

## Epigastralgia de difícil control, secundaria a una causa infrecuente

Adrián Andrés Díaz-Mogollón, Jorge Sánchez-Calero-Guilarte, Patricia Gómez-Iglesias  
Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles (Madrid). España

Recibido: 28/03/2020  
Aceptado: 06/07/2020  
En línea: 31/08/2020

**Citar como:** Díaz-Mogollón AA, Sánchez-Calero-Guilarte J, Gómez-Iglesias P. Epigastralgia de difícil control, secundaria a una causa infrecuente. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Ago); 5(2): 78-80. doi: 10.32818/reccmi.a5n2a8.

**Cite this as:** Díaz-Mogollón AA, Sánchez-Calero-Guilarte J, Gómez-Iglesias P. Epigastralgia of difficult control, secondary to an infrequent cause. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Ago); 5(2): 78-80. doi: 10.32818/reccmi.a5n2a8.

Autor para correspondencia: Adrián Andrés Díaz-Mogollón. [adriandiazm1988@gmail.com](mailto:adriandiazm1988@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Dolor abdominal
- ▷ Enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado
- ▷ Endoscopia gastrointestinal

### Keywords

- ▷ Abdominal pain
- ▷ Immunoproliferative small intestine disease
- ▷ Gastric endoscopy

### Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, sin antecedentes personales o familiares de cáncer, con clínica de epigastralgia y sin mejoría, a pesar de dosis plenas con inhibidores de la bomba de protones. Por la persistencia de los síntomas, se decidió solicitar una nueva gastroscopia en la que se encontraron lesiones duodenales que describen como linfangiectasias; se tomaron biopsias y se enviaron a Anatomía Patológica, con diagnóstico de linfoma intestinal primario.

### Abstract

We present the case of a 52-year-old female patient, without a personal or family history of cancer, with epigastralgia, and without improvement, despite high doses with proton pump inhibitors. Due to the persistence of the symptoms, it is decided to request a new gastroscopy where duodenal lesions are described as lymphangiectasia. Biopsies are taken and sent to pathological anatomy, with a diagnosis of primary intestinal lymphoma.

### Puntos destacados

- ▷ Los linfomas intestinales son infrecuentes.
- ▷ El deterioro clínico de pacientes con síntomas de larga duración ha de hacernos sospechar algo más.

## Introducción

A continuación, se describe el caso de una paciente de edad media, con dolor abdominal tipo epigastralgia de difícil control a pesar de dosis plenas de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Es un ejemplo de una causa infrecuente en la población occidental.

## Caso clínico

### Antecedentes

Mujer de 52 años, no fumadora, con antecedente de cesárea hacía más de 20 años e hipotiroidismo en tratamiento, y sin antecedentes familiares de cáncer. Tratamiento habitual: eutirox 125 µg/24 h y esomeprazol 40 mg/12 h.

Presentaba clínica de 2 años de evolución de dolor abdominal tipo epigastralgia, y se le realizó gastroscopia que mostró gastritis crónica sin atrofia, con *Helicobacter pylori* positivo, que fue tratado y erradicado. Recibió tratamiento inicialmente con omeprazol 20 mg en ayunas, con mejoría parcial de los síntomas, permaneciendo 1 año en tratamiento con IBP. En enero de 2019, inició deterioro clínico significativo, agudización de los síntomas iniciales, con mayor epigastralgia, saciedad posprandial precoz, astenia importante y pérdida de peso de aproximadamente 12 kg que había iniciado 3 meses antes, aunque la paciente lo atribuía a la baja ingesta de alimentos. Se decidió cambiar tratamiento con IBP a esomeprazol 40 mg en ayunas, aumentándose la dosis 2 semanas después a 40 mg 30 min antes del desayuno y de la cena. Además, se redujo el consumo de alimentos con alto contenido de grasa y sal.

Aún con los cambios en el manejo, la paciente persistía sintomática, con mayor epigastralgia, no exacerbada con el consumo de alimentos, pero principalmente intensa astenia. Consultó al mes siguiente por empeoramiento sintomático y se decidió solicitar una nueva gastroscopia, realizada un mes más tarde, en la que se observó y se tomó biopsia de una lesión de aspecto blanquecino con pseudopólipos en la segunda porción duodenal, descrita por el endoscopista como sugestiva de linfangiectasia. No se había observado o no estaba presente en la gastroscopia realizada hacía poco más de 1 año.

