



Una causa infrecuente de invaginación intestinal.

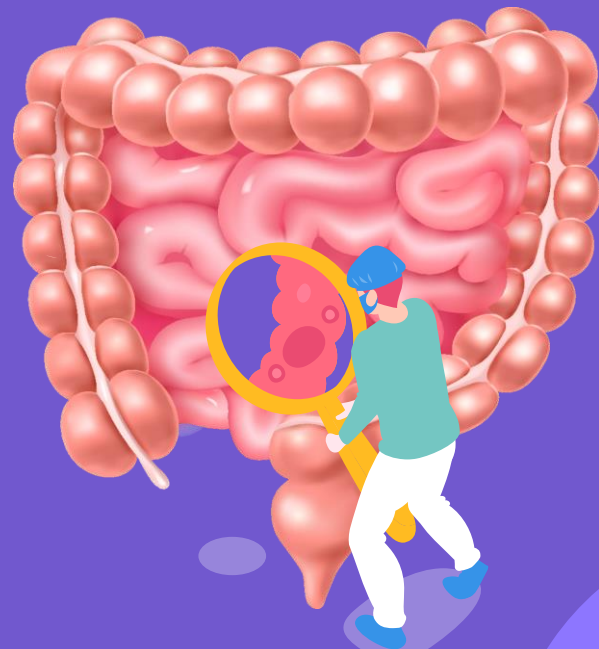
LVII Reunión Regional, Cartagena
20-10-2023

Presentadora: Claudia Capozzi.

Caso: Estela Aguilar, María José Sánchez de la Matas.

Residente 4º año.

Complejo Hospital Universitario de Cartagena.





Enfermedad actual.

- Femenina de 65 años de edad, inicia enfermedad actual 4 días previos, cuando presenta dolor abdominal tipo cólico que posteriormente se asocia a rectorragia, motivo por el cual acude a urgencias del hospital. Al examen físico abdomen sin signos de irritación peritoneal y tacto rectal positivo para rectorragia.

Antecedentes de Importancia.

- Personales: HTA, hipotiroidismo.
- Quirúrgicos: niega

Ecografía y TC de abdomen y pelvis.



Consejería de Sanidad y Consumo Región de Murcia
Hospital Santa María del Rosell
Paseo Alfonso XIII, 81, 30203 Cartagena
Teléfonos: 968 50 48 00 / 968 32 50 00. Fax: 968 50 42 96



INFORME RADIODIAGNÓSTICO

Informe:

Se realiza ecografía de abdomen- pelvis URGENTE y se completa estudio con TC de abdomen- pelvis con contraste iv.

Invaginación ileocólica con marcado engrosamiento parietal del asa invaginada y leve cantidad de líquido libre en la cabeza de invaginación. No se observan signos de obstrucción intestinal. Se acompaña de múltiples adenopatías sospechosas de malignidad: ileocólicas, hilio hepático, curvatura menor gástrica, retrocraurales y retroperitoneales.

Hígado de tamaño y densidad conservada sin lesiones focales. Colelitiasis sin cambios inflamatorios en vesícula biliar. Vía biliar no dilatada. Páncreas, bazo y suprarrenales sin alteraciones.

Ambos riñones de tamaño y realce normal sin hidronefrosis. Quistes corticales renales izquierdos. Litiasis de 3 mm en grupo calicial superior del RI no obstructiva. Nódulo cortical de 12 mm en polo inferior del riñón izquierdo que presenta alta densidad (87 UH) y que podría corresponder con un quiste denso vs. Nódulo sólido. Vejiga distendida sin alteraciones. No se observa líquido libre intraabdominal.

No se observan signos de diverticulitis aguda ni colitis.

Cambios degenerativos en columna dorsal inferior- lumbar.





Abdomen agudo quirúrgico:
invaginación en ciego, engrosamiento de pared del asa y
adenopatías.



- Laparotomía media.
- Colectomía derecha y anastomosis ileocólica laterolateral

Macroscópico.



■ Pieza de hemicolectomía derecha 17 cm, que incluye 7 cm de íleon terminal.



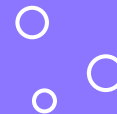
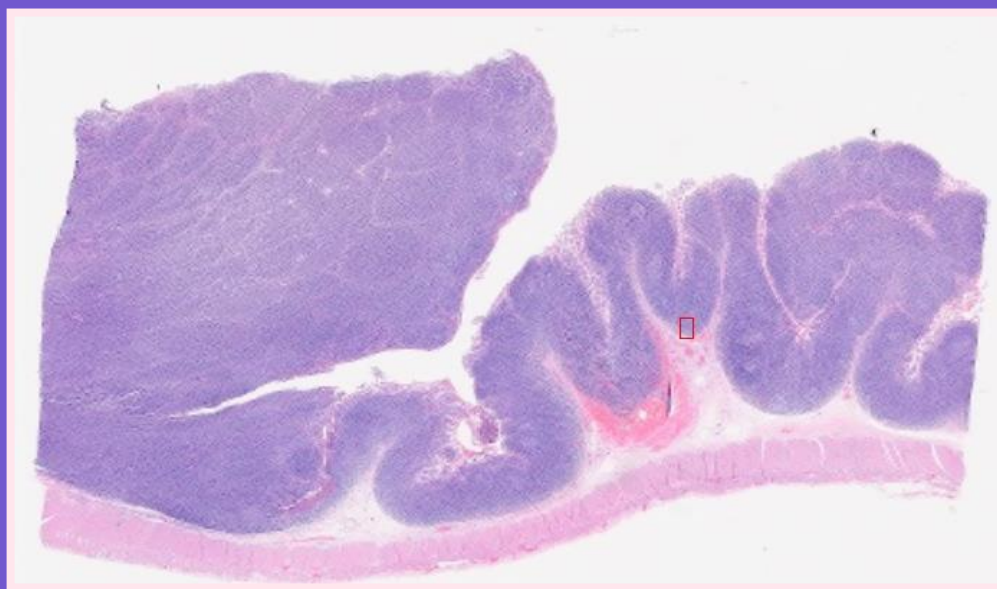
Macroscópico.



□ Íleon terminal, tumoración de 6 x 4 x 2cm, que afecta $\frac{3}{4}$ de la circunferencia intestinal.

