

# Linfomatosis peritoneal. Un reto clínico, radiológico y anatomopatológico.

## Peritoneal lymphomatosis. A clinical, radiological and histopathological challenge.

### Autores:

Pico Mildred<sup>1</sup>, Macías Neiro<sup>2</sup>, Ponce Eduardo<sup>3</sup>, Ponce Daniel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Diagnóstico e Investigación Clínica. Radiology&Imaging, Portoviejo, Ecuador.

<sup>2</sup> Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.

<sup>3</sup> Hospital Verdi Cevallos Balda. Portoviejo, Ecuador.

**Palabras clave:** Linfomatosis peritoneal, linfoma extraganglionar, carcinomatosis peritoneal.

**Key words:** Peritoneal lymphomatosis, extranodal lymphoma, peritoneal carcinomatosis.

**Comité de ética:** Para este estudio por ser un Reporte de caso se solicitó el Consentimiento informado del paciente y de la Institución.

**Correo para correspondencia del autor principal:**  
k.a.rusav@hotmail.com

**Fecha de recepción:**  
Abril de 2025

**Fecha de aceptación:**  
Noviembre de 2025

**Resumen:** La Linfomatosis peritoneal es una afección muy poco común que se define como la diseminación extraganglionar de un linfoma dentro de la cavidad peritoneal. Radiológicamente es difícil de distinguir de la carcinomatosis peritoneal puesto que comparten características similares. Clínicamente puede confundirse con otras afecciones abdominales, lo cual hace que su diagnóstico se torne como todo un reto para el personal médico. El interés en familiarizarse con esta patología radica en su pronóstico y tratamiento.

Presentamos el caso de una mujer de 61 años con dolor leve en hipocondrio derecho, tras una serie de pruebas, incluyendo tomografías computarizadas y biopsias, se confirmó la presencia de Linfomatosis peritoneal, el diagnóstico fue un desafío debido a la rareza de la enfermedad y a la similitud de los síntomas con otras afecciones más comunes.

**Abstract:** Peritoneal lymphomatosis is a rare manifestation of extranodal lymphoma characterized by diffuse involvement of the peritoneal cavity. Radiologically, it closely mimics peritoneal carcinomatosis due to similar imaging findings, which makes accurate diagnosis challenging. Clinical presentation is often nonspecific and may resemble other abdominal conditions, delaying appropriate management.

We report the case of a 61-year-old woman who presented with mild right upper quadrant abdominal pain. Imaging studies, including contrast-enhanced computed tomography, demonstrated diffuse nodular peritoneal thickening and omental involvement associated with ascites, initially suggestive of peritoneal carcinomatosis. Histopathological examination and immunohistochemical analysis of peritoneal and omental biopsies confirmed the diagnosis of follicular lymphoma presenting as peritoneal lymphomatosis.

This case highlights the importance of considering lymphoma in the differential diagnosis of diffuse peritoneal disease, as early recognition significantly impacts therapeutic approach and prognosis.

## Introducción

La linfomatosis peritoneal se define como la propagación del linfoma al peritoneo, este tipo de afección puede presentarse en un 40 % de los casos extraganglionares, generalmente asociado a neoplasias de alto grado, como el linfoma difuso de células B grandes y menos frecuente al linfoma folicular<sup>1</sup>.

El linfoma folicular es el segundo tipo de linfoma no Hodgkin (LNH) a nivel mundial, representando el 35% de todos los casos y el 70% de los LNH de bajo grado, afecta principalmente a adultos con una edad media de 65 años al momento del diagnóstico<sup>2</sup>.

Clínicamente, el linfoma folicular se caracteriza por linfadenopatía difusa, afectación de la médula ósea y esplenomegalia. El compromiso extraganglionar es menos frecuente y puede causar una variedad de síntomas según su ubicación.

Los síntomas constitucionales como fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso son poco comunes; en la mayoría de los casos, los pacientes se presentan principalmente asintomáticos<sup>3</sup>.

Debido a su baja frecuencia y a la baja especificidad de sus síntomas, la linfomatosis peritoneal puede ser difícil de diagnosticar, a menudo se descubre durante la exploración quirúrgica, laparoscópica o a través de pruebas de imagen como la tomografía computarizada (TC).

Radiológicamente la linfomatosis peritoneal puede confundirse fácilmente con carcinomatosis peritoneal, una afección comúnmente asociada a neoplasias malignas gastrointestinales y ginecológicas, así como con una amplia gama de entidades inflamatorias benignas y no neoplásicas, que incluyen procesos sistémicos, infecciones atípicas, y afecciones de base grasa que pueden afectar el peritoneo e imitar de cerca esta condición.

