páncreas que son capaces de simular un adenocarcinoma (linfoma, carcinoma de células pequeñas, enfermedad metastásica y tumores neuroendocrinos gastrointestinales), así como



**Figura 1** A) TC abdominopélvica que muestra una masa hipercaptante heterogénea y polilobulada en cabeza y cuerpo pancreáticos. B) Gran masa (> 15 cm) de ecogenicidad heterogénea e irregular que ocupa parte de cabeza y cuerpo pancreáticos.

procesos no malignos (como la pancreatitis crónica autoinmunitaria); entre cuyos tratamientos puede estar incluida, o no, la resección quirúrgica<sup>6</sup>. La controversia surge sobre cuál es el mejor método para obtener tejido diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer de páncreas: si TC-PAAF o USE-PAAF. Se ha demostrado un aumento del riesgo de diseminación peritoneal en sujetos que han recibido TC-PAAF en comparación con la USE-PAAF<sup>7</sup>. También es importante resaltar la capacidad de la USE para guiar una aguja de biopsia y obtener material en las lesiones que son demasiado pequeñas para ser identificadas por TC o resonancia magnética (RM) o con estructuras vasculares circundantes que no permiten la biopsia percutánea, lo que asegura su papel en gran variedad de situaciones clínicas<sup>8</sup>. La USE-PAAF tiene una elevada sensibilidad (93%) y especificidad (100%) en el diagnóstico de masas pancreáticas<sup>5</sup>, lo cual aumenta la precisión en el diagnóstico de malignidad hasta el 95% si se realiza la punción en presencia de un anatomopatólogo<sup>9</sup>.

## Bibliografía

1. Gimeno-García AZ, Alonso MM, García Castro C, Nicolás Pérez D, Quintero E. Primary pancreatic lymphoma diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration biopsy. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:638-42.
2. Behrns KE, Sarr MG, Strickler JG. Pancreatic lymphoma: is it a surgical disease? *Pancreas*. 1994;9:662-7.
3. Niederhuber JE, Brennan MF, Menck HR. The National Cancer Data Base report on pancreatic cancer. *Cancer*. 1995;76:1671-7.
4. Erickson RA, Sayage-Rabie L, Beissner RS. Factors predicting the number of EUS-guided fine-needle passes for diagnosis of pancreatic malignancies. *Gastrointest Endosc*. 2000;51:184.
5. Wiersema MJ. Identifying contraindications to resection in patients with pancreatic carcinoma: the role of endoscopic ultrasound. *Can J Gastroenterol*. 2002;16:109-14.
6. Hunt GC, Faigel DO. Assessment of EUS for diagnosing, staging, and determining resectability of pancreatic cancer: a review. *Gastrointest Endosc*. 2002;55:232.
7. Micames C, Jowell PS, White R, Paulson E, Nelson R, Morse M, et al. Lower frequency of peritoneal carcinomatosis in patients with pancreatic cancer diagnosed by EUS-guided FNA vs percutaneous FNA. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:690-5.
8. Levy M, Wiersema M. Endoscopic ultrasound guided trucut biopsy. UpToDate online; junio 2010 (consultado el 30/5/2011). Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/endoscopic-ultrasound-guided-trucut-biopsy>.
9. Iglesias-García J, Domínguez-Munoz JE, Abdulkader I, Larino-Noia J, Eugenyeva E, Lozano-Leon A, et al. Influence of On-Site Cytopathology Evaluation on the Diagnostic Accuracy of Endoscopic Ultrasound-Guided Fine Needle Aspiration (EUS-FNA) of Solid Pancreatic Masses. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:1705-10.

Aida Selfa Muñoz\*, Rosario del Pilar López Segura, Dolores Quintero Fuentes, José Luis Mundi Sánchez-Ramade y Javier Salmerón

*Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aidasale@hotmail.com](mailto:aidasale@hotmail.com) (A. Selfa Muñoz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.06.011

## Apendicitis del muñón apendicular: a propósito de un caso

### Appendicitis of the appendicular stump: apropos of a case

*Sr. Director:*

La apendicitis aguda continúa siendo uno de los cuadros abdominales quirúrgicos agudos más frecuentes, con 1,4 casos/1.000 habitantes en la población general. Una de las complicaciones más infrecuentes de esta enfermedad es la apendicitis del muñón<sup>1-2</sup>. La primera publicación de esta complicación se debe a Rose en 1945<sup>3</sup>, quien describe un absceso apendicular recidivante post-apendicectomía y señala la posibilidad de una apendicectomía incompleta. Desde entonces solo se han publicado un pequeño número de casos de apendicitis del muñón en la literatura médica. Una revisión de 3.596 apendicectomías<sup>4</sup> encontró únicamente 5 casos de esta enfermedad, lo que supone una incidencia del 0,13%.

Presentamos el caso de una paciente con una apendicitis complicada del muñón.

## Caso clínico

Mujer de 40 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor abdominal de 3 días de evolución con fiebre de 38 °C, valorada previamente en otro centro con diagnóstico previo de cólico renal. No presentaba antecedentes personales relevantes salvo apendicectomía 3 años antes. Ingresa a cargo de digestivo con sospecha de ileitis inflamatoria para estudio.

En la exploración física destacaba un abdomen blando, depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha con defensa muscular, sensación de empastamiento y con signos de irritación peritoneal.

Se realiza analítica de sangre en la que destaca anemia normocítica-normocrómica con Hb 10,3 g/dl, VCM 88,9 fl y HCM 29,4 pg, leucocitosis con desviación izquierda con 12.170/μl leucocitos totales (80% neutrófilos y 14% linfocitos). Realizamos una bioquímica completa y una coagulación, que fueron normales.

La exploración física indicaba una apendicitis aguda, pero dado el antecedente de intervención previa se sospechó una ileitis complicada, probablemente con un absceso y solicitamos una TC abdominal.