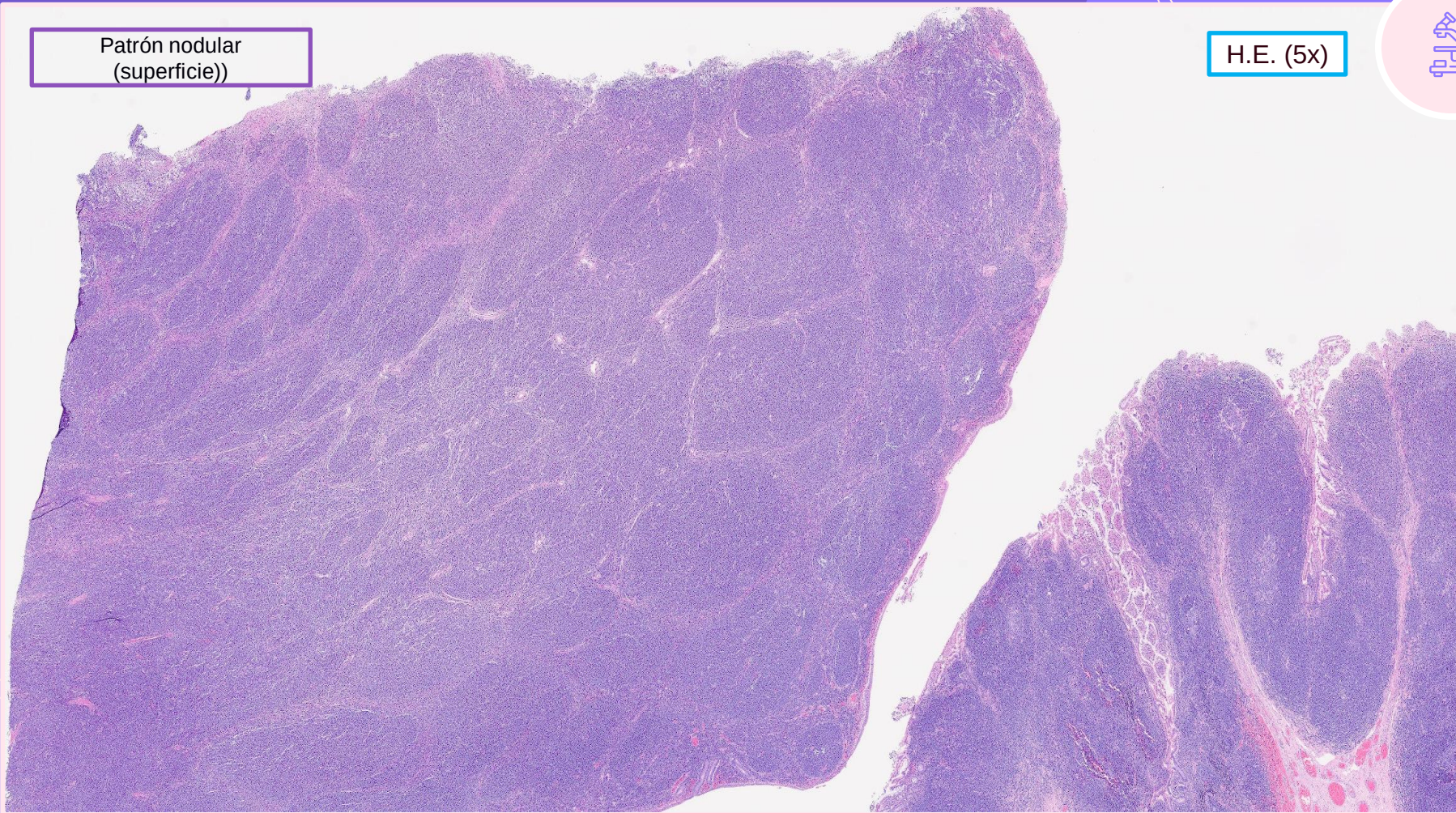


H.E. Panorámica



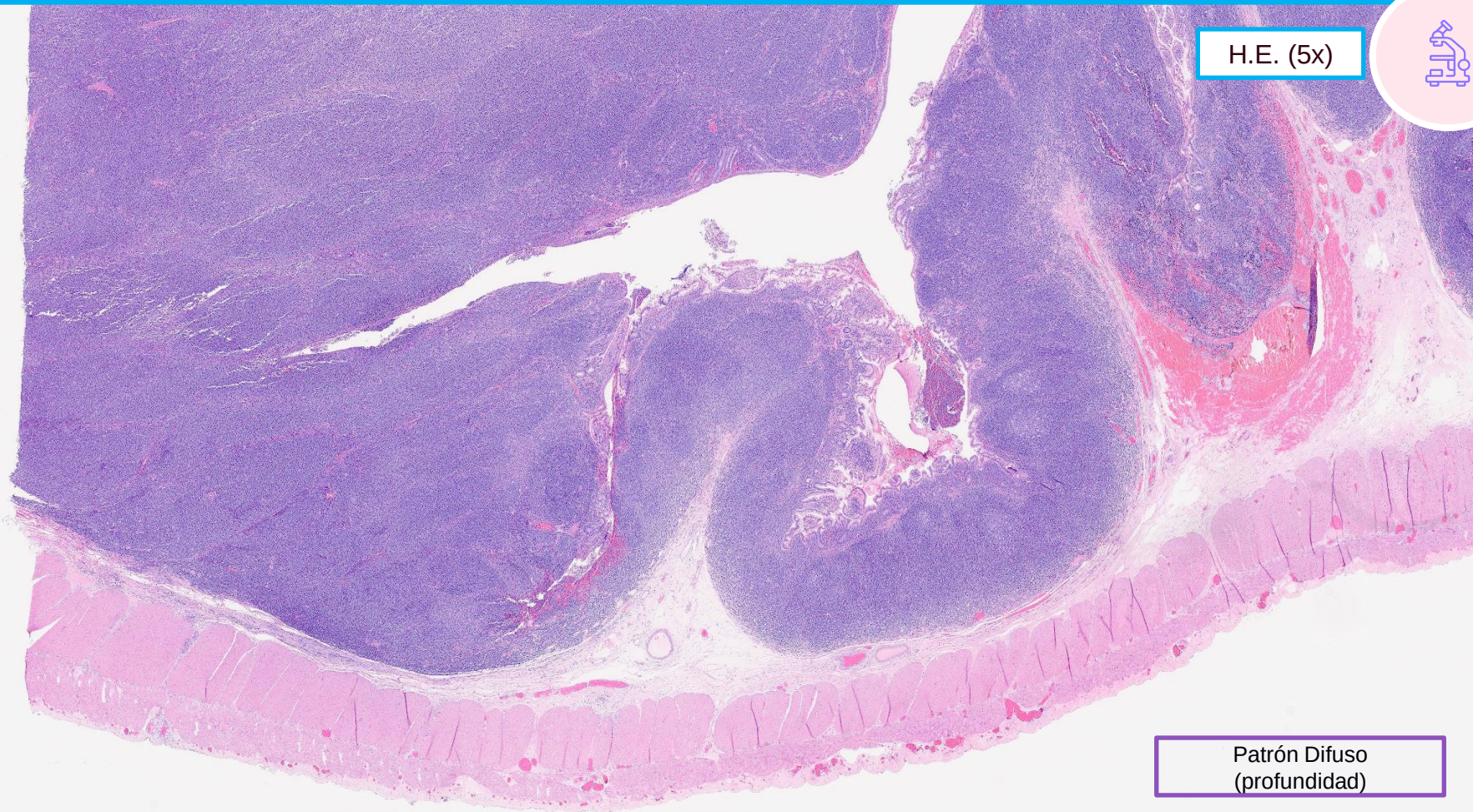
Patrón nodular
(superficie))

H.E. (5x)





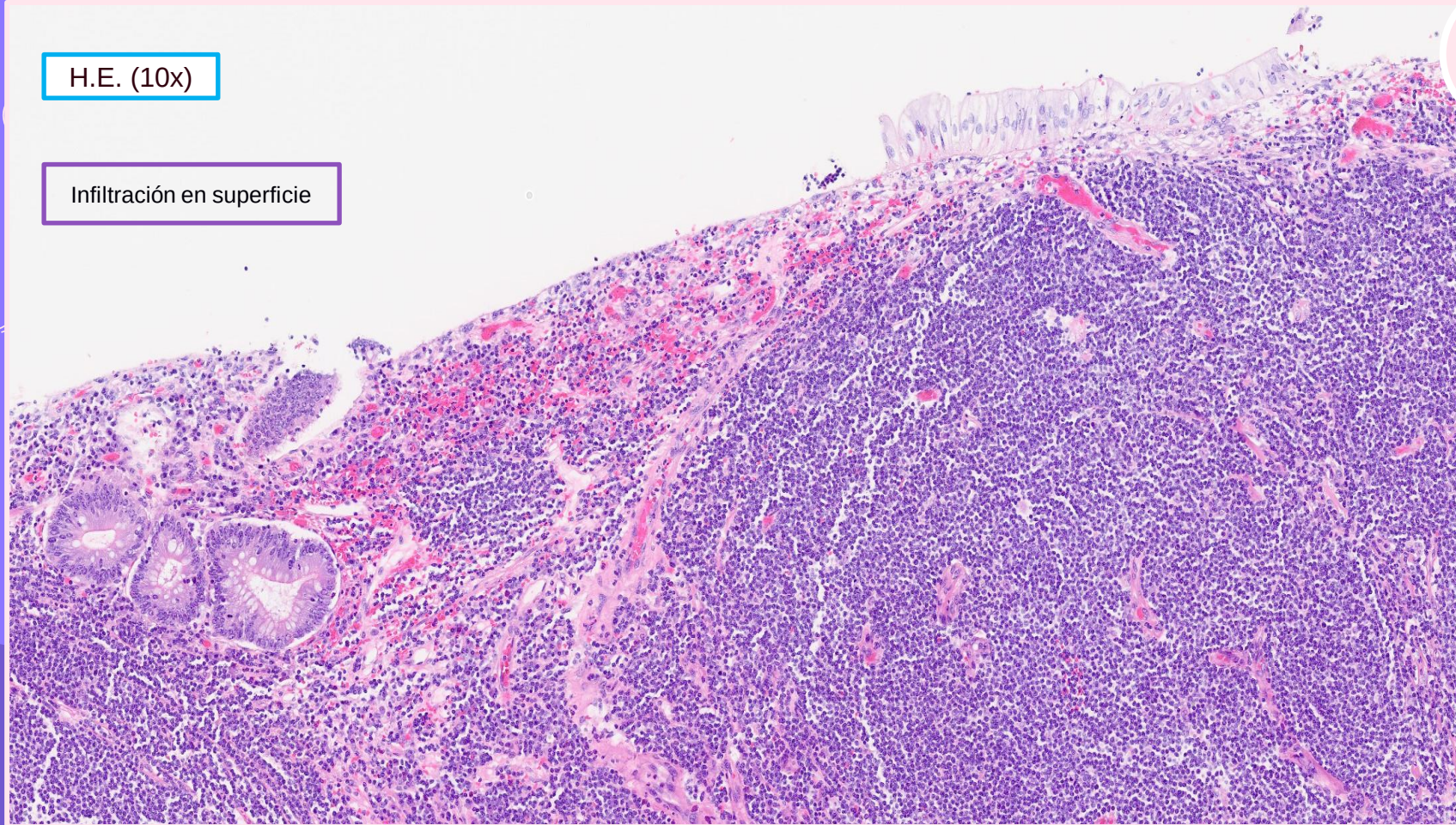
H.E. (5x)



Patrón Difuso
(profundidad)

H.E. (10x)