Para muchas de estas entidades existen datos clínicos sugerentes o específicos que pueden ayudar al radiólogo a reducir el diagnóstico diferencial.

Sin embargo, debido a la limitada precisión de los síntomas del linfoma folicular frecuentemente no se disponen de pistas adicionales en la historia clínica del paciente que permitan sospechar el diagnóstico correcto<sup>4</sup>.

El diagnóstico del linfoma folicular se establece mediante la identificación de una proliferación de células B de patrón nodular en la biopsia de ganglio linfático u otro tejido afectado, la tinción inmunohistoquímica es positiva para CD19, CD20, CD10, y expresión de la proteína Bcl-2<sup>5</sup>.

Presentamos nuestra experiencia con una paciente que acudió a nuestra institución con dolor agudo en hipocondrio derecho, sin síntomas constitucionales, inicialmente se consideró la posibilidad de una patología ulcerosa o incluso neoplásica duodenal.

Es crucial poder describir y diferenciar los hallazgos por tomografía computarizada de esta entidad, ya que tanto clínica como radiológicamente puede imitar otras afecciones, cuyos tratamientos y pronósticos son distintos.

Además, es importante estar familiarizados con los predictores de supervivencia del linfoma folicular para una adecuada descripción en los informes tomográficos.

## Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 61 años que acudió a emergencia por dolor abdominal leve localizado en hipocondrio derecho, sin sintomatología gastrointestinal asociada (niega náuseas, vómitos, diarrea o pérdida de peso). Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, afebril (36.4 °C), con presión arterial de 110/82 mmHg, frecuencia cardíaca de 102 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 98 % al aire ambiente.

A la palpación abdominal, en el hipocondrio derecho se identificó una tumoración mal definida y dolorosa, con signo de Murphy positivo (++) . En los exámenes complementarios se evidenció leucopenia leve ( $3.87 \times 10^3/\mu\text{L}$ ), hemoglobina de 12.7 g/dL y hematocrito de 39.6%. La urea fue de 34 mg/dL y la creatinina de 1 mg/dL. Las transaminasas se encontraron dentro de rangos normales (AST 14 U/L, ALT 17 U/L), así como la amilasa (62 U/L) y la lipasa (33 U/L).

## Hallazgos por modalidades diagnósticas.

### *Ecografía abdominal, ver Figura 1.*

Se realizó ecografía abdominal la cual reveló dilatación duodenal con engrosamiento de la submucosa, así como un marcado engrosamiento y aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica, especialmente

en las regiones duodenal y peripaneática, con apariencia de pseudomasa a nivel de mesogastrio. También se identificó líquido libre perihepático y en el fondo de saco de Douglas.

### *Tomografía computarizada de abdomen y pelvis, ver Figuras 2 y 3.*

Posteriormente, se realizó una tomografía computarizada de abdomen y pelvis sin y con medio de contraste intravenoso en adquisición multifásica (fase simple, arterial y venosa). Se evidenció engrosamiento parietal de la región antral gástrica, dilatación del bulbo duodenal y engrosamiento peritoneal nodular difuso, con compromiso del epiplón menor y mayor.

Asimismo, se identificó líquido libre en el fondo de saco de Douglas y múltiples calcificaciones nodulares peritoneales. No se identificaron adenopatías de tamaño significativo ni esplenomegalia.

### *Endoscopia digestiva alta y colonoscopia.*

Como parte del abordaje diagnóstico por los hallazgos tomográficos, se realizó endoscopia digestiva alta, que informó gastropatía erosiva; la biopsia de la región antral reveló gastritis crónica leve con focos de actividad neutrofílica. La colonoscopia fue normal.

### *Ecografía transvaginal, ver Figura 4.*

En la ecografía transvaginal, se observó el ovario izquierdo rodeado por tejido hipoeoico, con marcada vascularización mediante Doppler color. Además, se identificaron calcificaciones redondas y gruesas, y el ovario izquierdo se encontraba adherido al ovario contralateral, con configuración de puente. No se identificó el útero, en relación antecedente quirúrgico de histerectomía.

### *Laparoscopia diagnóstica, ver Figura 5.*

Mediante laparoscopia se evidenció rigidez del epiplón mayor con apariencia de masa entre el estómago y colon transversal, así como endurecimiento de la pared gástrica a nivel antropilórica acompañado de abundante líquido ascítico, el ovario izquierdo se encontraba envuelto en peritoneo, adherido al ovario derecho, el cual se encontraba desprovisto de dicha capa peritoneal.

