



FUCS

Repertorio

de Medicina y Cirugía

Vol. **XX**
(Núm. Supl. X)
N°x . xxx

ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X

PREPRINT

Reporte de caso

Linfomatosis peritoneal secundaria a linfoma B difuso de células grandes con origen en centro germinal

Peritoneal lymphomatosis secondary to diffuse large b-cell lymphoma originating in the germinal center

Santiago Ramírez MD^a
Walter Chaves MD^b
Martha Lilibiana Moreno MD^c
Angela Lucia Marrugo MD^d

^a Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^b Asesor Metodológico, Servicio de Medicina Interna, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^c Hematopatóloga, Servicio de Patología. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^d Patología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la linfomatosis peritoneal (LP) es una entidad clínica inusual que se relaciona con neoplasias hematológicas de alto grado como el linfoma B difuso de células grandes y el de Burkitt. En caso de no realizarse el diagnóstico oportuno la tasa de supervivencia es baja. **Presentación del caso:** mujer de 42 años sin antecedentes conocidos que consultó por un cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, ascitis progresiva y disnea secundaria. Se realizaron estudios de extensión que evidenciaron una masa abdominal y pélvica con extenso compromiso del peritoneo y estructuras adyacentes. Dados los hallazgos se ordenó biopsia de la lesión con estudio inmunohistoquímico que permitió realizar el diagnóstico de linfoma B difuso de célula grande de origen en el centro germinal. Ante el cuadro clínico agravado por ascitis a tensión y dolor abdominal se consideró que cursaba con linfomatosis peritoneal, por lo cual se inició el protocolo R-CHOP de quimioterapia. **Discusión:** la LP es una presentación rara de un linfoma maligno caracterizado por lesiones peritoneales difusas, a menudo acompañadas de ascitis y compromiso mesentérico, asociándose en especial con linfomas de alto grado; se presenta como la manifestación de un linfoma agresivo que progresa y deteriora rápido al paciente; la clínica se caracteriza por distensión y dolor abdominal con o sin ascitis, fiebre, pérdida de peso y diaforesis nocturna. Es característico a nivel imagenológico el engrosamiento parietal difuso del peritoneo y el compromiso de masas peritoneales que por lo general se acompañan de ascitis. El diagnóstico diferencial entre la LP y otras afecciones peritoneales constituye un problema mayor en las técnicas imagenológicas para garantizar la supervivencia de los pacientes. **Conclusiones:** es de gran importancia tener en cuenta entidades como la LP para el diagnóstico de neoplasias intraabdominales en quienes presenten un cuadro clínico

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: mayo 16 de 2025

Fecha aceptado: Noviembre 14 de 2025

Autor para correspondencia:

Dr. Walter Chaves

wgchs1973@gmail.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1581

Citar este artículo así: Ramírez S, Chaves S, Moreno ML, Marrugo AL. Linfomatosis peritoneal secundaria a linfoma B difuso de células grandes con origen en centro germinal. Repert Med Cir. <https://doi.org/10.31260/Repert Med Cir.01217372.1581>

con síntomas constitucionales y manifestaciones abdominales. De este modo, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz mejoran la sobrevida y reducen la mortalidad en pacientes con linfomas de alto grado.

Palabras clave: linfomatosis peritoneal, linfoma B difuso de células grandes, ascitis.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