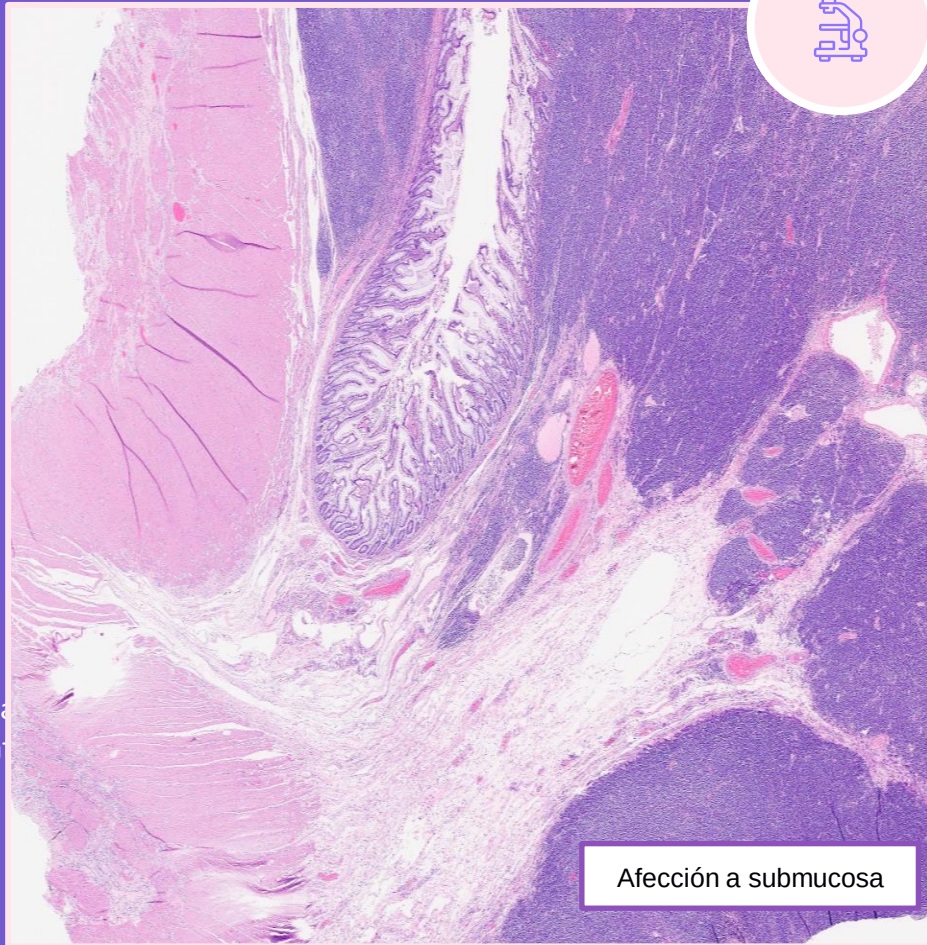
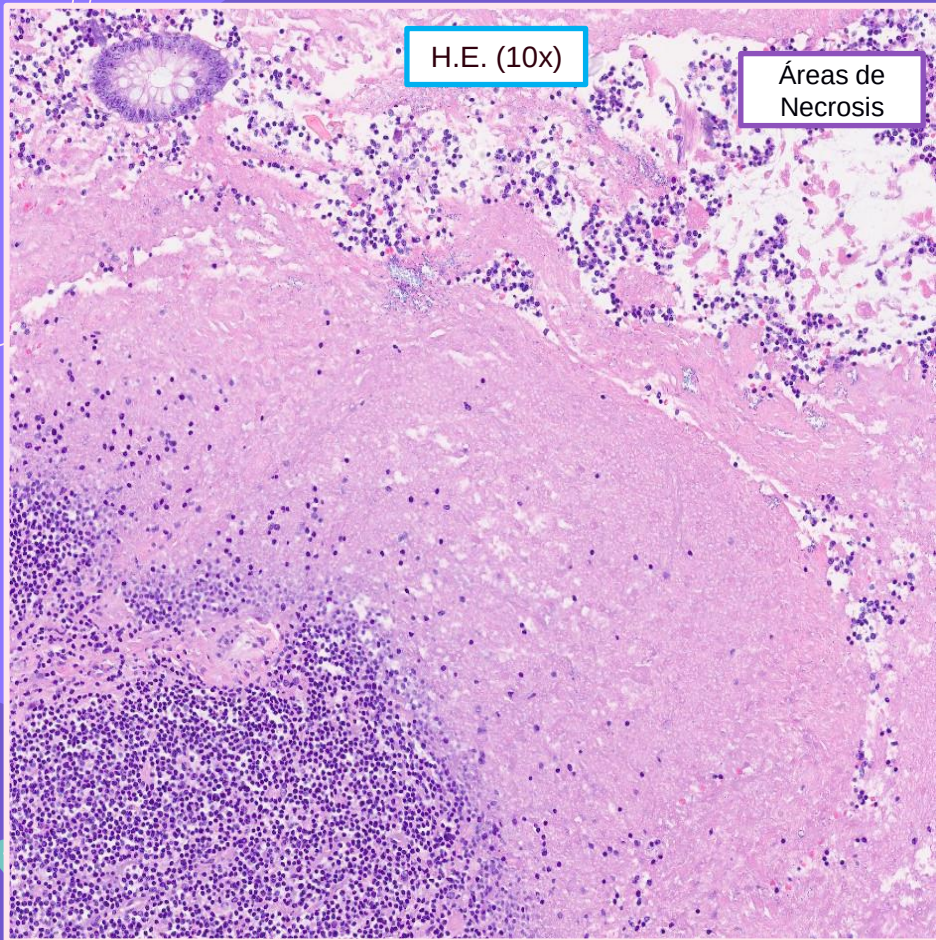
Infiltración en superficie





H.E. (10x)

Áreas de
Necrosis



Afección a submucosa

H.E. (40x)



Infiltrado
linfoide.

H.E. (40x)

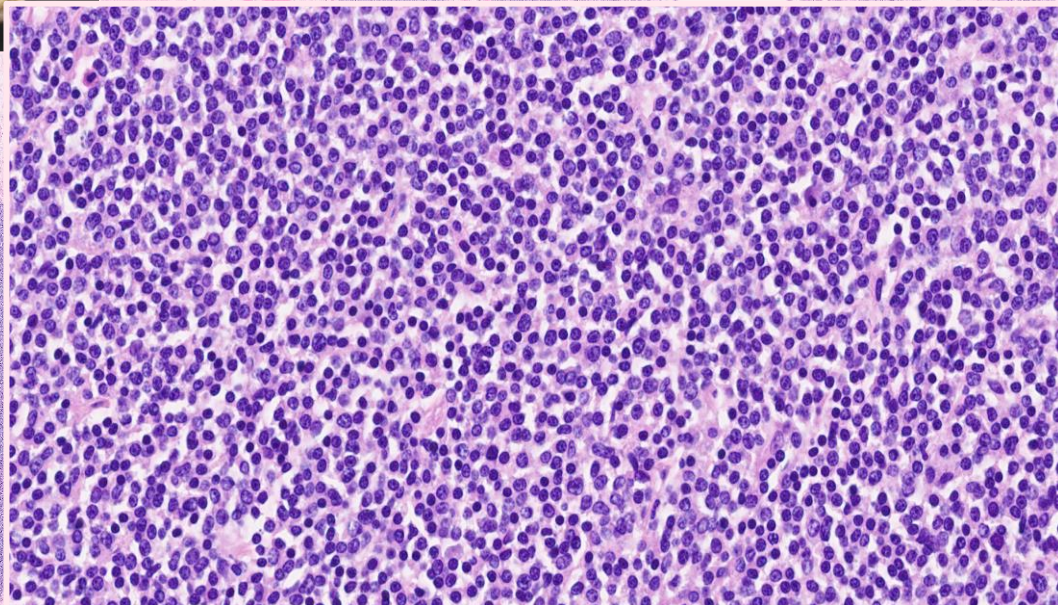


Hialinización
estromal



Poliposis linfomatosa
múltiple

H.E. (10x)



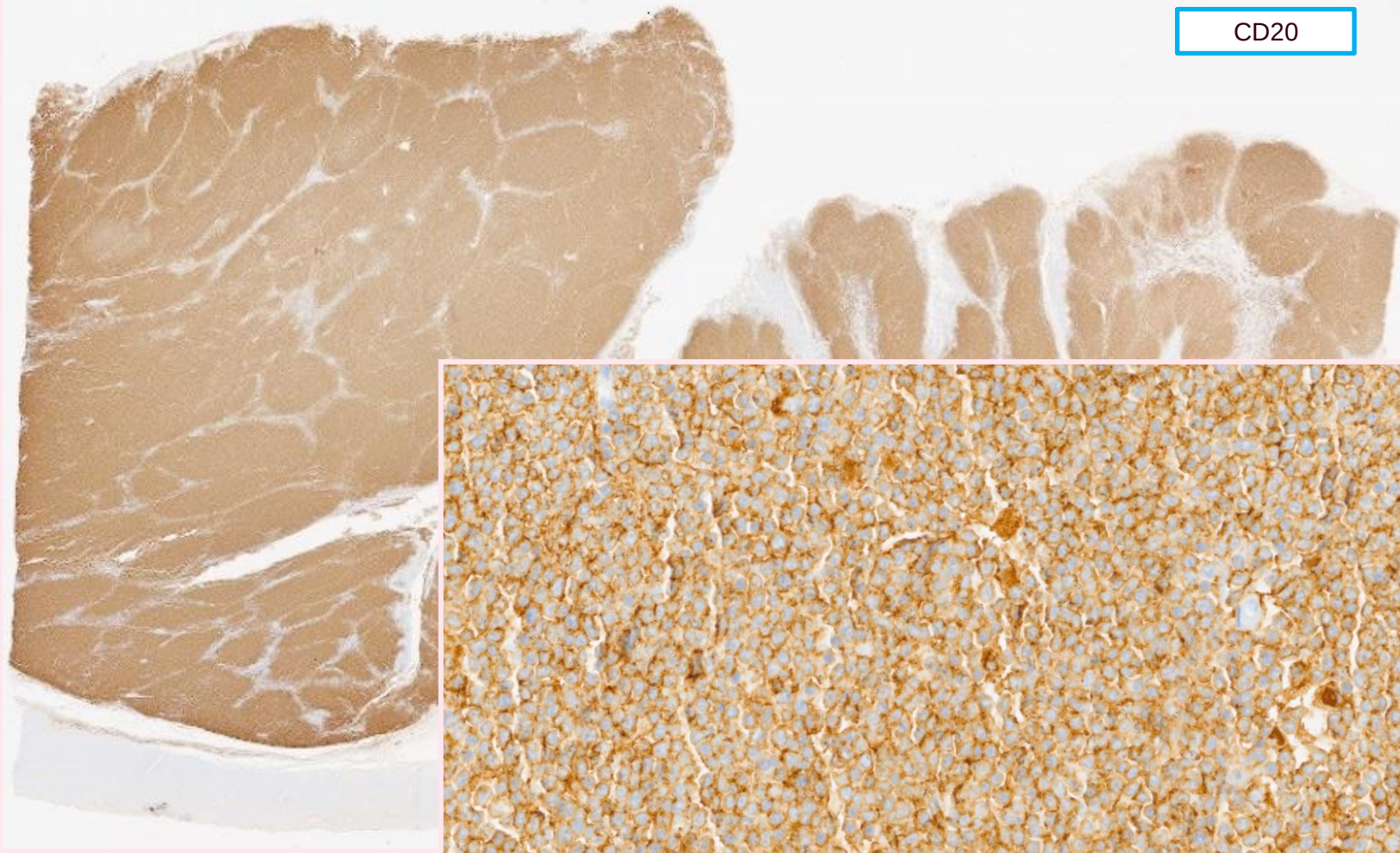
Resumen de hallazgos histológicos:

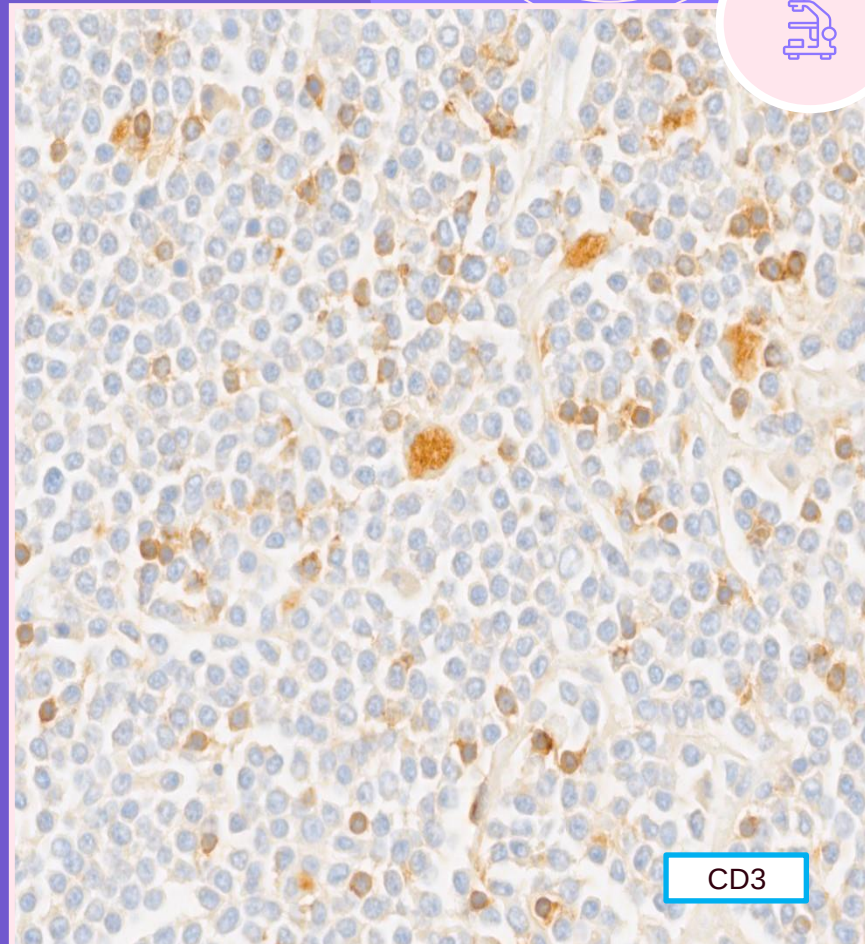
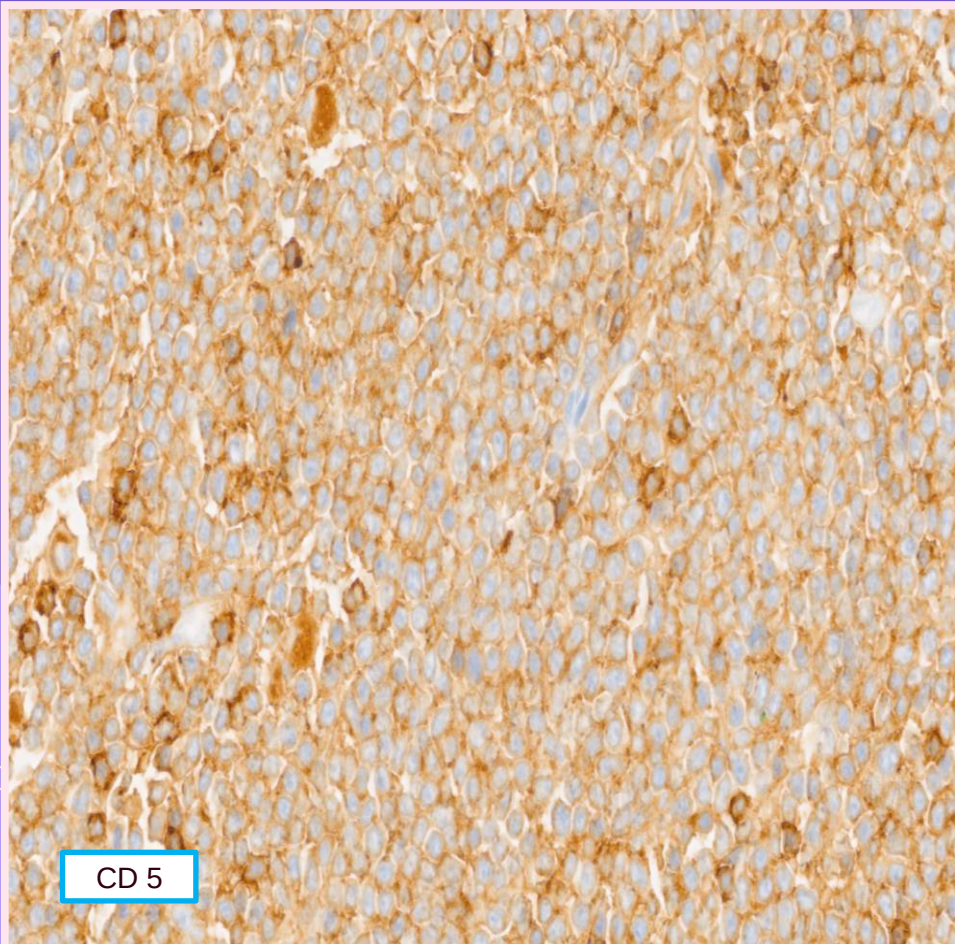
Impresión diagnóstica inicial:

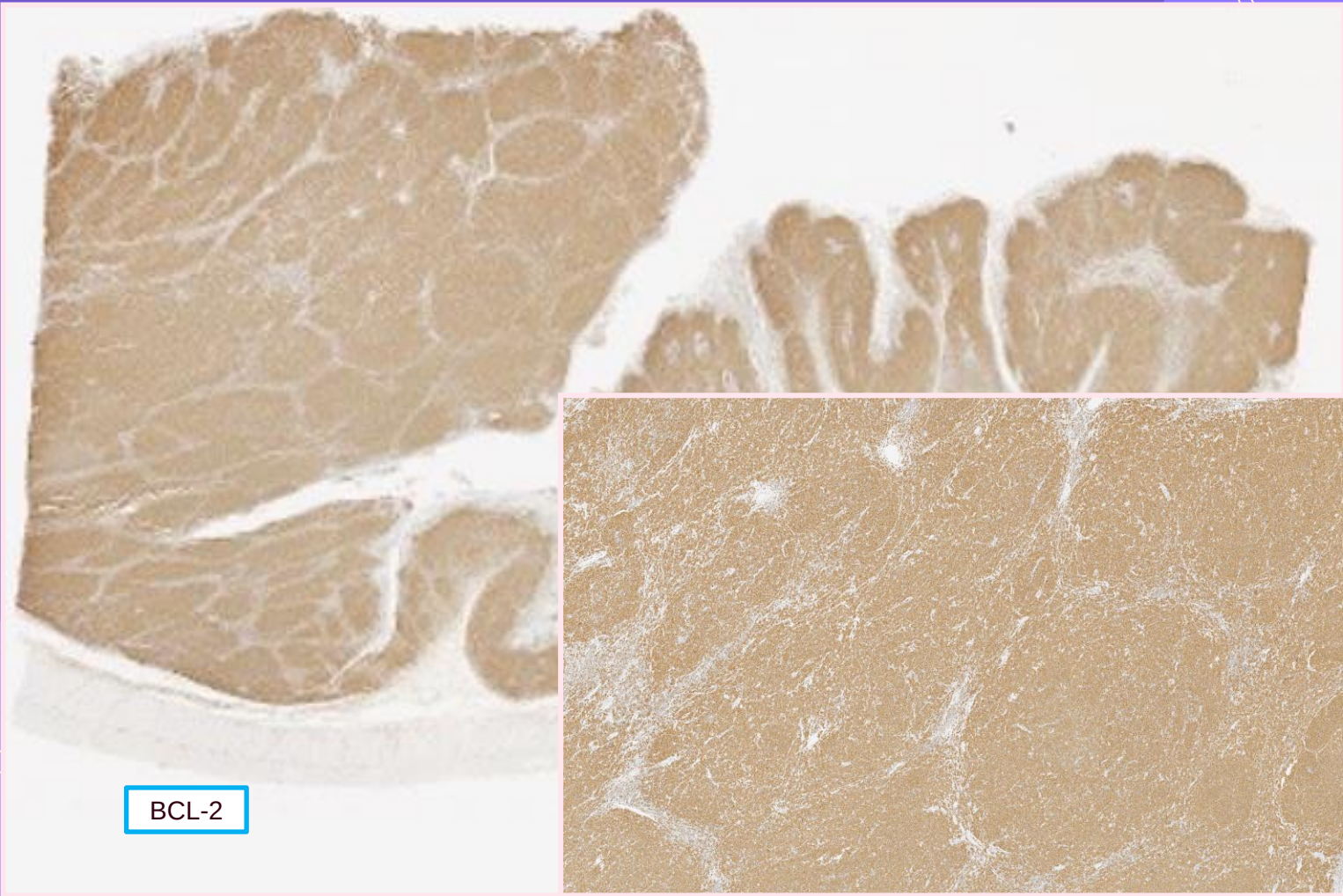
Desorden linfoproliferativo de células pequeñas +
Poliposis linfomatosa múltiple.



