



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

Lesiones metastásicas gástricas por linfoma de Burkitt

Gastric metastatic lesions due to Burkitt lymphoma

C.J. Toranzo-González*, F. Rojas-Mendoza y N.E. Aguilar-Olivos

Clinica de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

El linfoma de Burkitt suele localizarse principalmente en el íleon terminal. Las metástasis gástricas son raras, con pocos casos descritos y una prevalencia del 0.2-1.7%¹. Los órganos donde con mayor frecuencia se detectan metástasis del linfoma de Burkitt son la médula ósea, el sistema nervioso central y el hígado². Por endoscopia, las metástasis gástricas pueden manifestarse como lesiones elevadas con un centro ulcerado (conocidas como lesiones «en volcán»), lesiones subepiteliales o nódulos múltiples³.

Se presenta el caso de hombre de 50 años con diagnóstico previo de linfoma de Burkitt que acudió por dolor lumbar. La PET-CT mostró actividad en íleon terminal, estómago, hígado y hueso (fig. 1). La endoscopia evidenció lesiones «en volcán» en la curvatura menor y una lesión en duodeno (fig. 2). Las biopsias confirmaron linfoma de Burkitt asociado a Epstein-Barr con marcadores positivos (fig. 3).

En conclusión, la metástasis gástrica por linfoma de Burkitt es muy rara y suele indicar enfermedad avanzada. El hallazgo endoscópico de lesiones nodulares elevadas «en volcán», asociado a positividad inmunohistoquímica para CD20, CD10 y un alto índice de proliferación, orienta al diagnóstico definitivo.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron apoyo financiero de ninguna institución pública o privada para la realización del presente trabajo.

Consideraciones éticas

El presente trabajo corresponde a un estudio observacional sin intervención terapéutica ni experimental, por lo que no requirió la aprobación de un comité de ética institucional. El paciente fue tratado conforme a los estándares clínicos vigentes y otorgó su consentimiento informado para la realización del procedimiento endoscópico. Dado que el manuscrito no incluye datos personales ni imágenes que permitan identificar al paciente, no se requirió consentimiento adicional para publicación. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita la identificación del paciente.

* Autor para correspondencia. Puente de Piedra 150, Toriello Guerra, Tlalpan, 14050 Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 55 33 129130.

Correo electrónico: Christopherjosaphat@hotmail.com
(C.J. Toranzo-González).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.07.007>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