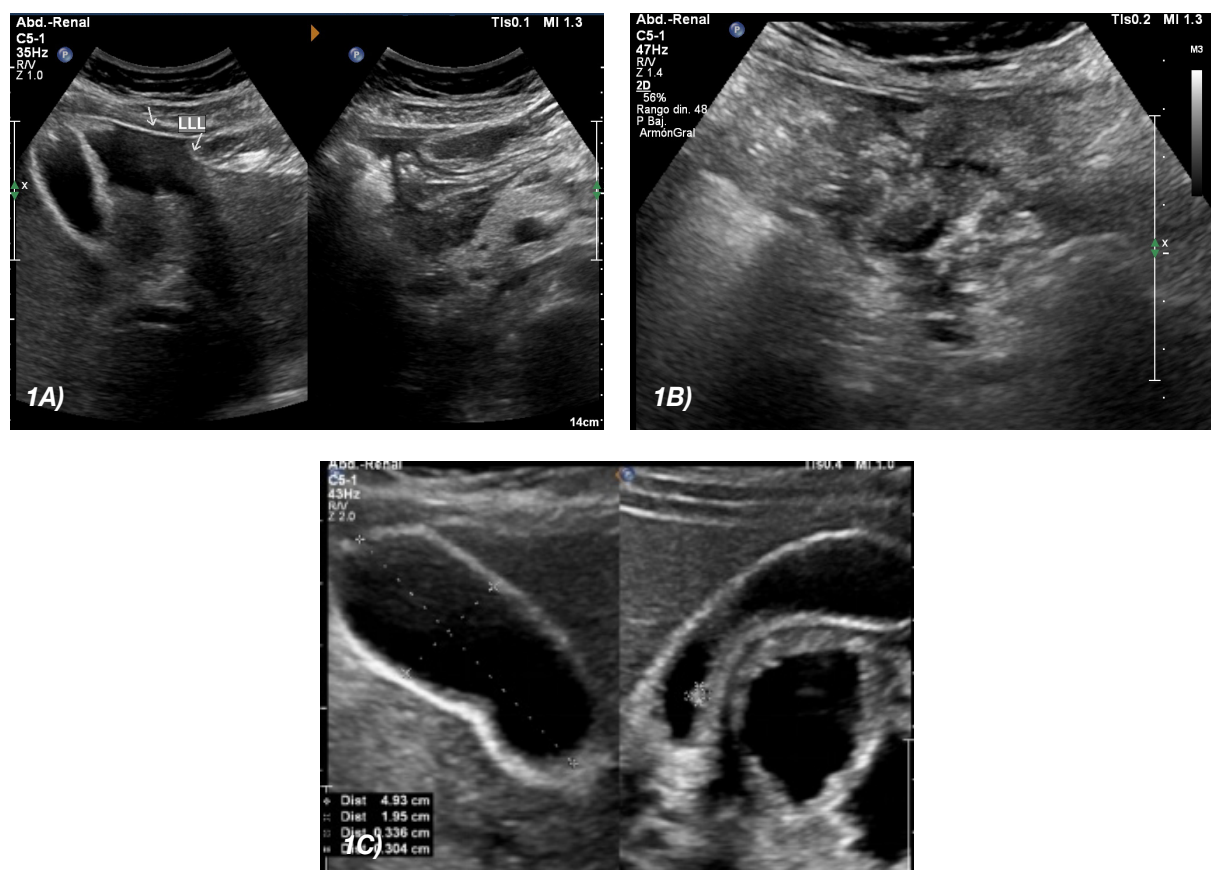
### *Estudio anatomopatológico e inmunohistoquímica, ver Figura 6.*

Finalmente, tras múltiples revisiones diagnósticas da-

do que los hallazgos en la anatomía patológica de peritoneo y epiplón mostraron una presentación atípica, el estudio de inmunohistoquímica demostró un inmunofenotipo B (CD20 POSITIVO, CD79A POSITIVO, CD19 POSITIVO, CD10 POSITIVO, BCL2 POSITIVO), confirmando el diagnóstico de linfoma con patrón folicular.