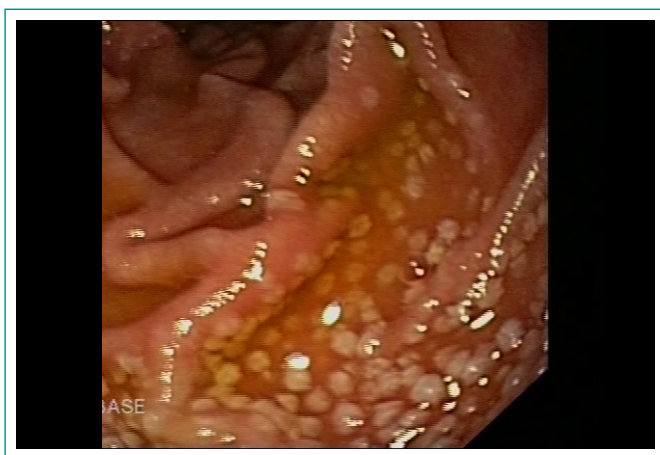
## Pruebas complementarias

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

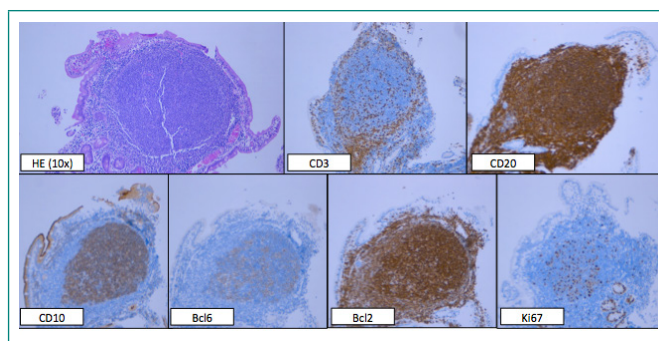
- Analítica. Leucocitos 5,61 10<sup>3</sup>/μl (4.000-11.000), fórmula leucocitaria normal; hemoglobina 14,5 g/dl (13,5-17,5), plaquetas 222 10<sup>3</sup>/μl (150-450).
- Bioquímica. Transaminasas, bilirrubina, iones, creatinina y glucosa normales.
- PCR menor de 3 (0-5). Serología para virus de las hepatitis B y C, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la inmunodeficiencia humana y sífilis negativa.
- β<sub>2</sub>-microglobulina normal. Vitamina B<sub>12</sub>, ácido fólico y perfil férrico normales.
- LDH. Discreto aumento: 237 (135-225).
- Electrocardiograma: 75 latidos por minutos. Sin alteraciones del ritmo.
- Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones.
- PET-TC. Leve incremento del metabolismo en duodeno.
- Biopsia de médula ósea no compatible con infiltración por proceso linfoproliferativo.
- Citometría de flujo (CMF) en médula ósea sin infiltración por linfoma no Hodgkin (LNH) B folicular.
- Gastroscoopia. En segunda porción duodenal se apreciaba área no mayor a 20 cm, que presenta pseudonódulos de aspecto blanquecino sugestivo de linfangiectasia (**Figura 1 y Figura 2**).
- Biopsia duodenal. Linfoma con patrón histológico folicular (**Figura 3**).



**Figura 1.** Lesión mucosa blanquecina inespecífica con un enfoque lateral



**Figura 2.** Lesión mucosa blanquecina inespecífica con un enfoque desde la parte superior



**Figura 3.** Estudio inmunohistoquímico de la lesión en mucosa gástrica

## Evolución

Paciente con diagnóstico de linfoma primario intestinal folicular grado 1 de bajo riesgo. Se decidió empezar el primer ciclo de tratamiento quimioterápico con rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (R-CHOP). Inicialmente bien tolerado, sin embargo, se debió retrasar el segundo ciclo por neutropenia grado III, que requirió tratamiento con estimulante de colonias granulocíticas (G-CSF) durante 4 días, con recuperación de las cifras de neutrófilos.

Tras el segundo ciclo de quimioterapia, la paciente presentó significativa mejoría clínica, con ganancia de peso, desaparición casi completa de la epigastralgia y la astenia. Se continuaron los siguientes 4 ciclos de R-CHOP sin incidencias, excepto vómitos ocasionales que se trataron con antieméticos, obteniendo buena respuesta clínica.