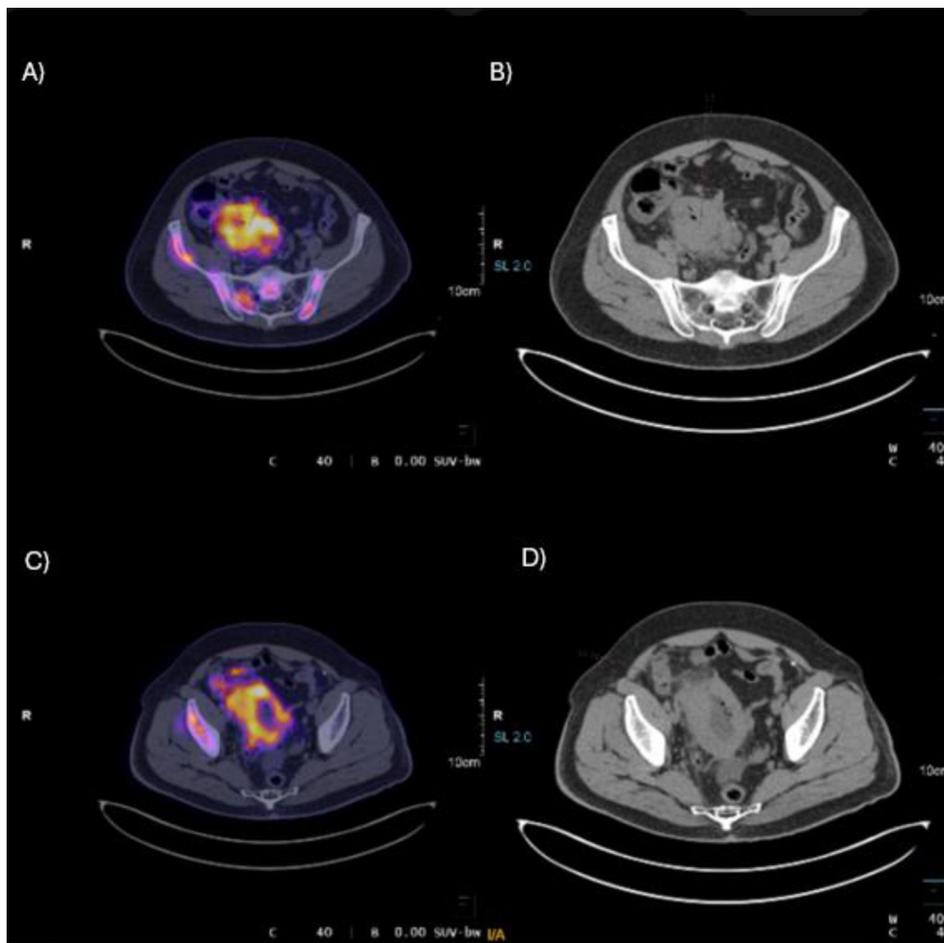


Figura 1 Tomografía por emisión de positrones (PET-TC) de un paciente con linfoma de Burkitt. Se observan áreas de hipermetabolismo en la región ileocecal y en estructuras adyacentes con un valor de captación SUV máximo de 13.42, indicativo de alta actividad metabólica compatible con infiltración tumoral activa. Las imágenes de fusión (paneles A y C) revelan un marcado contraste en la captación de FDG, sugiriendo compromiso neoplásico. En los cortes axiales de tomografía simple (paneles B y D) se identifica engrosamiento de las paredes intestinales.

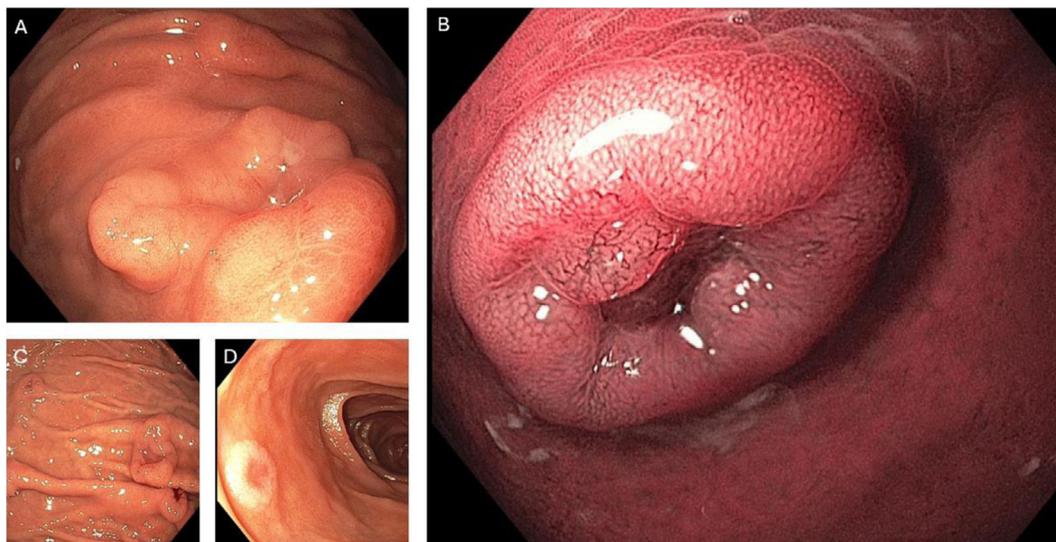


Figura 2 Endoscopia de linfoma con compromiso gástrico y duodenal. En la curvatura menor (A) se identifican lesiones nodulares elevadas con ulceración central, conocidas como lesiones «en volcán» (*near focus*). B) Misma lesión con imagen de banda estrecha (NBI) y *near focus*, donde se observa distorsión del patrón vascular y mucoso. C) Vista panorámica con luz blanca de la curvatura mayor, con múltiples lesiones nodulares de distintos tamaños, algunas con centro ulcerado. D) Lesión redonda solitaria en la segunda porción del duodeno, con depresión central.