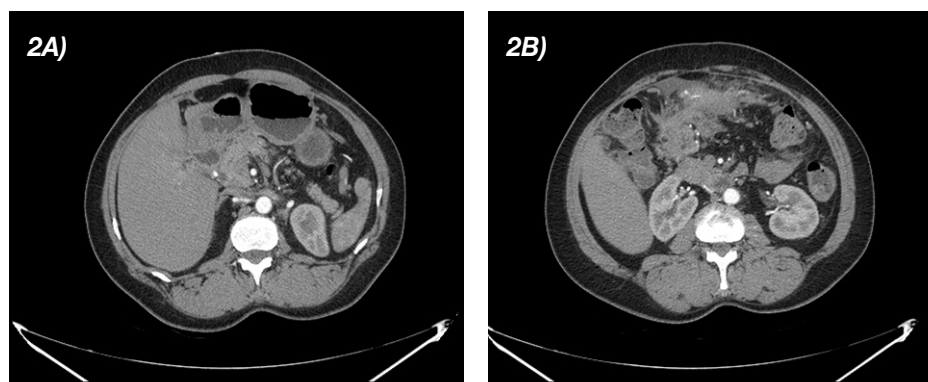
## Tratamiento y evolución

El tratamiento instaurado consistió en 6 ciclos de quimioinmunoterapia con esquema R-CHOP (régimen de quimioinmunoterapia estándar utilizado principalmente para tratar el linfoma no Hodgkin). Tras la finalización, la respuesta fue evaluada mediante PET-CT que mostró una remisión completa de la enfermedad.



**Figura 1.** En la imagen A se observa líquido libre perihepático y engrosamiento de la grasa a nivel periduodenal y peripancreática. En la imagen B se observa engrosamiento peritoneal con apariencia de masa a nivel de mesogastrio. En la imagen C se observa el bulbo duodenal distendido.

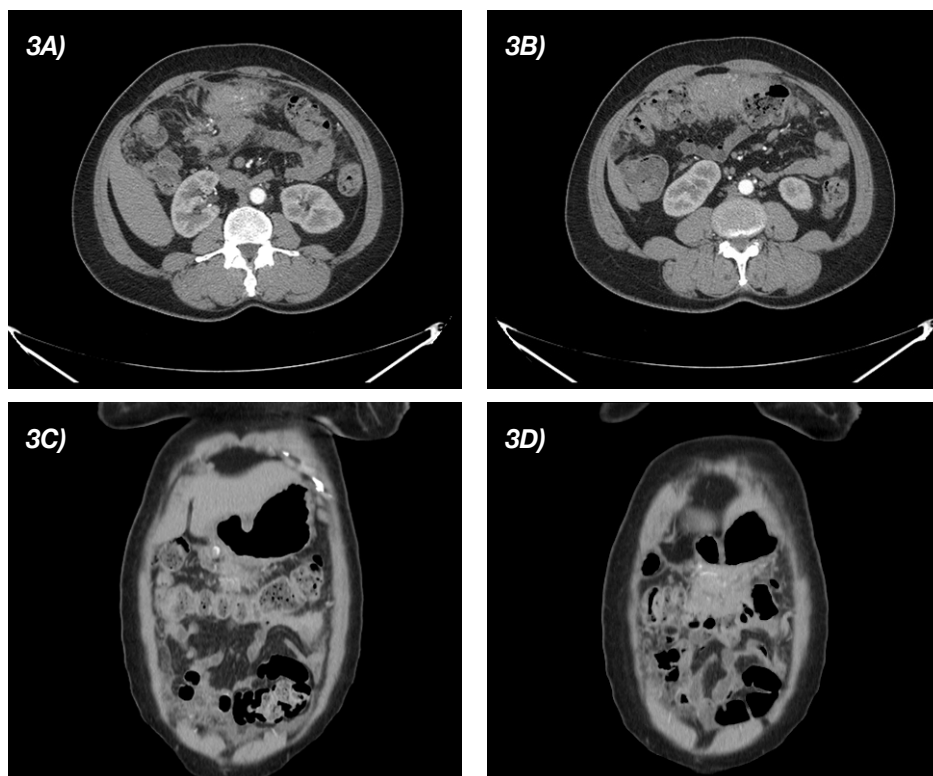
**Fuente:** Centro de Diagnóstico e Investigación Clínica. Radiology&Imaging, Portoviejo, Ecuador.



**Figura 2.** Estudio tomográfico con contraste. En la imagen A se observa dilatación del bulbo duodenal y engrosamiento de la pared de la primera porción del duodeno. No se observaron adenopatías. Bazo de tamaño normal. En la imagen B se observa incremento de la densidad de la grasa peritoneal y engrosamiento nodular difuso que afecta el epiplón menor y mayor.

