



Caso clínico. Revista Killkana Salud y Bienestar. Vol. 9, No. 2, pp. 95-104, mayo-agosto, 2025.
p-ISSN 2528-8016 / e-ISSN 2588-0640. Universidad Católica de Cuenca

Linfoma folicular duodenal: causa o hallazgo incidental de dispepsia. Caso clínico

Duodenal follicular lymphoma: cause or incidental finding of dyspepsia. Clinical case

Viviana Graciela Coellar Cando ^{1*}, Ana Gabriela Sangurima Robalino ²,
Fernando Vinicio Benitez Pardo ³, Lorena Michell Uyaguari Díaz ⁴,
Diego Andrés Jimenez Larriva ⁵

¹ Servicio de Gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga.
viviana_coellar@hotmail.com. Cuenca, Ecuador.

² Servicio de Gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga.
asangurimar@gmail.com. Cuenca, Ecuador.

³ Servicio de Gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga.
fernando.benitez@ucuenca.edu.ec. Cuenca, Ecuador.

⁴ Servicio de Anatomía Patológica. Hospital José Carrasco Arteaga.
lorena.uyaguari@iess.gob.ec. Cuenca, Ecuador.

⁵ Servicio de Gastroenterología. Hospital José Carrasco Arteaga.
diego.jimenezl@ucuenca.edu.ec. Cuenca, Ecuador.

Doi: <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v9i2.1650>

Resumen

Introducción: El linfoma folicular primario duodenal es una neoplasia de células B de bajo grado poco frecuente, caracterizada por un curso clínico indolente o con síntomas y hallazgos endoscópicos inespecíficos. La mayoría de los casos son diagnosticados incidentalmente durante procedimientos endoscópicos. **Objetivo:** Describir un caso de linfoma folicular

duodenal diagnosticado en el contexto de síntomas dispépticos inespecíficos. **Caso clínico:** Paciente femenina de 54 años, sin antecedentes patológicos relevantes, quien consulta por dolor y distensión abdominal intermitente de varios años de evolución. Ante la persistencia de los síntomas, se realizó una video endoscopia digestiva alta donde se identificó una mucosa con múltiples elevaciones nodulares blanquecinas, de aspecto granular, distribuidas de manera difusa, con patrón mucoso en empedrado y sin alteraciones evidentes del patrón vascular. La biopsia fue compatible con linfoma folicular, confirmado posteriormente mediante inmunohistoquímica. **Conclusión:** El linfoma folicular primario duodenal es una entidad rara con pronóstico favorable. Su detección en estadios tempranos permite un enfoque conservador en la mayoría de los casos. La correlación entre hallazgos endoscópicos y estudios histopatológicos es fundamental para evitar diagnósticos erróneos y definir el manejo adecuado.

Palabras clave: linfoma folicular, duodeno, neoplasia de células B, endoscopia, diagnóstico diferencial.

Abstract

Introduction: Primary duodenal follicular lymphoma is a rare, low-grade B-cell neoplasm characterized by an indolent clinical course or by nonspecific symptoms and endoscopic findings. Most cases are diagnosed incidentally during endoscopic procedures. **Objective:** To describe a case of duodenal follicular lymphoma diagnosed in the context of nonspecific dyspeptic symptoms. **Clinical case:** A 54-year-old female patient with no relevant medical history presented with intermittent abdominal pain and distension of several years' duration. Due to the persistence of symptoms, an upper gastrointestinal video endoscopy was performed, which identified a mucosa with multiple whitish nodular elevations, with a granular appearance, distributed diffusely, with a cobblestone mucosal pattern and without evident alterations in the vascular pattern. The biopsy was compatible with follicular lymphoma, later confirmed by immunohistochemistry. **Conclusion:** Primary duodenal follicular lymphoma is a rare entity with a favorable prognosis. Early detection allows for a conservative approach in most cases. The correlation between endoscopic findings and histopathological studies is essential to avoid misdiagnoses and define appropriate management.

Keywords: follicular lymphoma, duodenum, B-cell neoplasia, endoscopy, differential diagnosis.