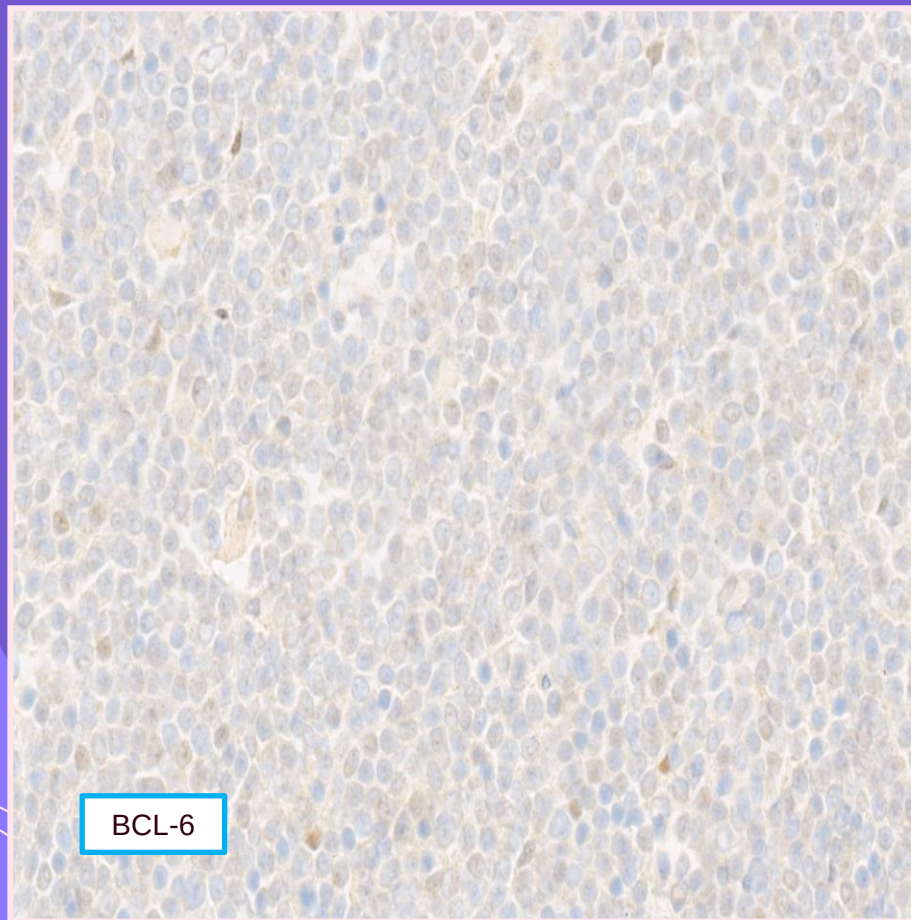
CD20



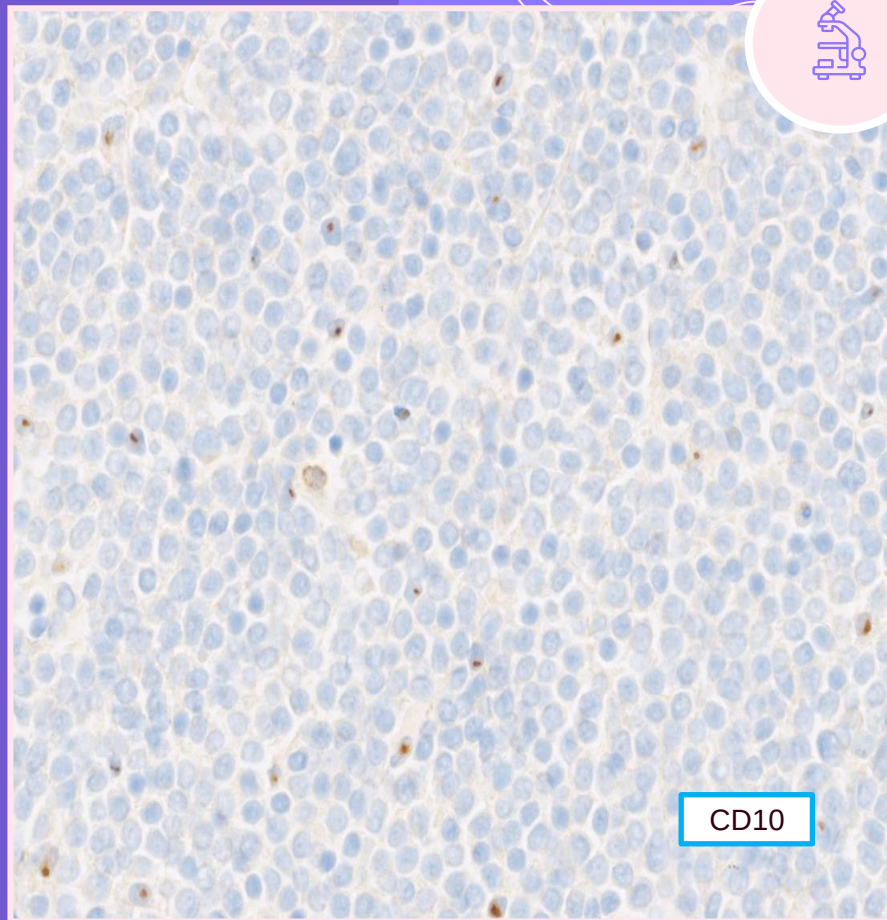




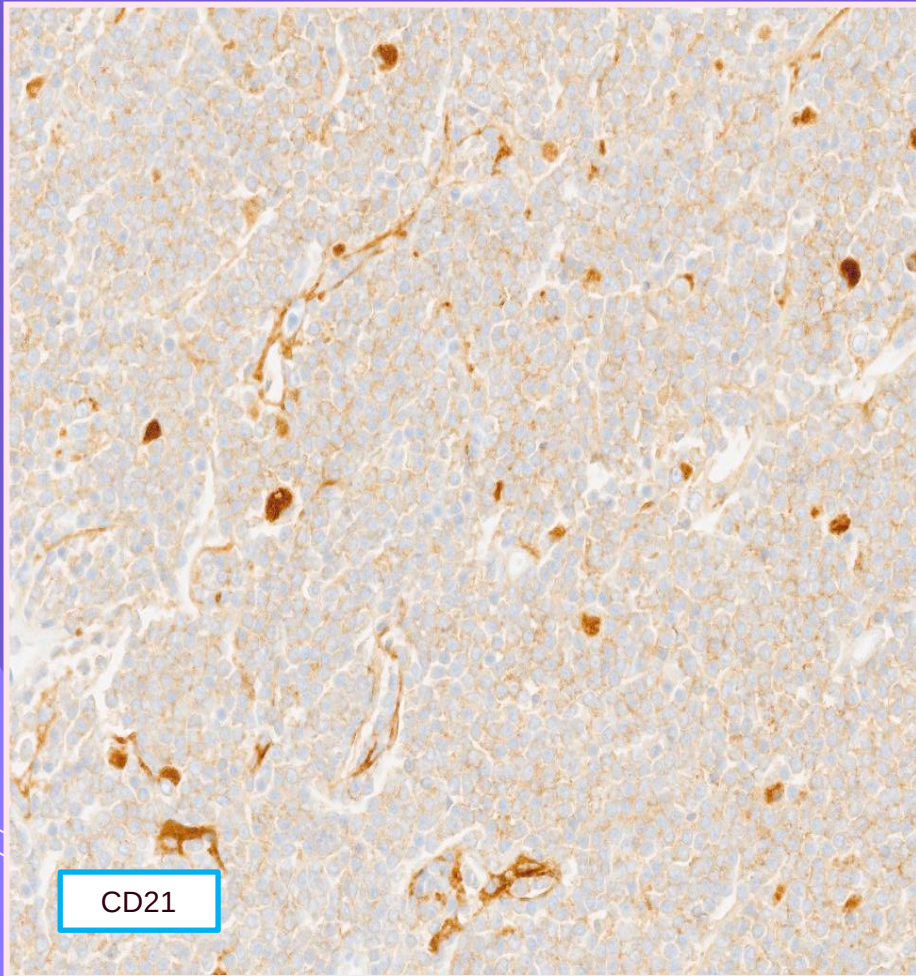
BCL-2

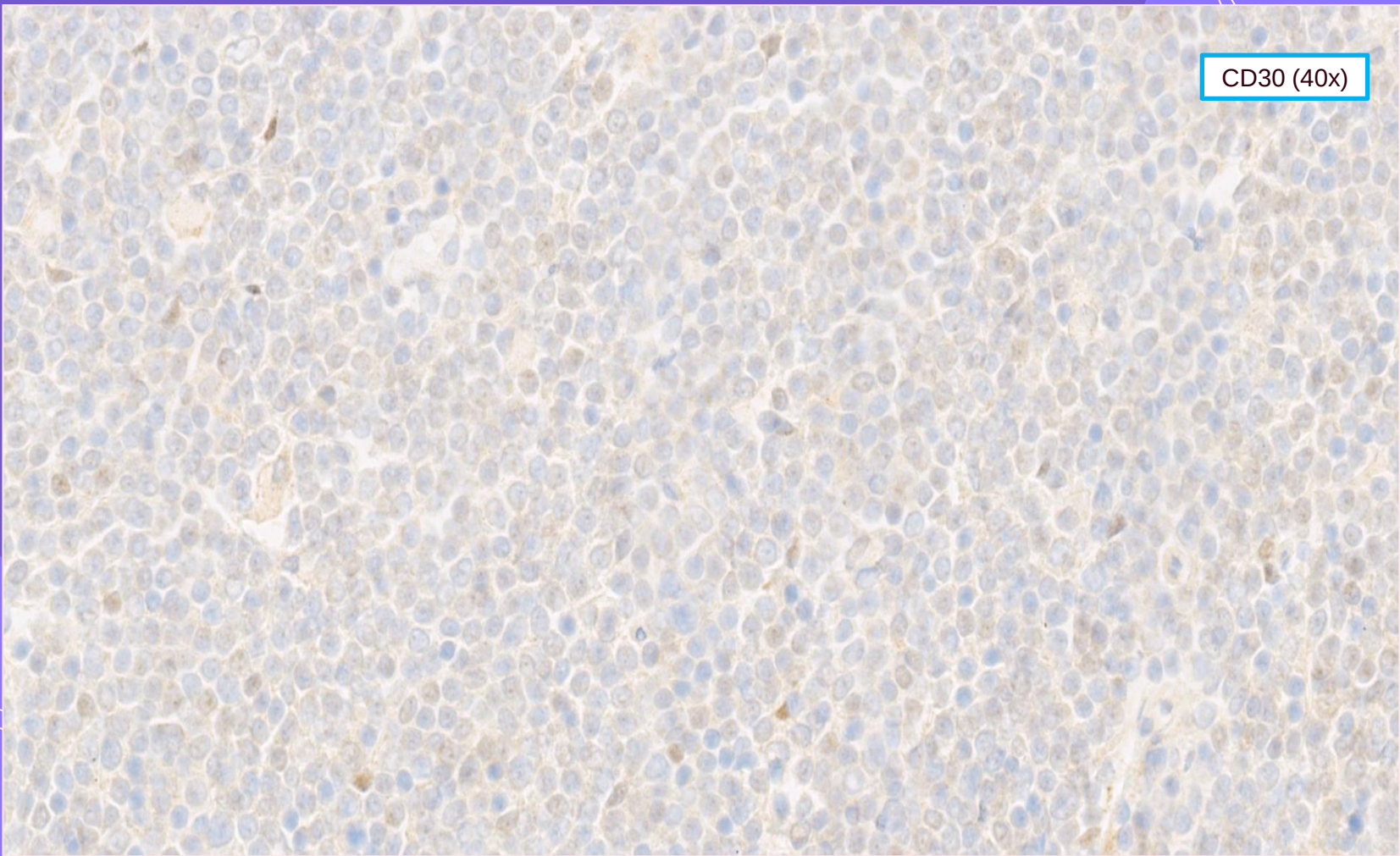


BCL-6



CD10

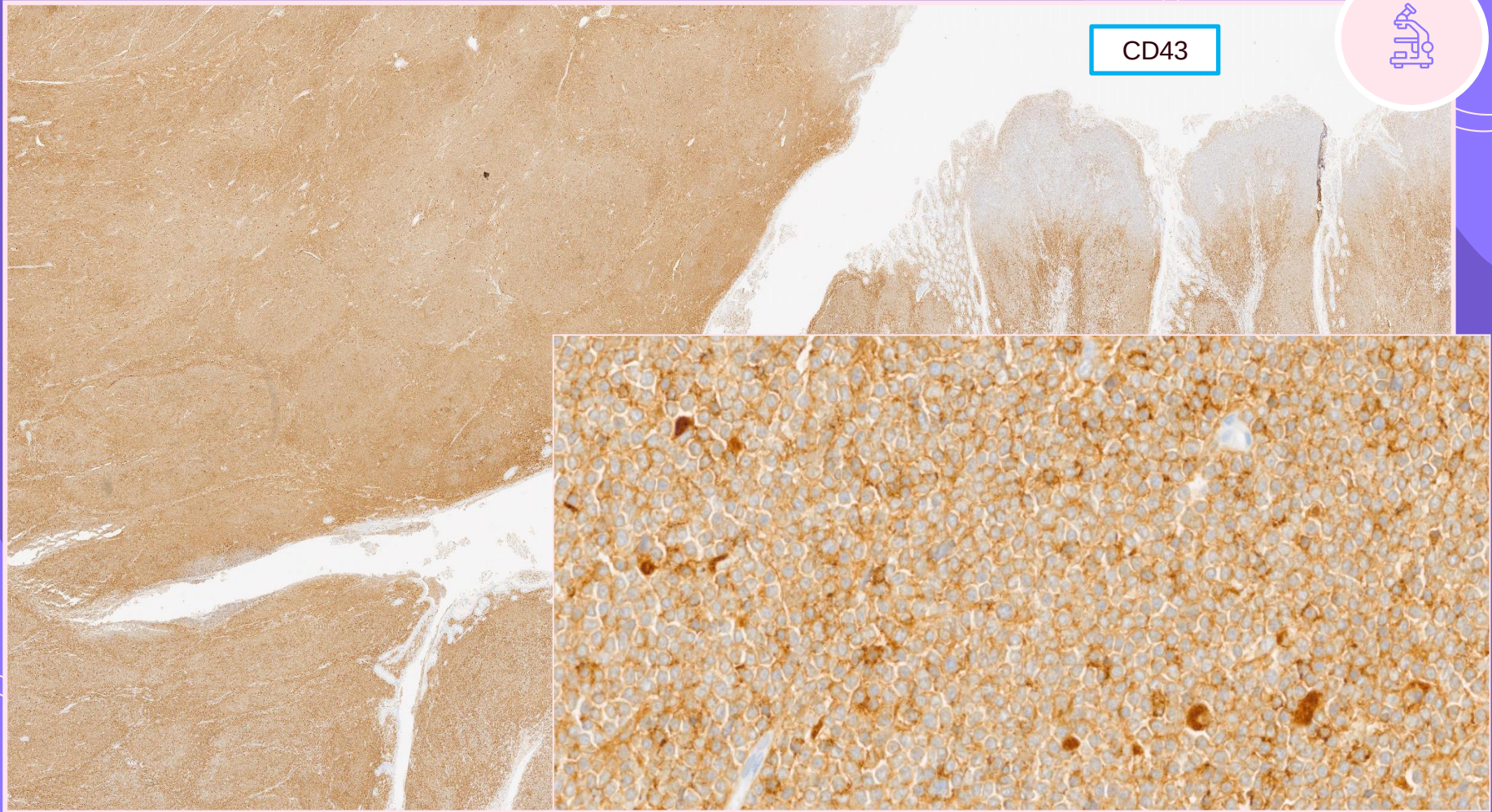


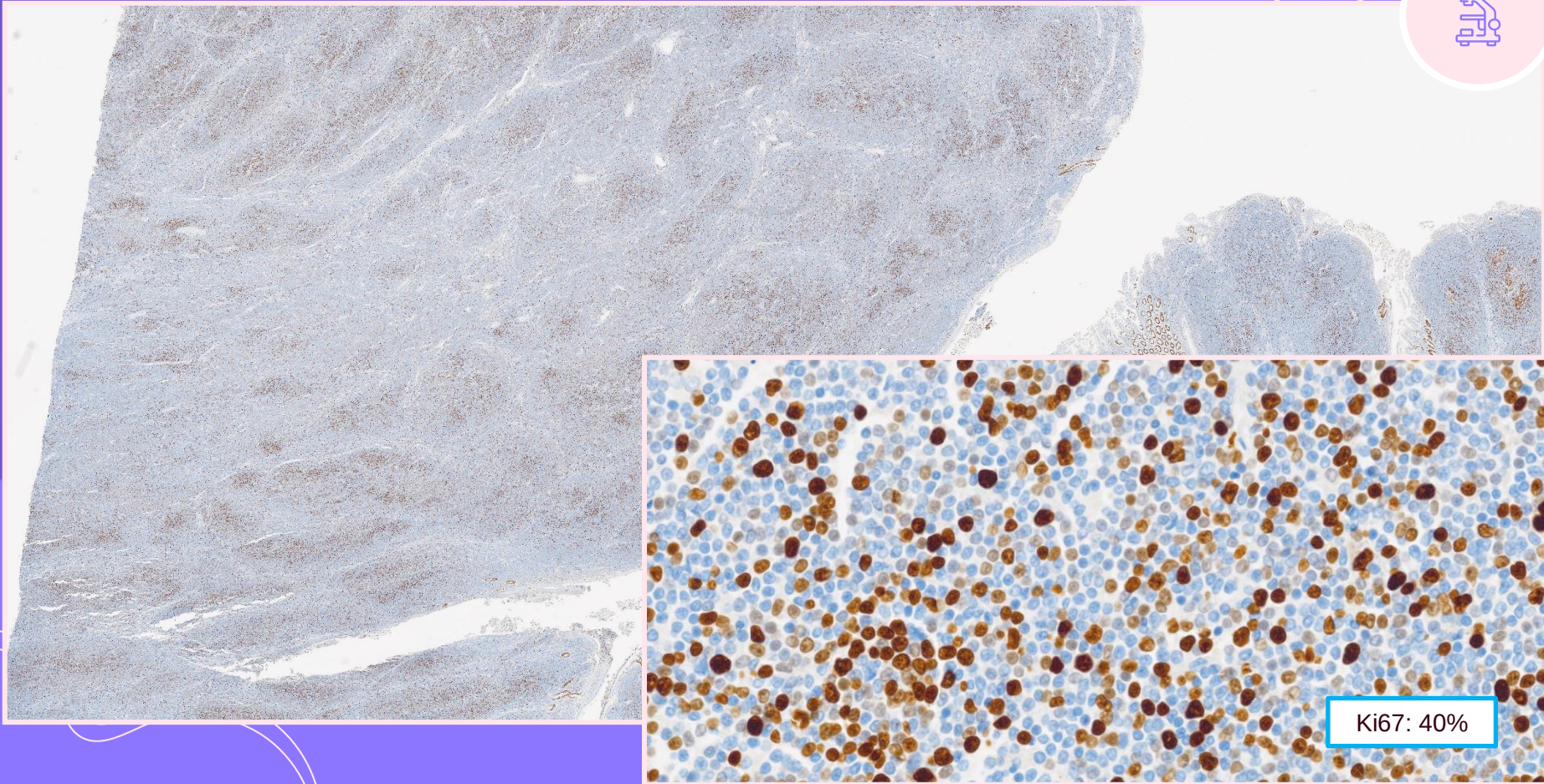


CD30 (40x)



CD43





Ki67: 40%

Resumen de Inmunohistoquímica

POSITIVA	NEGATIVA
CD20	CD3 (células acompañantes)
CD5	BCL-5
BCL-2	CD10
CD43	CD21
	CD23
	CD30 (células dispersas)

Ki67: 40%

¿ Que tenemos hasta ahora?



Linfoma no Hodgkin de células B
pequeñas – medianas.



Poliposis linfomatosa múltiple



Tc abdomen-pelvis:
Adenopatías regionales



Expresión CD5 y CD43

Neoplasia B

Células que no han
pasado por centro
germinal

CD5 (+)

CD43
aberrante

¿ Estamos ante un Linfoma Gastrointestinal primario o en una afección secundaria de un Linfoma sistémico ?