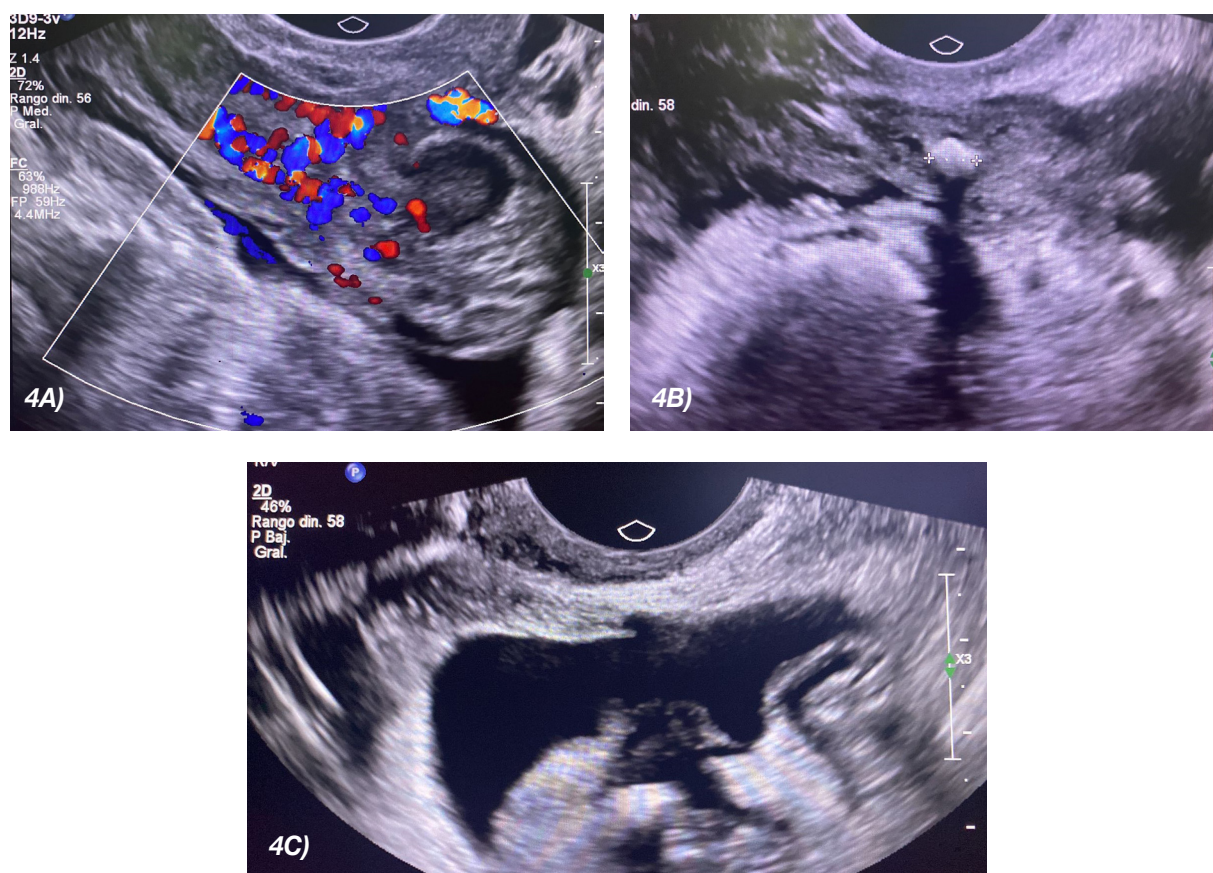
**Fuente:** Centro de Estudios Radiológicos CERID. Portoviejo, Ecuador.