Introducción

El linfoma folicular es uno de los linfomas de células B de bajo grado más comunes, que representan entre el 15 y el 25 % de los casos de linfomas no Hodgkin¹. Aproximadamente, el 5% de los linfomas se presentan en el tracto gastrointestinal, siendo el estómago la localización más frecuente. Dentro de este grupo, el linfoma folicular primario duodenal constituye una variante poco frecuente, caracterizada por su localización en la segunda porción del duodeno y por un curso clínico indolente²⁻⁴.

A diferencia de otros linfomas foliculares, generalmente se diagnostica en etapas tempranas y se limita al tracto gastrointestinal sin manifestaciones extraintestinales^{5,6}. Desde el punto de vista endoscópico, se observan lesiones nodulares blanquecinas únicas o múltiples con un aspecto granular, pequeños nódulos polipoides menores a 5 mm y en menor frecuencia erosiones o úlceras, por lo general, cercano a la papila mayor^{2,7,8}.

Histológicamente, presenta infiltrados de tipo linfoide en la lámina propia, formando agregados foliculares compuestos por centrocitos y centroblastos⁹. El perfil inmunofenotípico muestra positividad para marcadores como CD20, CD10, BCL2 y BCL6, y un índice de proliferación Ki-67 bajo¹⁰. Además, se puede observar un infiltrado linfocitario uniforme formando agregados foliculares, sin visualizar macrófagos. Estas características son esenciales para diferenciar el linfoma folicular de duodeno de otras neoplasias linfoides y establecer un diagnóstico preciso⁷.

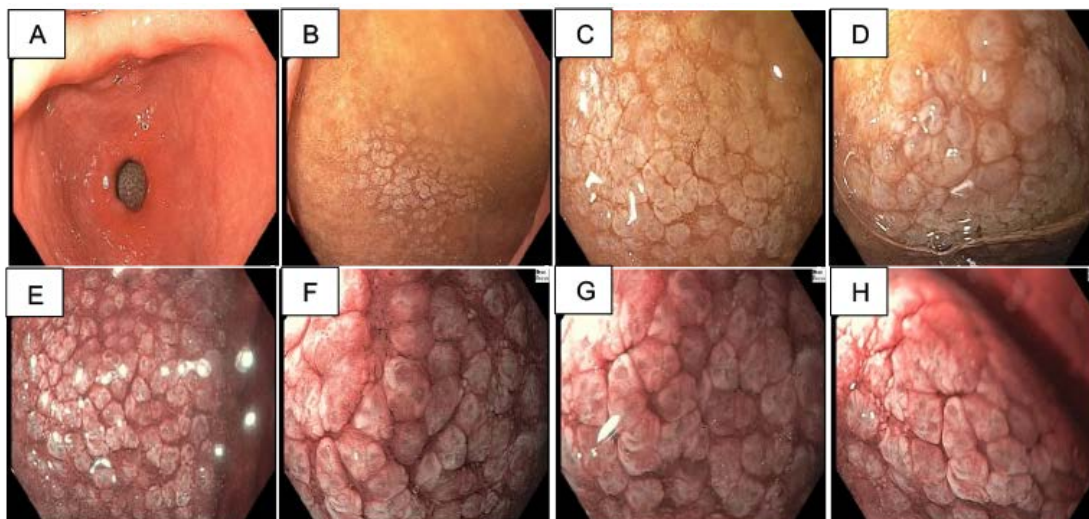
El manejo clínico depende de las características individuales de cada paciente¹¹, sin embargo, suele ser conservador debido a su pronóstico favorable³. La estrategia de "observar y esperar" es comúnmente adoptada, dado que muchos pacientes experimentan remisiones espontáneas y la progresión de la enfermedad es rara¹². En casos donde se requiere tratamiento, las opciones incluyen la monoterapia con rituximab y la radioterapia¹³.

A continuación, se presenta el caso de una paciente con dispepsia crónica, en quien la evaluación endoscópica reveló un linfoma folicular primario duodenal. Este caso destaca la importancia de considerar neoplasias infrecuentes en pacientes con síntomas digestivos inespecíficos y resalta el valor de la evaluación histopatológica ante hallazgos endoscópicos atípicos, incluso en ausencia de signos de alarma. La presentación clínica sutil y la rareza del diagnóstico subrayan la necesidad de un alto índice de sospecha para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamientos oportunos.