Criterios Diagnósticos de Dawson en 1961

- Ausencia de linfadenopatías periféricas y/o mediastínicas.
- Recuento de células en sangre periférica son normales.
- La lesión está localizada a nivel gastrointestinal y los ganglios afectados están adyacentes a la lesión.
- Bazo e hígado normales.



Linfoma de la zona marginal extraganglionar (MALT)

Linfoma Folicular (Duodenal primario)

Linfoma del Manto

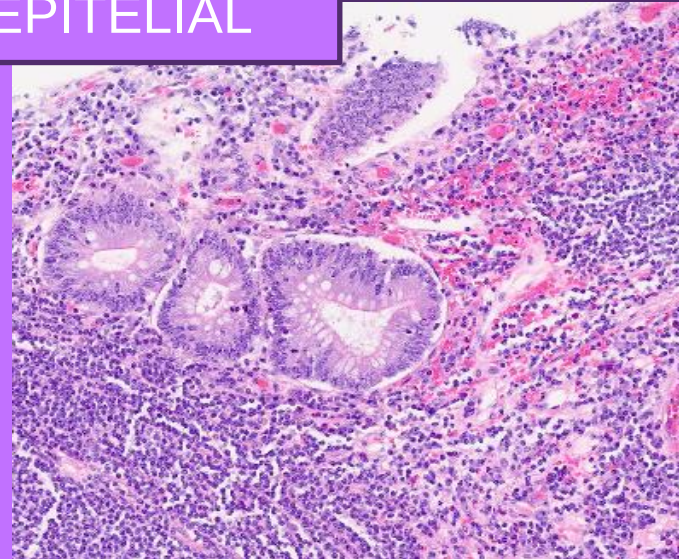
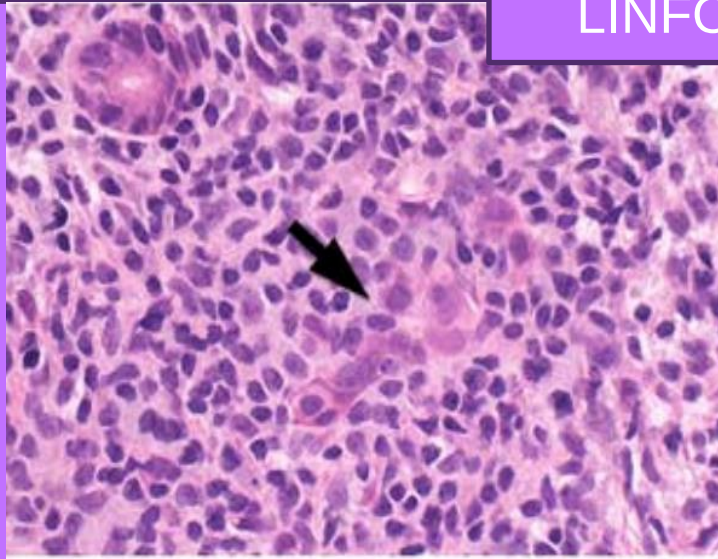
Panorámica

Láminas de células B que expanden la lámina propia, pudiendo llegar a muscular de la mucosa

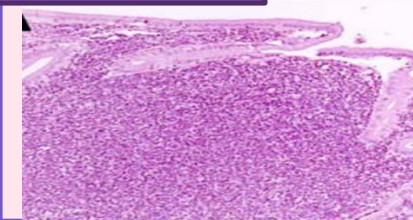
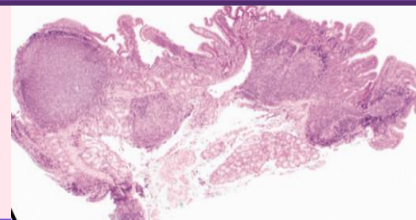
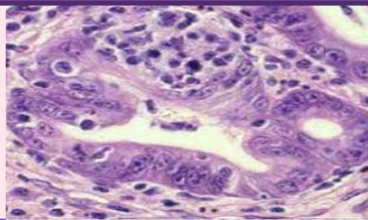
Infiltrado linfoide se limita a la lámina propia de las vellosidades con mínima extensión a

Clásico: infiltrado linfoide difuso
Raro: infiltrado vagamente nodular , más profundo que borra la submucosa

LESIÓN LINFOEPITELIAL



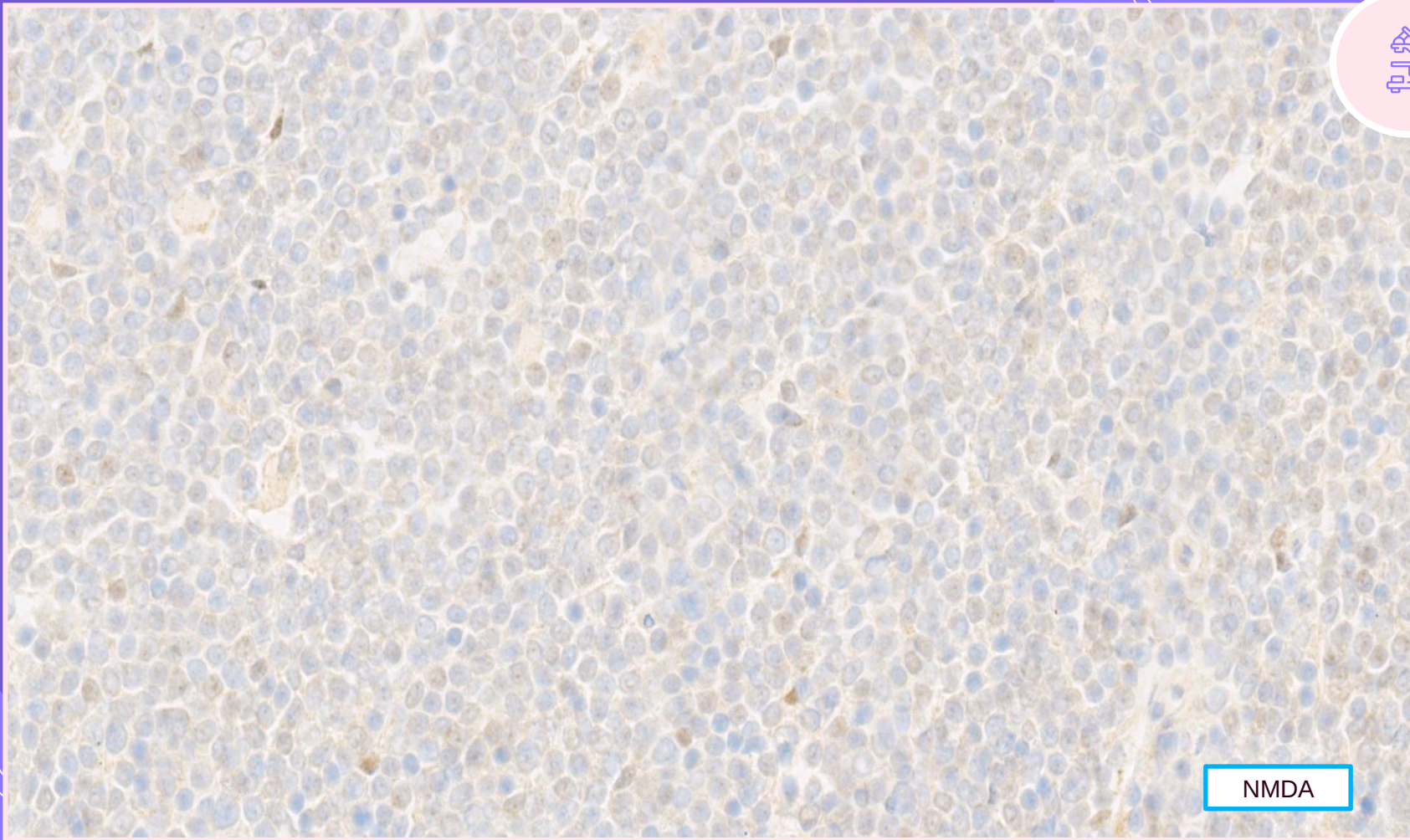
s de tamaño
con contorno
trociticos.
e, pleomórfico