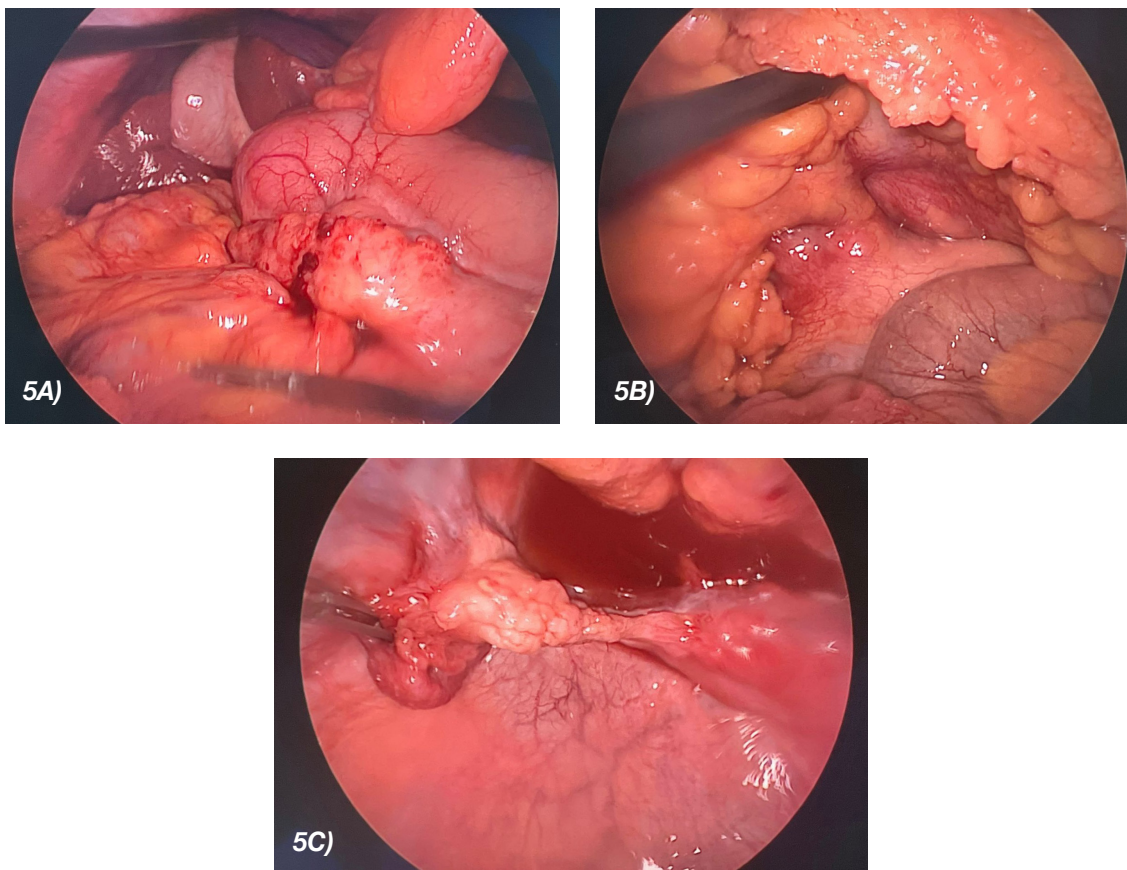
**Figura 3.** Tomografía con contraste cortes axiales (imagen A y B) y cortes coronales (imagen C y D), se observa engrosamiento peritoneal nodular difuso que afecta el epiplón menor y mayor.

**Fuente:** Centro de Estudios Radiológicos CERID. Portoviejo, Ecuador.



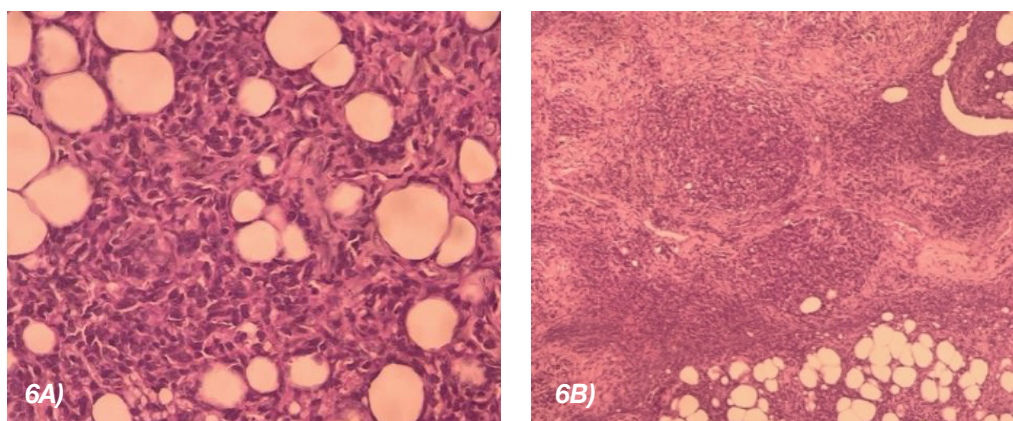
**Figura 4.** Ecografía transvaginal, en la imagen A se observa el ovario izquierdo rodeado por tejido hipoeicoico, con marcada vascularización detectable mediante Doppler. En la imagen B se observa calcificación redonda y gruesa con sombra acústica posterior, y el ovario izquierdo adherido en forma de puente al ovario contralateral. La imagen C muestra líquido ascítico.