Caso clínico

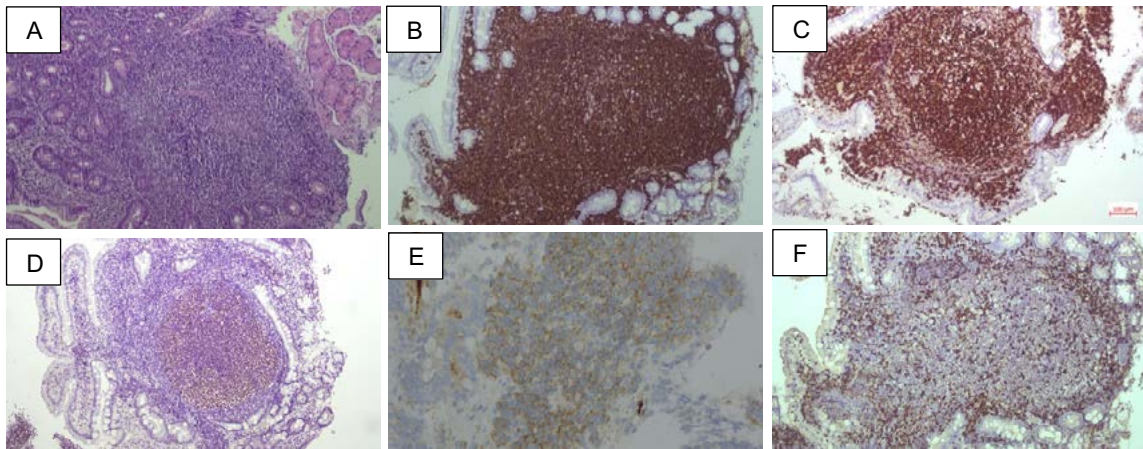
Paciente femenina de 54 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, quien consulta por cuadro de dispepsia crónica caracterizado por dolor epigástrico y distensión abdominal intermitente de varios años de evolución. No refiere signos ni síntomas de alarma (pérdida de peso, vómitos, sangrado digestivo ni disfagia). Al examen físico, se encontraba hemodinámicamente estable, con buen estado general. El abdomen era blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias, y sin signos de irritación peritoneal. Dada la persistencia de los síntomas, se solicitó una videoendoscopia digestiva alta, la cual reveló, a nivel del bulbo duodenal, una mucosa granular localizada (Fig 1). Se tomaron biopsias de las lesiones observadas para estudio histopatológico.

Figura 1. Imágenes endoscópicas del linfoma folicular duodenal



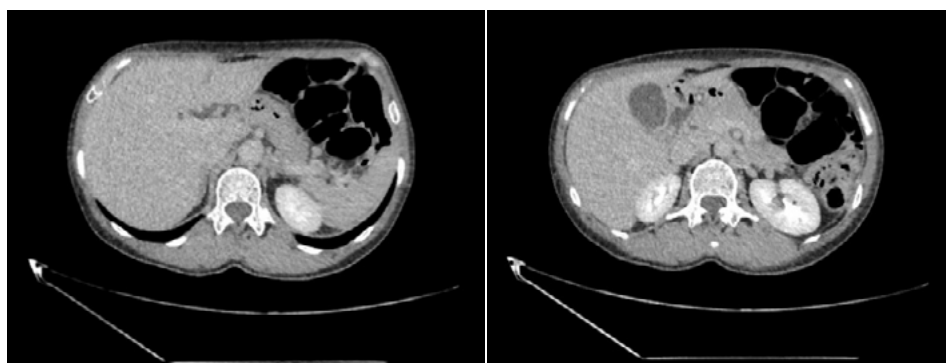
La video endoscopía digestiva alta revela una característica típica del linfoma folicular que muestra múltiples gránulos blanquecinos en duodeno.

El estudio histopatológico reportó la presencia de infiltrado linfoide atípico a nivel de la mucosa duodenal. Las células neoplásicas consisten de centrocitos con aislados centroblastos de distribución nodular con inmunomarcación positiva CD20, CD10, BCL2 y BCL6, y negativos para CD3, CD23, Ciclina D1 (Fig 2).