Introduction: peritoneal lymphomatosis (PL), is an unusual clinical entity associated with high-grade -hematological malignancies such as diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and Burkitt lymphoma. Early detection is critical to improve survival rates. *Case presentation:* A 42-year-old woman with no prior medical history, who consulted for four months of diffuse abdominal pain, progressive ascites, and secondary dyspnea. Extension studies revealed an abdominal and pelvic mass with extensive involvement of the peritoneum and adjacent structures. A biopsy and immunohistochemical study of the lesion led to a diffuse large B-cell lymphoma originating in the germinal center diagnosis. Peritoneal lymphomatosis was considered due to symptoms aggravated by tension ascites and abdominal pain thus the R-CHOP chemotherapy protocol was initiated. *Discussion:* PL is a rare presentation of a malignant lymphoma characterized by diffuse peritoneal lesions, often resulting in ascites encompassing the mesentery, particularly associated with high-grade DLBCL, an aggressive fast-growing lymphoma leading to a rapid decline in the patient's health. Clinical features include abdominal distention and pain with or without ascites, fever, weight loss, and night sweats. Imaging findings typically show peritoneal diffuse parietal thickening and parietal masses, usually accompanied by ascites. Distinguishing PL from other peritoneal conditions on imaging is a major challenge to ensure patient survival. *Conclusions:* it is crucial to consider entities such as PL in patients with intra-abdominal neoplasms and constitutional and abdominal symptoms. Thus, timely diagnosis and effective treatment lead to improving survival and reducing mortality in patients with high-grade lymphomas.

Keywords: peritoneal lymphomatosis, diffuse large B-cell lymphoma, ascites.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La LP es una entidad clínica poco frecuente, que se asocia con neoplasias hematológicas como el linfoma B difuso de células grandes y el de Burkitt, cuando no se realiza el diagnóstico oportuno la tasa de supervivencia es baja.¹ La incidencia de un linfoma extranodal es cerca de 40%, siendo la ubicación más frecuente el tracto gastrointestinal en 5 a 20%.² En los registros imagenológicos suelen apreciarse conglomerados adenopáticos retroperitoneales y mesentéricos bilaterales y masa en el peritoneo. El reporte de la biopsia mediante inmunohistoquímica confirma el diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes con origen en el centro germinal. Estos pacientes son candidatos a la realización del protocolo R-CHOP de quimioterapia para el tratamiento oportuno de su patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 42 años sin antecedentes conocidos que consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por

dolor abdominal difuso e intermitente asociado con ascitis progresiva que condiciona tensión y disnea secundaria. Dada la sintomatología se realizó tomografía axial computarizada simple y contrastada de abdomen en donde se apreció una extensa masa de aspecto neoplásico que medía 22 x 8 x 15 cm con compromiso retroperitoneal y mesentérico, la cual parecía corresponder a un conglomerado ganglionar, englobando estructuras vasculares y generando desplazamiento lateral de asas intestinales con presencia de ascitis. Presentaba ovarios aumentados de tamaño en especial el derecho con una imagen quística central que no descartaba el compromiso secundario, adenomegalias en ángulo cardiofrénico, derrame pleural izquierdo, atelectasias subsegmentarias en las bases pulmonares y dilatación pielocalicial izquierda (**figura 1**).

Las imágenes fueron valoradas por el servicio de medicina interna solicitando resonancia magnética (RMN) abdominal y pélvica. La primera reportó abundante cantidad de líquido ascítico asociado con gran conglomerado adenopático retroperitoneal y mesentérico y masa voluminosa, hallazgo que podría asociarse con enfermedad linfoproliferativa sin descartar lesión metastásica. La RNM pélvica reportó lesiones tumorales ováricas bilaterales con predominio derecho que medía 47 x 39 x 43 mm, sólidas, con signos de carcinomatosis

peritoneal y abundante cantidad de líquido ascítico, las cuales podrían asociarse con los conglomerados adenopáticos bilaterales retroperitoneales visualizados.