**Fuente:** Centro de Diagnóstico e Investigación Clínica. Radiology&Imaging, Portoviejo, Ecuador.



**Figura 5.** Imagen Laparoscópica. En la imagen A y B se observa el epiplón mayor con apariencia de masa entre el estómago y colon transverso. En la imagen C se observa ovario izquierdo envuelto por peritoneo, adherido al ovario derecho acompañado de líquido ascítico.

**Fuente:** Hospital Verdi Cevallos Balda. Portoviejo, Ecuador.



**Figura 6.** Biopsia incisional de lesión localizada en epiplón mayor. Los cortes histológicos muestran tejido adiposo infiltrado por una neoplasia, constituida por células atípicas de morfología fusiforme y polygonal, dispuestas en un estroma fibroso. En algunos sectores, las células adoptan un patrón en láminas, mientras que, en otra, arquitectura de tipo folicular. Las células neoplásicas presentan un citoplasma escaso con núcleos hiper cromáticos y pleomórficos; se identifican figuras mitóticas ocasionales, se acompañan de infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocítico. (Las imágenes correspondientes al estudio inmunohistoquímico no se encuentran disponibles para su documentación iconográfica).

**Fuente:** Propia de los autores. Servicio de patología privado.



## Discusión

De acuerdo con lo estudiado, el linfoma folicular es considerado un gran imitador tanto a nivel clínico como radiológico. La afectación del peritoneo es una manifestación rara y excepcional de los linfomas en su presentación extranodal, la vía de diseminación no está clara, ya que el epiplón; es un tejido fibroadiposo desprovisto de tejido linfoides<sup>6</sup>.

El caso que presentamos es ilustrativo de las dificultades que implica el diagnóstico por imagen de esta patología, nuestro objetivo fue hacer una revisión sobre los hallazgos tomográficos que pueden orientar a la sospecha diagnóstica de esta condición.

El diagnóstico diferencial entre una linfomatosis y otras enfermedades del peritoneo constituye un problema importante en las técnicas de imagen e incluye patologías neoplásicas y no neoplásicas entre las que destacan carcinomatosis peritoneal, linfomatosis, mesotelioma, sarcoma mesentérico, tumores desmoides, pseudomixoma peritoneal, tuberculosis e incluso endometriosis<sup>4,7</sup>.

En la tomografía computarizada el linfoma peritoneal presenta un patrón de engrosamiento nodular difuso con masas mesentéricas que puede o no acompañarse de ascitis. También se observa con frecuencia engrosamiento de la pared intestinal, linfadenopatía retroperitoneal y hepatoesplenomegalia<sup>8</sup>.

Cabral et al; en un trabajo publicado en el 2013 describen características radiológicas diferenciales que apoyan al diagnóstico de linfomatosis peritoneal frente a carcinomatosis y sarcomatosis, ver Tabla 1.

Debido a su naturaleza poco común, la linfomatosis peritoneal destaca por la afectación del epiplón con masas voluminosas homogéneas, mientras que la carcinomatosis muestra múltiples nódulos pequeños y la sarcomatosis masas voluminosas heterogéneas, así mismo la linfomatosis se asocia con mayor frecuencia a adenopatías generalizadas y ascitis leve, mientras que la carcinomatosis muestra adenopatías alrededor de la lesión y ascitis severa. La sarcomatosis no presenta adenopatías y es poco frecuente encontrar ascitis<sup>6</sup>.

En nuestra paciente la afectación extensa de peritoneo y epiplón acompañado de ascitis moderada nos llevó a considerar inicialmente una carcinomatosis de probable origen gástrico, sin embargo, la endoscopia normal, junto con la ausencia de adenopatías y esplenomegalia, así como la falta de síntomas constitucionales, nos alejaban del diagnóstico de malignidad, inclinándonos hacia el diagnóstico de patologías inflamatorias benignas.

El diagnóstico final se estableció tras múltiples revisiones anatomopatológicas e inmunohistoquímicas de las muestras de epiplón, las cuales confirmaron la presencia de un linfoma de patrón folicular.

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial según características radiológicas.**

| Patología peritoneal | Afectación del epiplón         | Adenopatías            | Ascitis         | Esplenomegalia |
|----------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------|----------------|
| Linfomatosis         | Masas voluminosas homogéneas   | Generalizadas          | Leve o Moderada | SI             |
| Carcinomatosis       | Múltiples nódulos pequeños     | Alrededor de la lesión | Severa          | NO             |
| Sarcomatosis         | Masas voluminosas heterogéneas | No                     | Normal o leve   | NO             |

**Fuente:** Fuente: Adaptado de Cabral et al., 2013.

El linfoma folicular es un linfoma indolente, cuya etiología en la mayoría de los casos sigue siendo poco conocida. Sin embargo, diversos factores de riesgo como la inmunosupresión, enfermedades autoinmunes, exposición a pesticidas y herbicidas, tabaquismo, algunos virus y el uso de laca para el cabello se han asociado con incremento en el riesgo de padecerlo<sup>2</sup>.