Figura 2. Estudio Histopatológico

A. Biopsia de mucosa duodenal con infiltrado linfoide atípico de patrón nodular. B. Linfocitos neoplásicos positivo para CD20. C. BCL2 positivo en centros germinales, apoyando el diagnóstico de Linfoma folicular. D. BCL6 positivo en células neoplásicas. E. CD10 positivo. F. Tinción para CD3 en población acompañante.

Dado que se requería una evaluación completa para determinar la extensión de la enfermedad, se solicitaron exámenes complementarios, incluyendo tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis. Posteriormente, este estudio confirmó la presencia de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales que permitieron la caracterización del compromiso linfomatoso (Fig 3).

Figura 3. Imágenes de tomografía axial computarizada de abdomen trifásica

La paciente fue valorada por el servicio de hematología, donde se procedió a estadiar la enfermedad. El linfoma fue clasificado como estadio II según la clasificación Ann Arbor modificada para linfomas gastrointestinales, dado el compromiso duodenal y la presencia de adenopatías mesentéricas y retroperitoneales. Tras esta evaluación, se decidió iniciar tratamiento con rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20.

Dentro de la terapéutica, se administró un primer ciclo de tratamiento con rituximab compuesto por cuatro sesiones, con buena tolerancia al tratamiento, sin efectos adversos relevantes. Posterior a dicha terapia, la paciente presentó remisión total de sintomatología. No se ha documentado progresión de la enfermedad ni aparición de nuevas adenopatías en los estudios de imagen más recientes. Se encuentra en seguimiento clínico estrecho con controles cada tres meses. Se planificó continuar con terapia de mantenimiento con rituximab por un periodo de dos años, dependiendo de la evolución clínica, resultados de imagen y laboratorio en los controles subsiguientes.

Este caso ilustra un ejemplo de respuesta clínica favorable en un linfoma folicular primario de localización duodenal manejado con terapia dirigida y seguimiento conservador.

Discusión

El linfoma folicular primario duodenal es una entidad clínica poco frecuente, cuya presentación clínica suele ser inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico temprano^{2,14}. En el presente caso, la paciente presentó una evolución clínica prolongada sin signos de alarma evidentes, cuyo diagnóstico fue establecido a través de una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias. La evolución prolongada sin deterioro clínico notable, junto con los síntomas gastrointestinales inespecíficos y persistentes, resalta la importancia de mantener una alta sospecha clínica para esta enfermedad, dado que, a diferencia de neoplasias linfoides agresivas, este subtipo tiene un comportamiento indolente con bajo índice de proliferación¹⁵. Además, la manifestación con síntomas inespecíficos y hallazgos endoscópicos sutiles refuerzan la necesidad de realizar biopsias para la confirmación diagnóstica.

Desde el punto de vista histopatológico, el diagnóstico se confirma mediante la identificación de una arquitectura folicular neoplásica y la expresión inmunohistoquímica de marcadores típicos como CD20, BCL2 y CD10, tal como se observó en este caso, siendo compatible con linfoma de células B de bajo grado^{13,16}. A diferencia de otros linfomas gastrointestinales más agresivos, como el linfoma difuso de células grandes B, este linfoma muestra un bajo índice de proliferación y una menor tendencia a la diseminación sistémica^{17,18}.

El linfoma folicular primario duodenal es una entidad poco frecuente que representa menos del 4% de los linfomas gastrointestinales y se diferencia de su contraparte nodal por su evolución más benigna y localización predominante en la segunda porción del duodeno. A menudo se diagnostica de forma incidental durante estudios endoscópicos por dispepsia u otros síntomas inespecíficos, dificultando su

diagnóstico temprano⁷. Algunos estudios sugieren que la presencia de adenopatías puede modificar el abordaje terapéutico y requerir tratamiento sistémico¹⁹. En este contexto, el caso presentado plantea el desafío diagnóstico de distinguir entre una forma estrictamente localizada del linfoma folicular de duodeno y una variante con comportamiento más sistémico, lo cual tiene implicaciones terapéuticas relevantes.

