

LINFOMA ABDOMINAL

Dr. Tomàs Lluís Sempere Durà
Hosp. Joan XXIII

Los linfomas son las neoplasias del sistema hematológico.

Una primera clasificación práctica y sencilla sería la que divide los linfomas en enfermedad de Hodgkin y linfoma No Hodgkin (LNH).

Se han propuesto un gran número de clasificaciones. La primera de ellas y ampliamente aceptada fue la realizada por Henry Rappaport. Dependiendo de factores como la morfología, fenotipo, genotipo y aspectos clínicos se han consensuado otras clasificaciones también utilizadas como la REAL y la WHO.

Su etiología por lo general es de tipo desconocido aunque alguno de los LNH se asocian a:

- Síndromes hereditarios: como Ataxia telangiectasia, Wiskott-Aldrich, Bloom's, Chediak-Higashi...
- Alteraciones inmunitarias: inmunosupresión en trasplantes, en VIH o en infecciones por VEB (linfoma Burkitt).

Mucho más interesante en la ayuda en el pronóstico de la enfermedad es el estadio aceptado en Ann Arbor.

ESTADIO I Afectación de una sola región ganglionar **(I)**, de un solo órgano o de un único lugar extra linfático **(IE)**

ESTADIO II Afectación de dos o más regiones ganglionares al mismo lado del diafragma **(II)**
Afectación localizada de un órgano o lugar extra linfático y de una o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma **(IIE)**
Puede incluirse el bazo **(IIS o IIES)**

ESTADIO III Afectación de regiones ganglionares situadas a ambos lados del diafragma **(III)**
Puede incluir afectación de un lugar extra linfático **(IIIE)**, del bazo **(IIIS)**, o de ambos **(IIIES)**

ESTADIO IV Afectación diseminada o difusa de uno o más órganos extra ganglionares, con o sin afectación ganglionar asociada **(IV)**.

A: Con Ausencia de síntomas sistémicos

B: Presencia de síntomas sistémicos (fiebre, pérdida de peso, sudoración)

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

1. TC: El más utilizado.
2. Ecografía: afectación de mama, testículos y tiroides.
3. RM: sistema nervioso central (cerebro y médula), pared torácica y médula ósea.
4. PET-TC: usado en valoración de recidiva-progresión.

Existen dos tipos de afectación Nodal y Extranodal de los linfomas. La afectación nodal incluye ganglios linfáticos, bazo, timo y amígdalas parafaríngeas.

Existen dos grandes grupos adenopáticos abdominales que dividimos en ABDOMEN y PELVIS.

1. Abdomen:

RETROCRURAL	≥6mm
Lig. GASTROHEPÁTICO	≥8mm
PORTA HEPATIS	≥7mm
PANCREÁTICO DUDODENAL	≥10mm
HILIO ESPLÉNICO	≥10mm
PARA-AORTOCAVA/ RETROPERITONEAL	≥11mm
PREAORTICO Y CELÍACO	≥10mm
MESENTÉRICO	≥10mm

2. Pelvis

PARA-AORTICOCAVA	≥11mm
ILÍACOS COMUNES	≥9mm
ILÍACOS EXTERNOS	≥10mm
ILÍACOS INTERNOS	≥7mm
OBTURADOR	≥8mm
INGUINALES	≥10mm

CRITERIOS EN LA VALORACIÓN ADENOPÁTICA

Tamaño, midiéndose éste por su eje corto/largo.

Forma: ovoide, redondeada.

Atenuación: infiltración grasa, calcificación, necrosis, aumento de la densidad.

Realce con el contraste: homo-heterogéneo o periférico.

AFECTACIÓN EXTRANODAL

Puede afectar a cualquier órgano de la economía como enfermedad primaria o sistémica. La experiencia dicta que es primario el lugar donde el tumor fue detectado por primera vez y la enfermedad dio manifestación clínica. Es un estadio IV.

Los órganos afectados pueden ser el TGI, hígado, bazo, riñón, páncreas y suprarrenal.

- a. TGI : Gástrico, I.Delgado, Colon

El TGI es el sitio más frecuente de afectación primaria y secundaria extranodal por linfoma. No suele afectarse todo el TGI de forma primaria, sino una sola región. El estómago es el órgano más frecuentemente afectado (50%), seguido del I.Delgado, el grueso y en último lugar el esófago.

Existen unos patrones de afectación de TGI:

1. INFILTRATIVO. Es el más frecuente. Existe un engrosamiento difuso y concéntrico debido a la extensión tumoral por mucosa y submucosa.
2. NODULAR.
3. MASA CAVITADA
4. ULCERACIÓN MUCOSA
5. MIXTO alternando zonas de estenosis y dilatación.

- Linfoma gástrico

Representa el 5% de las neoplasias gástricas. Puede presentarse en forma de uno o múltiples nódulos submucosos, como una discreta masa o bien una gran masa ulcerada que simula un adenocarcinoma. En el 50% de los casos presenta un engrosamiento de toda la pared gástrica siendo una lesión homogénea de baja atenuación aunque puede presentar zonas de infarto.

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con el adenocarcinoma. En el linfoma la afectación parietal es más extensa, los planos grasos están más preservados, y raramente causa obstrucción. La afectación adenopática es de mayor tamaño afectando a un mayor número grupos ganglionares.

- Intestino Delgado

Puede detectarse por la aparición de complicaciones como obstrucción intestinal, invaginación.... Puede visualizarse una dilatación aneurismática de asas intestinales, y el mesenterio presentar afectación adenopática o extensión exofítica del tumor.

- Intestino Grueso

Es una forma de presentación rara, siendo el ciego el lugar más frecuente de afectación. Puede existir nodularidad múltiple y por lo general la afectación es más extensa que en el adenocarcinoma.

b. BAZO

Se considera un órgano nodal en el linfoma de Hodgkin y extranodal en el No Hodgkin. Normalmente existe una infiltración difusa, y en menor proporción adopta una forma nodular >1cm. El tamaño del bazo es poco fiable, aunque una gran esplenomegalia suele asociarse a infiltración. Los nódulos suelen ser hipodensos e hipocaptantes en TC así como hipoecoicos en ultrasonografía. La RM es poco fiable, ya que el tejido esplénico sano y la afectación linfomatosa presentan señal parecidas.

c. PÁNCREAS

El linfoma pancreático primario es muy raro y la afectación secundaria suele ser debida a diseminación contigua linfática. Puede confundirse con una neoplasia primaria pancreática, aunque es más extenso y con mayor número de adenopatías.

d. HÍGADO

Su afectación primaria es muy rara y a casi siempre se encuentra asociado a enfermedad nodal y esplénica. Normalmente presenta una afectación difusa, aunque también existen lesiones nodulares en un 10% de los casos. Presenta una igual apariencia mediante TC, RM y ecografía. Ordinariamente su sensibilidad es baja aunque parece haber mejorado con las nuevas técnicas de TC.

e. RIÑÓN

El linfoma primario también es raro. Su afectación suele ser por diseminación hematogena o por extensión contigua retroperitoneal. Puede adoptar la forma de masas solitarias o múltiples. También puede presentar una afectación perirrenal o como enfermedad infiltrativa difusa.

f. SUPRARRENAL

El linfoma primario suprarrenal es raro, presentado una afectación bilateral y asociándose a adenopatías retroperitoneales.

En todo caso, y aunque los criterios antes expuestos pueden ayudar en el diagnóstico la única forma que nos permite el diagnóstico final es mediante técnicas de biopsia de la lesión.