Los pacientes con linfoma folicular tienen una supervivencia general media mayor a 15 años.

En las últimas dos décadas se ha logrado un notable progreso en la optimización de su tratamiento, y se ha demostrado que hasta el 40 % de los pacientes experimentan remisiones duraderas de 10 años.

Además, el riesgo de muerte por linfoma folicular continúa disminuyendo. El enfoque inicial del tratamiento sigue siendo principalmente clínico, los pacientes en etapas tempranas se tratan con radioterapia, aquellos con baja carga tumoral son observados y los pacientes con alta carga tumoral reciben quimioinmunoterapia<sup>9</sup>.

El modelo de pronóstico usado más común es el FLIPI (índice pronóstico internacional del linfoma folicular) que emplea cinco predictores de supervivencia: edad menor a 60 años, hemoglobina menor a 12g/dl, LDH sérica normal o elevada, estadio III/IV de Ann Arbor, y más de 4 áreas ganglionares afectadas.

La presencia de 0-1, 2 y mayor a 3 factores adversos definen la enfermedad de riesgo bajo, intermedio y alto respectivamente<sup>3</sup>. Además, el sistema FLIPI 2 (utilizado en pacientes tratados con rituximab) incluye la medición del ganglio linfático afectado mayor a 6 cm<sup>10</sup>.

**Declaración de Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

**Fuente de financiamiento:** Recursos propios.

**Grado de contribución de los autores:** PM: Contenido metodológico. MN: Recopilación bibliográfica. PG: Evaluación clínica y conclusión.

## Bibliografía

1. Shaikh DH, Gongati S, Salman SH, Reyes OA, Chilimuri S. Peritoneal Lymphomatosis: The Great Mimicker. *Cureus*. 13(4):e14508.
2. Dada R. Diagnosis and management of follicular lymphoma: A comprehensive review. *European Journal of Haematology*. 2019;103(3):152-63.
3. Freedman A, Jacobsen E. Follicular lymphoma: 2020 update on diagnosis and management. *American Journal of Hematology*. 2020;95(3):316-27.
4. Elmohr MM, Elsayes KM, Pickhardt PJ. Non-neoplastic conditions mimicking peritoneal carcinomatosis at CT imaging. *Br J Radiol*. 1 de septiembre de 2020;93(1113):20200401.
5. Mozas P, Sorigué M, López-Guillermo A. Follicular lymphoma: an update on diagnosis, prognosis, and management. *Med Clin (Barc)*. 12 de noviembre de 2021;157(9):440-8.
6. Cabral FC, Krajewski KM, Kim KW, Ramaiya NH, Jagannathan JP. Peritoneal lymphomatosis: CT and PET/CT findings and how to differentiate between carcinomatosis and sarcomatosis. *Cancer Imaging*. 15 de abril de 2013;13(2):162-70.
7. 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):433-6.
8. Ichikawa S, Fukuhara N, Saito K, Onodera K, Onishi Y, Yokoyama H, et al. Diffuse Large B-cell Lymphoma Presenting as Peritoneal Lymphomatosis: A Case Report and Literature Review. *Intern Med*. 1 de julio de 2022;61(13):2057-60.
9. Friedberg JW. Update on Follicular Lymphoma. *Hematol Oncol*. junio de 2023;41(Suppl 1):43-7.
10. Khanlari M, Chapman JR. Follicular lymphoma: updates for pathologists. *J Pathol Transl Med*. 27 de diciembre de 2021;56(1):1-15.

## Conclusiones

Es crucial que tanto el radiólogo como el clínico reconozcan esta rara entidad y mantengan una alta sospecha diagnóstica en pacientes asintomáticos con afectación extensa y nodular homogénea del peritoneo.

Estar familiarizados con esta condición es esencial para evitar cirugías innecesarias y retrasos en el tratamiento, ya que la linfomatosis peritoneal se maneja de forma no quirúrgica y, en muchos casos, responde favorablemente a la quimioterapia.

Además, es fundamental que el radiólogo conozca los criterios pronósticos, ya que su correcta identificación y descripción pueden influir de manera significativa en las decisiones terapéuticas.