El tratamiento varía en función de la extensión de la enfermedad y la sintomatología del paciente¹². En etapas localizadas, la vigilancia activa con controles endoscópicos periódicos puede ser suficiente, dado el comportamiento y progresión lenta del tumor¹¹. Sin embargo, en casos con evidencia de progresión, síntomas obstructivos o compromiso extraduodenal, se contempla la administración de anticuerpos monoclonales como el rituximab o esquemas quimioterapéuticos combinados²⁰. En este caso, la presencia de adenopatías motivó el inicio de terapia con rituximab. Este tipo de pacientes deben manejarse conjuntamente con el servicio de hematología, dado que, si bien el tratamiento puede diferirse, también puede requerirse intervención en caso de progresión.

Este caso refuerza la importancia de considerar al linfoma folicular primario del duodeno como diagnóstico diferencial ante síntomas digestivos crónicos inespecíficos. La endoscopia con toma de biopsias dirigidas es esencial debido a la sutileza de los hallazgos macroscópicos. Además, el caso destaca la necesidad de estudios de imagen para evaluar la extensión de la enfermedad, especialmente ante la presencia de adenopatías.

Futuros estudios deberían centrarse en identificar con mayor precisión los factores pronósticos y las características clínicas, endoscópicas, histopatológicas y de imagen que diferencien a los pacientes con enfermedad estrictamente localizada de aquellos con riesgo de diseminación. Asimismo, es de suma importancia establecer protocolos estandarizados que guíen la decisión terapéutica y el seguimiento, con la finalidad de optimizar resultados y evitar sobretratamientos innecesarios.

Conclusiones

El linfoma folicular primario duodenal constituye un reto diagnóstico importante debido a su presentación clínica poco específica y a sus hallazgos endoscópicos discretos, lo que dificulta su detección temprana y oportuna. A pesar de su baja frecuencia y naturaleza generalmente indolente, su comportamiento clínico puede ser variable, lo que influye directamente en las decisiones terapéuticas. Este caso ilustra que la detección de adenopatías puede cambiar el abordaje inicial, orientándolo hacia tratamientos sistémicos más agresivos en lugar de la vigilancia activa habitual en casos donde se encuentre estrictamente localizado. Por tanto, se debe mantener una

alta sospecha clínica ante síntomas inespecíficos, y realizar un diagnóstico riguroso que incluya biopsias, análisis histopatológicos e inmunohistoquímicos detallados, complementados con estudios imagenológicos y un enfoque multidisciplinario. Finalmente, se destaca la necesidad de ampliar la investigación para definir con mayor precisión los factores pronósticos y elaborar guías clínicas que permitan personalizar el manejo, optimizando así los resultados en esta enfermedad.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento: Este estudio es autofinanciado.

Aspectos bioéticos: Se obtuvo el consentimiento del paciente para la publicación de este caso clínico.

Referencias bibliográficas

1. Cerhan JR. Epidemiology of Follicular Lymphoma. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2020;34(4):631-646. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2020.02.001>
2. Arango Molano LA, Sánchez Gil A, Bautista Parada IR. Linfoma folicular duodenal primario: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2021;36(4):525-528. Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.695>
3. Alnughmush A, Fakih RE, Alyamany R, Bakshi N, Alhayli S, Aljurf M. Duodenal-type follicular lymphoma: comprehensive insights into disease characteristics and established treatment strategies. *Curr Opin Oncol.* 2024;36(6):577-582. Available in: <https://doi.org/10.1097/CCO.0000000000001093>
4. Dokmak A, Radwan A, Krishnan S. Primary Gastrointestinal Follicular Lymphoma Exclusively Confined to the Mucosa. *Case Rep Gastroenterol.* 2022;16(2):496-501. Available in: <https://doi.org/10.1159/000525741>
5. Iwamuro M, Tanaka T, Okada H. Review of lymphoma in the duodenum: An update of diagnosis and management. *World J Gastroenterol.* 2023;29(12):1852-1862. Available in: <https://doi.org/10.3748/wjg.v29.i12.1852>
6. Garcia A, Qureshi M, Dhawan I, Allen A, Budak-Alpdogan T, Giordano S. Multifocal Follicular Lymphoma Isolated to the Gastrointestinal Tract: A Rare Finding. *ACG Case Reports Journal.* 2023;10(12):e01215. Available in: <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000001215>