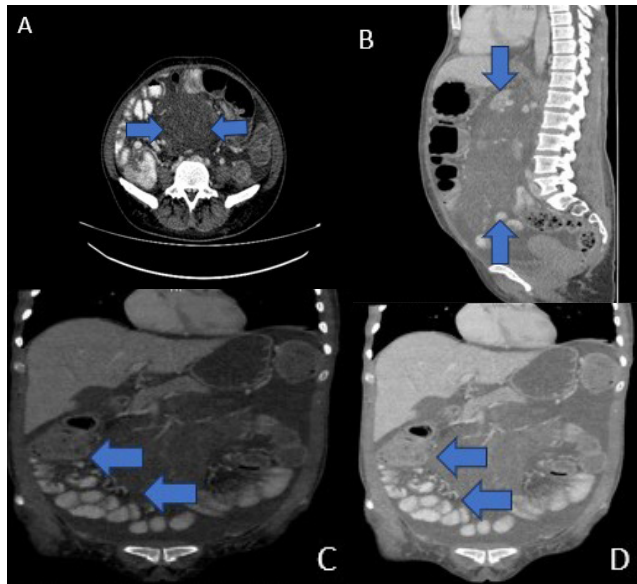


Figura 1. TAC de abdomen contrastado: A) corte transversal, masa hipodensa; mal definida con densidad similar a la del tejido graso (flechas), envolviendo los vasos mesentéricos con abundante líquido libre en abdomen. B) corte sagital con masa que se extiende desde el epigastrio hasta la pelvis (flechas); C y D) cortes coronales, masa con compromiso retroperitoneal y mesentérico, que parece corresponder a un conglomerado ganglionar, englobando estructuras vasculares y generando desplazamiento lateral de asas intestinales (flechas) con presencia de ascitis. Fuente: los autores.

Después de la valoración de las imágenes la paciente fue llevada a biopsia guiada por radiología de la masa intraabdominal. El diagnóstico patológico fue linfoma B difuso de células grandes con origen en el centro germinal según el algoritmo de Hans³ (figura 2). El estudio inmunohistoquímico reveló en las células B neoplásicas positividad para C-MYC en >40%, BCL2 en > 50%, así como los marcadores CD20, CD10 y BCL6h. El CD3 fue positivo en linfocitos T reactivos, el índice de proliferación celular KI67 fue de 80%, y el MUM-1 y la CICLINA D1 fueron negativos (figura 3).

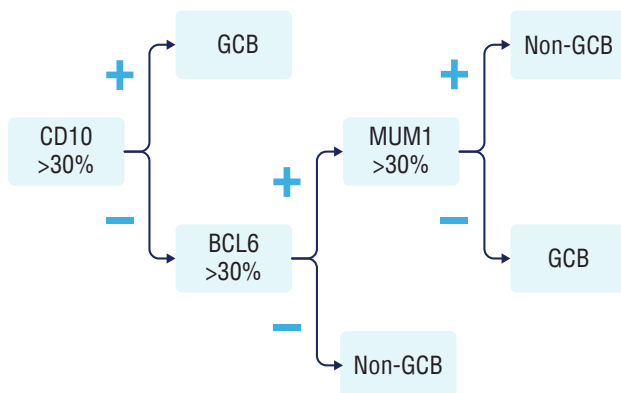


Figura 2. Algoritmo de Hans. Determinación del origen en el centro germinal de un linfoma de células B. Fuente: los autores.