Al terminar el tratamiento quimioterápico, la paciente recibió radioterapia local en duodeno. En la actualidad, la paciente continúa seguimiento en consulta con Hematología, hasta el momento en remisión completa.

## Diagnóstico

Linfoma folicular con afectación duodenal.

## Discusión y conclusiones

La afectación gastrointestinal (GI) secundaria por LNH es relativamente común, un 10% de los pacientes en estadios iniciales y hasta en el 60% de estados avanzados<sup>1</sup>. No obstante, el LNH primario de intestino delgado (ID) es una entidad infrecuente. Aunque en los últimos años su incidencia ha aumentado un 5% por año en países occidentales, sólo llega a un máximo de 1,73 casos/100.000 habitantes en Norteamérica<sup>2</sup>.

Los tumores del ID suponen el 0,6% de todos los tumores malignos y representan sólo el 1-3% de las neoplasias malignas GI<sup>3</sup>. En el momento del diagnóstico nuestra paciente cumplía los criterios de Dawson para poder catalogarla como LNH primario GI<sup>4</sup>. El cuadro clínico es muy inespecífico, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal, presente en el 75% de los casos aproximadamente<sup>5</sup>; aunque también hay otras manifestaciones como pérdida de peso, fiebre, diarrea y, en raras ocasiones, perforación intestinal<sup>6</sup>. En esta paciente el síntoma principal fue la epigastralgia.

Para su diagnóstico son poco rentables las pruebas de imagen (tomografía computarizada, resonancia magnética). La forma más efectiva es la biopsia, por gastroscopia, enteroscopia o, incluso, laparotomía<sup>7</sup>. En este caso se optó por la gastroscopia.

El tipo más frecuente de LNH primario de ID son los linfomas B de grado intermedio alto, y la variante histológica más común el linfoma difuso de célula grande, el 55% de los casos<sup>8</sup>. Sin embargo, nuestra paciente presentó una histología más infrecuente: el patrón folicular. Este tipo de linfoma se clasifica como "linfoma folicular tipo duodenal" dentro de las neoplasias linfoides según la OMS (2016)<sup>9</sup>.

El tratamiento ha de ser específico, según el subtipo histológico y las características del paciente. Puede ser quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, cirugía o una combinación de varias de ellas<sup>7</sup>. El tratamiento seleccionado para nuestra paciente incluyó la administración de inmunoterapia (6 ciclos de R-CHOP) seguida de radioterapia local.

## Bibliografía

---

1. Koch P, del Valle F, Berdel WE, Willich NA, Reers B, Hiddemann W, et al; German Multicenter Study Group. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: I. Anatomic and histologic distribution, clinical features, and survival data of 371 patients registered in the German Multicenter Study GIT NHL 01/92. *J Clin Oncol*. 2001; 19(18): 3861-3873. doi: 10.1200/JCO.2001.19.18.3861.
2. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011; 17(6): 697-707. doi: 10.3748/wjg.v17.i6.697.
3. Sarosiek T, Stelmaszuk M. Nowotwory jelita cienkiego [Small intestine neoplasms]. *Pol Merkur Lekarski*. 2018; 44(260): 45-48.
4. Gill SS, Heuman DM, Mihas AA. Small intestinal neoplasms. *J Clin Gastroenterol*. 2001; 33(4): 267-282. doi: 10.1097/00004836-200110000-00004.
5. Li M, Zhang S, Gu F, Xiao W, Yao J, Chao K, et al. Clinicopathological characteristics and prognostic factors of primary gastrointestinal lymphoma: a 22-year experience from South China. *Int J Clin Exp Pathol*. 2014; 7(5): 2718-2728.
6. Zhuang N, Zhu Q, Li W, Wang M, Yang Q, Liu W, Li J, Yang H, Zhou W. Rare intestinal fistula caused by primary lymphoma of the gastrointestinal tract: two case reports and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(27): e11407. doi: 10.1097/MD.00000000000011407.
7. Lightner AL, Shannon E, Gibbons MM, Russell MM. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma of the small and large intestines: a systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2016; 20(4): 827-839. doi: 10.1007/s11605-015-3052-4.
8. Armitage JO, Gascoyne RD, Lunning MA, Cavalli F. Non-Hodgkin lymphoma. *Lancet*. 2017; 390(10091): 298-310. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32407-2.
9. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*. 2016; 127(20): 2375-2390. doi: 10.1182/blood-2016-01-643569.