7. Hernández Rodríguez M, Figueroa Tubío A, López Jérez A. Linfoma folicular primario duodenal: hallazgo incidental en una gastroscopia de rutina. *Rev Gastroenterol México*. 2025. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2025.01.004>
8. Silva JF, Morais R, Fonseca E, Macedo G. A case of duodenal-type follicular lymphoma. *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2021; 114(5): 289-290. Available in: <https://doi.org/10.17235/reed.2021.8233/2021>
9. Hirt CK, Bryke CR, Jassim SH. Challenging cases of follicular lymphoma diagnosed by core needle biopsy incorporating proliferation index and cytogenetics. *Hum Pathol Rep*. 2022;28:300616. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.hpr.2022.300616>
10. Juanmartiñena Fernández JF, Fernández-Urién I, Iglesias Picazo R, Aznárez Barrio MR, Montes Díaz M, Cebrian García A, et al. Linfoma folicular primario gastrointestinal: hallazgos endoscópicos y papel de la enteroscopia con cápsula. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40(9):621-623. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.gastre.2016.07.018>
11. Juma AA, Abubaker F, Sharif O, Aljufairi E. Duodenal-Type Follicular Lymphoma. *Gastro Hep Adv*. 2023;2(7):943-945. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2023.06.013>
12. Saito M, Mori A, Tsukamoto S, Ishio T, Yokoyama E, Izumiyama K, et al. Duodenal-type follicular lymphoma more than 10 years after treatment intervention: A retrospective single-center analysis. *World J Gastrointest Oncol*. 2022;14(8):1552-1561. Available in: <https://doi.org/10.4251/wjgo.v14.i8.1552>
13. Duffles Amarante G, Collins G, Rocha V. What do we know about duodenal-type follicular lymphoma? From pathological definition to treatment options. *BJHaem*. 2020;188(6):831-837. Available in: <https://doi.org/10.1111/bjh.16348>
14. Garrido I, Santos-Antunes J, Cardoso H, Macedo G. Duodenal-type follicular lymphoma -a silent tumor. *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2021; 114(8): 489-490. Available in: <https://online.reed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=688766749237-417274195163>.
15. Encarnacion Minaya MM, Diaz Ferrer J, Moran Tisoc L. Linfoma folicular con afectación duodenal: reporte de caso. *Interciencia Médica*. 2021;11(2):58-62. Disponible en: <https://doi.org/10.56838/icmed.v11i2.27>
16. Kim HJ, Choi J. A Rare Case of Primary Duodenal Follicular Lymphoma. *J Dig Cancer Res*. 2022;10(1):39-42. Available in: <https://doi.org/10.52927/jdcr.2022.10.1.39>
17. Kusuma VP, Vidyani A. Diffuse large B-cell lymphoma from duodenal with hematemesis, melena, and obstruction jaundice symptoms: A rare case. *Int J Surg Case Rep*. 2023;113:109046. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.109046>

18. Tran QT, Nguyen Duy T, Nguyen-Tran BS, Nguyen-Thanh T, Ngo QT, Tran Thi NP, et al. Endoscopic and Histopathological Characteristics of Gastrointestinal Lymphoma: A Multicentric Study. *Diagnostics*. 2023;13(17):2767. Available in: <https://doi.org/10.3390/diagnostics13172767>
19. Graham RL, Mardones MA, Krause JR. Primary Follicular Lymphoma of the Duodenum. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2015;28(3):381-383. Available in: <https://doi.org/10.1080/08998280.2015.11929284>
20. Kamijo K, Shimomura Y, Yoshioka S, Yamashita D, Hara S, Ishikawa T. Clinical features and outcomes of duodenal-type follicular lymphoma: A single-center retrospective study. *EJHaem*. 2022;3(2):379-384. Available in: <https://doi.org/10.1002/jha2.384>

Recibido: 23 de febrero 2025 | **Aceptado:** 03 de abril 2025 | **Publicado:** 12 de mayo 2025