Diagnósticos Diferenciales

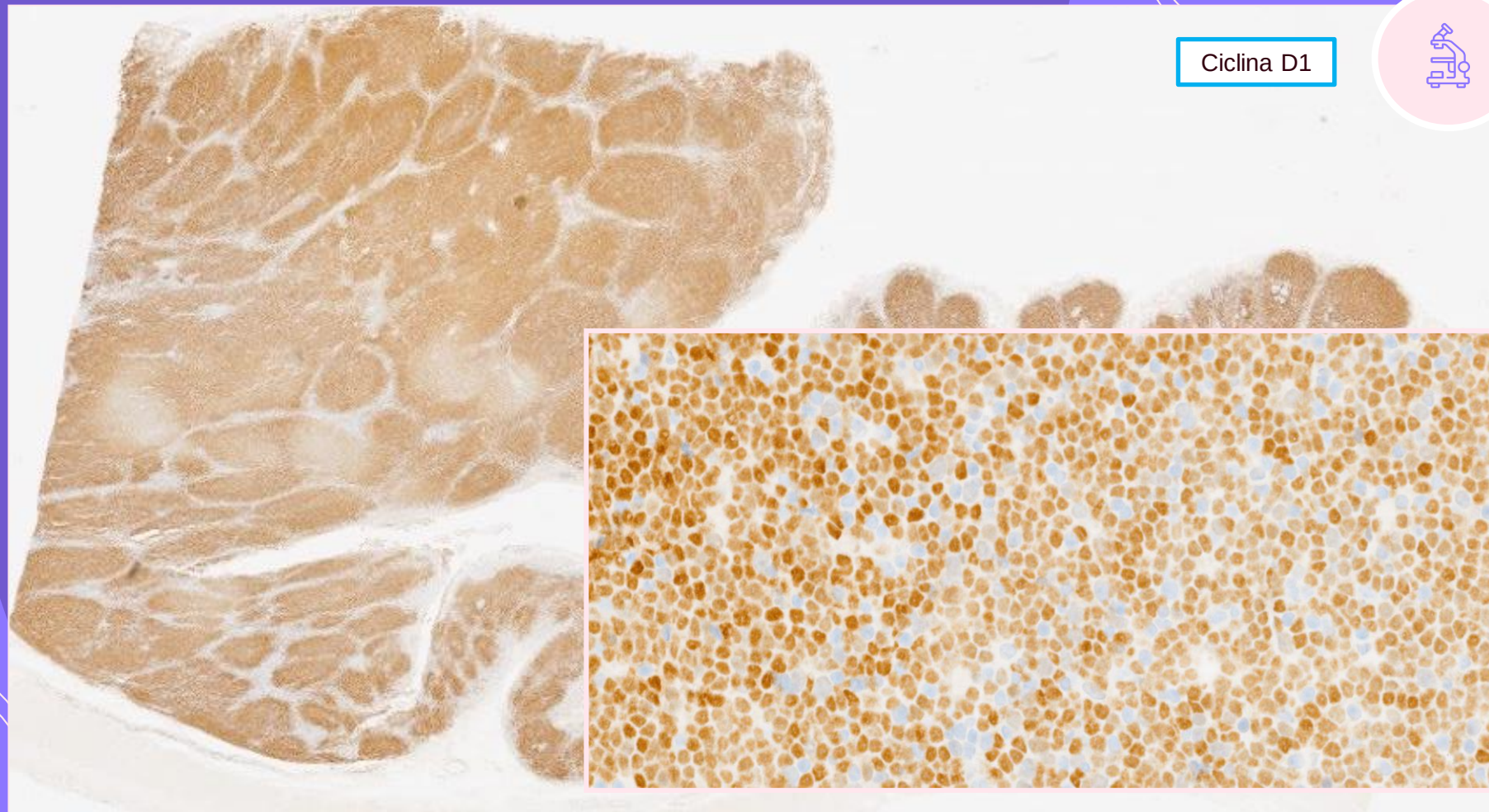


	Linfoma MALT	Linfoma Folicular	Linfoma del Manto
PAN B	Positivo	Positivo	Positivo
BLC-2	Positivo difuso	Positivo	Positivo
CD10, BLC-6	Negativo	Positivo	Negativo
CD5	Negativo	Negativo	Positivo
CD43	Variable	Negativo	Variable
CD23	Negativo	Red CDF disminuida	Negativo
CD21		Red CDF disminuida	Negativo
Ciclina D1	Negativo	Negativo	Positivo
SOX-11	Negativo	Negativo	Positivo
MNDA	Variable	Negativo	Negativo
IRTA-1	Variable	Negativo	Negativo
Restricción Kappa	Variable	IgA positivo	-----
Restricción lambda	Variable	-----	Variable
Ki67	Bajo	Bajo-moderado	Vriabvle



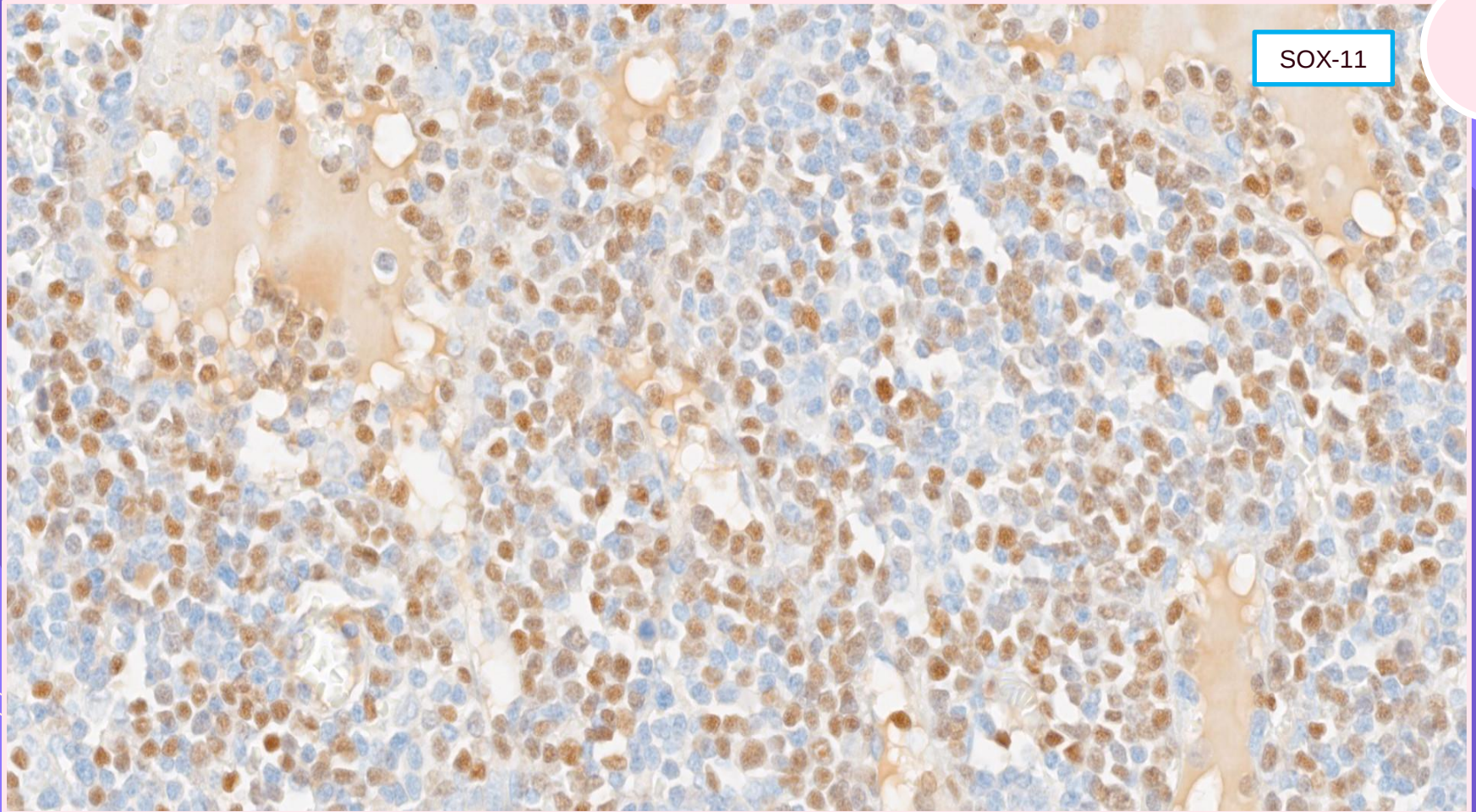
NMDA

Ciclina D1





SOX-11

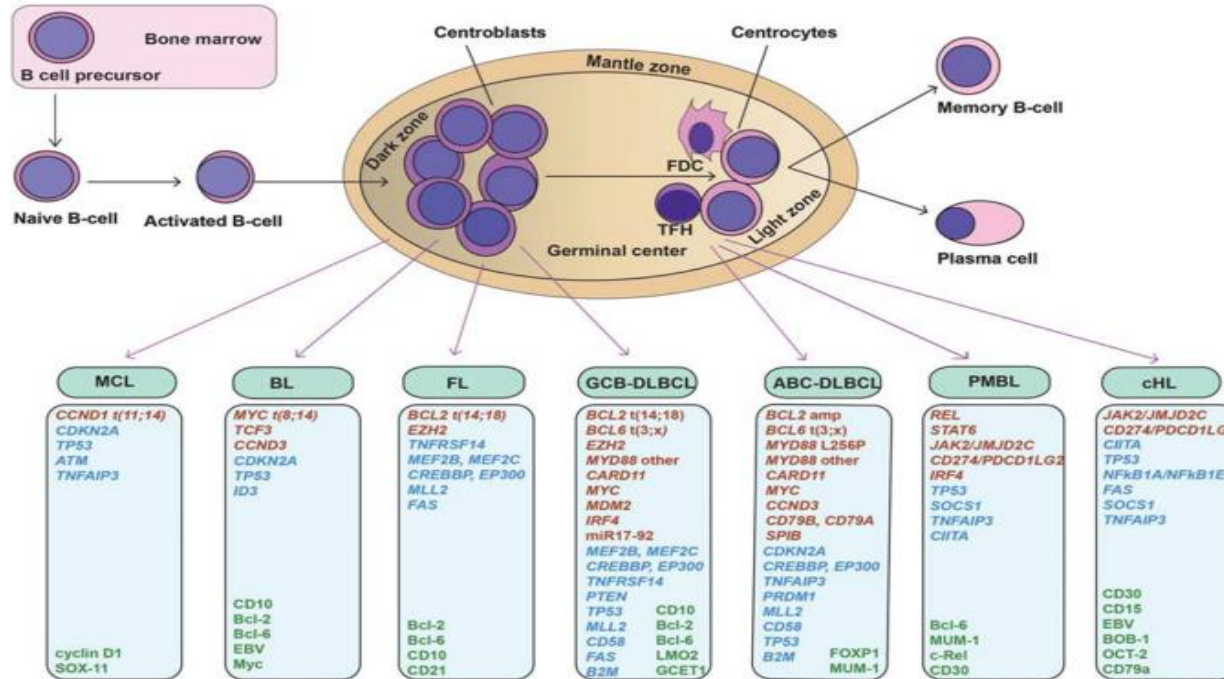


Medicina de precisión:



Diagnostic and predictive biomarkers in lymphomas

R Sun *et al*



95%
Translocación
t(11;14)(q13;q32)



Diagnóstico final Anatomía patológica:

**NEOPLASIA LINFOIDE B CON MORFOLOGÍA DE
INMUNOFENOTIPO DE LINFOMA DEL MANTO
SUBTIPO MORFOLÓGICO DE CÉLULA PEQUEÑA.**

