



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Estenosis duodenal secundaria a síndrome de Richter Duodenal stricture secondary to Richter's syndrome



V. Arenas García^{a,*}, J. Casal Álvarez^a y F.X. Cano Calderero^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Servicio de Digestivo, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

Varón de 83 años con antecedente de leucemia linfocítica crónica estadio inicial (0 de Rai/A de Binet), que ingresó por náuseas, vómitos y estreñimiento de varios días de evolución. Se realizó una TC abdominal en la que se observa un engrosamiento de las paredes de la 3.^a-4.^a porción duodenal, así como un gran aneurisma aórtico que comprime el duodeno de forma extrínseca (fig. 1). En una gastroduode-



Figura 1 Engrosamiento de las paredes de la 3.^a-4.^a porción duodenal.



Figura 2 Estenosis ulcerada prácticamente completa de la 3.^a porción duodenal.

nosocopia se observó una estenosis ulcerada prácticamente completa de la 3.^a porción duodenal (figs. 2 y 3). La biopsia mostró una infiltración de la mucosa duodenal por células grandes de estirpe linfocítica, escasamente cohesivas y con escaso citoplasma, CD 20⁺ y CD 3⁻ (fig. 4), compatible con linfoma B de células grandes. El síndrome de Richter aparece en el 2-10% de los pacientes con leucemia linfocítica crónica, y consiste en su transformación en un linfoma agresivo, en la mayoría de los casos un linfoma B difuso de células grandes. Generalmente se manifiesta con adenopatías, esplenomegalia y empeoramiento de síntomas B. Nuestro paciente comenzó con un cuadro suboclusivo, iniciándose tratamiento quimioterápico. Recibió 3 ciclos (2 R-miniCHOP y R-Gem-Ox-Dexa) sin mejoría, siendo

* Autor para correspondencia. Camino de Heros, N.º 6, 33401 Avilés, Asturias, España

Correo electrónico: er.vitor@hotmail.com (V. Arenas García).



Figura 3 Estenosis ulcerada prácticamente completa de la 3.ª porción duodenal.

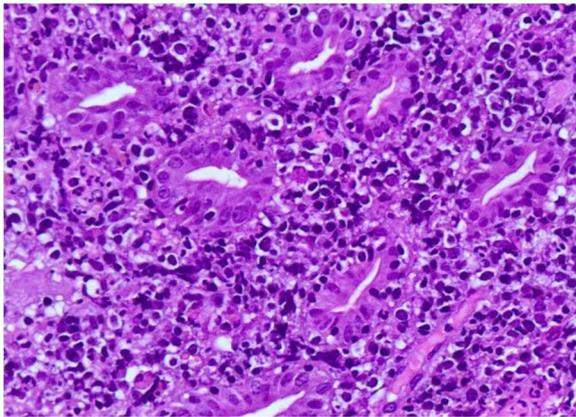


Figura 4 Infiltración de la mucosa duodenal por células grandes de estirpe linfoide.

finalmente intervenido mediante gastroyeyunostomía laparoscópica. La evolución fue desfavorable, presentando en las semanas posteriores un abdomen agudo, secundario a isquemia mesentérica extensa, siendo intervenido de nuevo, pero falleciendo en el postoperatorio.

La localización gastrointestinal del síndrome de Richter es muy infrecuente, con apenas una decena de casos descritos en la literatura, en distintos niveles del tubo digestivo (estómago, colon o recto) y con manifestaciones clínicas diversas, como úlcera gástrica recurrente, perforación, obstrucción intestinal o sangrado digestivo.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes preservando en todo momento el anonimato del paciente, por tal motivo, no fue necesario pedir el consentimiento informado del mismo para la publicación del trabajo.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo se ha preservado en todo momento el anonimato del paciente, por tal motivo, no fue necesario pedir el consentimiento informado del mismo para la publicación del trabajo.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.