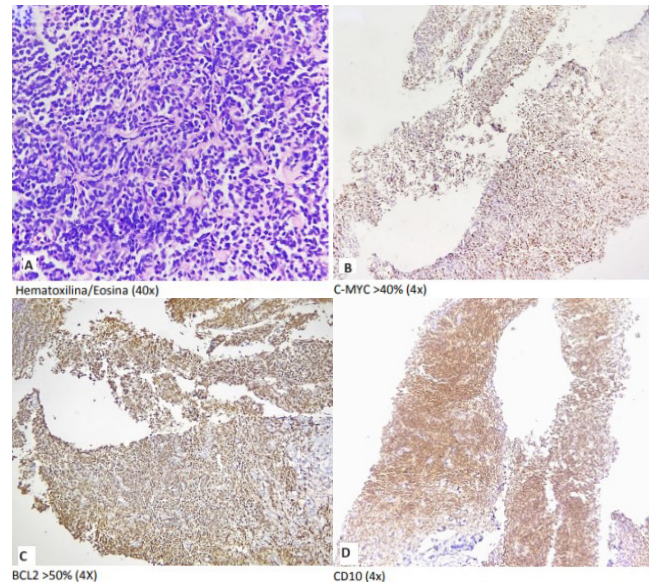


Figura 1. El estudio histopatológico con coloración de hematoxilina/eosina muestra pequeños fragmentos filiformes de tejidos blandos, fibrocolágeno con artificios por aplastamiento, infiltrados por células neoplásicas de tamaño mediano y grande, con núcleos ligeramente irregulares, cromatina madura y escaso citoplasma, los cuales se encuentran dispuestos en un patrón difuso, acompañado de cuerpos apoptóticos (figura A). Se realizó estudio complementario de inmunohistoquímica mostrando positividad en las células neoplásicas para CD20, CD10, BCL6, C-MYC > 40% (figura B), BCL2 > 50% (figura C) y CD10 (figura D), con negatividad para MUM-1 y ciclina D4, con un índice de proliferación celular Ki-67 de 80%. Fuente: los autores.

Según los hallazgos morfológicos y la inmunohistoquímica se diagnosticó linfoma B difuso de célula grande con origen en el centro germinal. Como estudio de extensión se realizó endoscopia de vías digestivas altas con resultado dentro de la normalidad. Durante la hospitalización se indicó una paracentesis evacuadora para resolución de la ascitis, fue valorada por hematología quien programó seguimiento y manejo ambulatorio. La paciente reingresó a los 15 días con ascitis, dolor abdominal, edema progresivo en miembros inferiores, disminución de la clase funcional, disnea y múltiples episodios eméticos. Los paraclínicos reportaron trombocitosis e hipoalbuminemia; la ecografía reveló ascitis y conglomerado ganglionar. Se inició el protocolo R-CHOP de quimioterapia y se practicaron estudios adicionales de extensión (tabla 1). Por presentar hiperuricemia, parcial de orina con cristales de urato +++ e hipercalcemia se inició terapia farmacológica con alopurinol y furosemida.

Luego de completar la lista de chequeo se inició el protocolo R-CHOP modificado, teniendo en cuenta el alto riesgo de lisis tumoral dado por hiperuricemia e hipercalcemia, por lo tanto, se administró en primera instancia el corticoide prednisona 100 mg vía oral día por 5 días y se continuó con rituximab 600 mg, ciclofosfamida 1207 mg, vincristina 2 mg, doxorubicina 80. 5 mg y pegfilgrastim 6 mg.

Tabla 1. Estudios de extensión

Estudios de extensión	Resultado
Biopsia de médula ósea	Mielograma: celularidad: normal a aumentada, serie plaquetaria: normal, serie eritrocitaria: normal, serie mielóide: aumentada con maduración normal. Impresión diagnóstica: médula ósea hiper celular y plasmocitosis madura. Ausencia de población linfóide B madura tumoral.
Tac de cuello contrastado	Ganglios topográficamente inespecíficos menores de 5 mm en estación IIB.
Ecografía de tórax	Líquido libre en base pulmonar izquierda asociado con atelectasia basal.
Ecocardiograma transtorácico	Ventrículo izquierdo con remodelación concéntrica de sus paredes, función sistólica conservada (fracción de eyección: 58%), derrame pericárdico mínimo y líquido libre en cavidad abdominal.
Serologías infecciosas	RPR, VIH, Ac hepatitis C, Ac superficie hepatitis B negativos y positivo para anticuerpos anti core de hepatitis B, sin embargo carga viral negativa.
Función renal	Depuración de creatinina 52. 11 mL/min, volumen urinario: 900 cc en 24 h.

DISCUSIÓN

La LP es una manifestación rara de un linfoma maligno caracterizada por lesiones peritoneales difusas a menudo acompañadas con ascitis y lesiones mesentéricas. Los linfomas de alto grado asociados con esta entidad son el B difuso de células grandes y el de Burkitt.^{1,4,5} Se presenta como un linfoma agresivo que progresa y deteriora rápido al paciente, la clínica característica se basa en distensión y dolor abdominal con o sin ascitis, fiebre, pérdida de peso y diaforesis nocturna. La incidencia de un linfoma extranodal es alrededor de 40%, siendo la ubicación más frecuente el tracto gastrointestinal en 5-20%, sin embargo, el compromiso del peritoneo ocurre de forma esporádica.⁶ Los linfomas pueden diseminarse en todo el organismo, pero rara vez lo hacen al peritoneo.^{1-3,6}

Es característico a nivel imagenológico el engrosamiento parietal difuso del peritoneo y el compromiso de masas peritoneales que por lo regular se acompañan de ascitis. El engrosamiento de la pared intestinal, las linfadenopatías retroperitoneales y la hepatoesplenomegalia también se observan con frecuencia.^{4,5,7}

El diagnóstico diferencial entre la LP y otras enfermedades peritoneales constituye un problema mayor en las técnicas imagenológicas, la LP muestra engrosamiento nodular difuso del peritoneo y masas mesentéricas con o sin ascitis, hallazgos que comparte con la carcinomatosis peritoneal (CP) y los tumores primarios del peritoneo como los mesoteliomas. Existen ciertos signos radiológicos que apoyan el diagnóstico de LP como la invasión del omento mayor, la nodularidad profusa, la densidad homogénea del peritoneo y el compromiso de los nódulos linfáticos, además de la presencia de masa voluminosa o adenopatías confluentes.^{8,9}

La LP es un reto diagnóstico, requiere un hallazgo precoz para garantizar la supervivencia de los pacientes. Contrario a la carcinomatosis peritoneal, el tratamiento de la LP se basa en la administración de quimioterapia sistémica con una buena respuesta y disminución del tamaño de las

neoplasias.^{10,11} Se debe tener en cuenta una vez iniciado el tratamiento, el riesgo de desarrollar un síndrome de lisis tumoral que se asocia con incremento de la mortalidad.¹²⁻¹⁴

Referente al caso expuesto, podemos apreciar cómo la paciente presentó un cuadro clínico característico de dolor y distensión abdominal, ascitis y síntomas constitucionales muy sugestivos de patología neoplásica. Esta fue corroborada por los hallazgos imagenológicos de conglomerados adenopáticos bilaterales retroperitoneales y mesentéricos, masa voluminosa y lesiones tumorales ováricas. Teniendo en cuenta lo anterior y con resultado de la biopsia con diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes, linfoma de alto grado, se consideró que la paciente cursaba con una LP. Una vez establecido el diagnóstico, se inició el protocolo R-CHOP¹⁵ modificado de quimioterapia, debido al alto riesgo de desarrollo de un síndrome de lisis tumoral, dado que se encontró hiperuricemia e hipercalcemia en paraclínicos de control.

CONCLUSIONES

Es de gran importancia tener en cuenta entidades como la LP para el diagnóstico diferencial de neoplasias intraabdominales en pacientes que presenten un cuadro clínico de síntomas constitucionales y manifestaciones abdominales. De este modo, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz mejoran la supervivencia y la reducción de la mortalidad. Las diferencias entre la CP y la LP son clínicas e imagenológicas, sin embargo, se debe tener una gran certeza diagnóstica, ya que sus tratamientos divergen entre un objetivo quirúrgico en el caso de la CP y uno médico en la LP. Por último, la LP responde en forma rápida y eficaz a la quimioterapia, por lo cual es de vital importancia la precisión y el enfoque que el médico tratante le dirija a esta entidad patológica. A pesar de su baja incidencia y prevalencia, es fundamental el desarrollo de nuevas investigaciones dirigidas al diagnóstico y el manejo de la LP, ya que la evidencia que existe en la actualidad se ve reducida a documentos de investigación primaria como los reportes de caso, lo que dificulta el establecimiento de conductas médicas adheridas a una guía de manejo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Ichikawa S, Fukuhara N, Saito K, Onodera K, Onishi Y, Yokoyama H, Ichinohasama R, Harigae H. Diffuse Large B-cell Lymphoma Presenting as Peritoneal Lymphomatosis: A Case Report and Literature Review. *Intern Med.* 2022;61(13):2057-2060. <http://dx.doi.org/10.2169/internalmedicine.8793-21>
2. Kareff S, Yin C, Feigert J. High-grade B-cell lymphoma masquerading as peritoneal lymphomatosis. *BMJ Case Rep.* 2019;13(8):e231238. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2019-231238>
3. Harrington F, Greenslade M, Talaulikar D, Corboy G. Genomic characterisation of diffuse large B-cell lymphoma. *Pathology.* 2021;53(3):367-376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pathol.2020.12.003>
4. Mito M, Fukunari H, Watanabe A, Hayashi T. [A Case of Peritoneal Lymphomatosis Diagnosed by Laparoscopic Biopsy]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2020;47(13):1792-1794.
5. Fujioka M, Yabunaka K, Shirai Y, Noguchi K, Inoue M. A Case of Peritoneal Lymphomatosis Diagnosed with Ultrasound Imaging. *J Med Ultrasound.* 2022;30(4):306-307. http://dx.doi.org/10.4103/jmu.jmu_46_22
6. Puranik AD, Purandare NC, Agrawal A, Shah S, Rangarajan V. Imaging spectrum of peritoneal carcinomatosis on FDG PET/CT. *Jpn J Radiol.* 2014;32(10):571-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s11604-014-0346-5>
7. Weng SC, Wu CY. Lymphoma presenting as peritoneal lymphomatosis with ascites. *J Chin Med Assoc.* 2008;71(12):646-50. [http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901\(09\)70009-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(09)70009-7)
8. Zhu M, Wu Z, Yang Z, Ning B, Yu S, Gu X, Yu H. Non-Hodgkin's Lymphoma Presenting as Isolated Peritoneal Lymphomatosis: A Case Report and Literature Review. *Front Oncol.* 2021;11:719554. <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2021.719554>
9. Campos NMF, Almeida V, Curvo Smedo L. Peritoneal disease: key imaging findings that help in the differential diagnosis. *Br J Radiol.* 2022;95(1130):20210346. <http://dx.doi.org/10.1259/bjr.20210346>
10. Chic Acevedo C, Ruiz Molina I, Contreras De Miguel E, Solís García E. Peritoneal lymphomatosis. A case report. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2022;44(3):433-436. <http://dx.doi.org/10.1016/j.htct.2020.12.003>
11. Miyazaki Y, Tokuyama S, Fukuda Y, Michiura T, Hayashi N, Morimoto M, Yokoya Y, Yamabe K. [A Case of Peritoneal Lymphomatosis Diagnosed by Single-Port Laparoscopic Biopsy]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2022;49(13):1950-1952.
12. Shaikh DH, Gongati S, Salman SH, Reyes OA, Chilimuri S. Peritoneal Lymphomatosis: The Great Mimicker. *Cureus.* 2021;13(4):e14508. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.14508>
13. Yilmaz F, Önnner H. A rare involvement of diffuse large B-cell lymphoma: Peritoneal lymphomatosis with a peritoneal super-scan appearance on 18F-FDG PET/CT. *Hell J Nucl Med.* 2022;25(1):103-105. <http://dx.doi.org/10.1967/s002449912439>
14. Bartlett NL, Wilson WH, Jung SH, Hsi ED, Maurer MJ, Pederson LD, Polley MC, Pitcher BN, et al. Dose-Adjusted EPOCH-R Compared With R-CHOP as Frontline Therapy for Diffuse Large B-Cell Lymphoma: Clinical Outcomes of the Phase III Intergroup Trial Alliance/CALGB 50303. *J Clin Oncol.* 2019;37(21):1790-1799. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.18.01994>
15. Fujimi A, Nagamachi Y, Yamauchi N, Onoyama N, Hayasaka N, Matsuno T, Koike K, et al. High-grade B-cell lymphoma, not otherwise specified, presenting as primary peritoneal lymphomatosis and successfully treated with dose-adjusted EPOCH-R. *J Clin Exp Hematop.* 2024;64(1):37-44. <http://dx.doi.org/10.3960/jslr.23044>