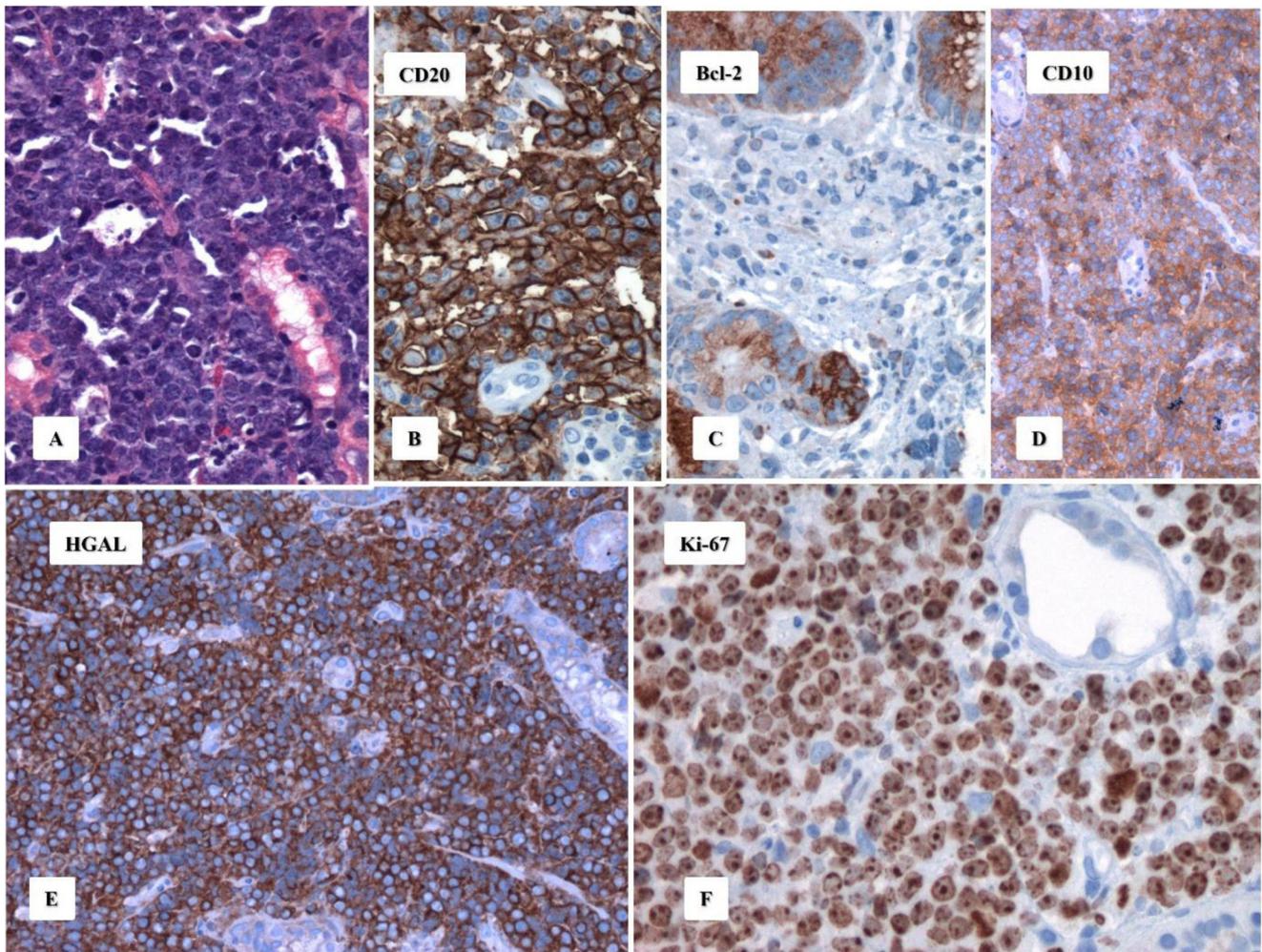


Figura 3 Estudios histopatológicos de mucosa gástrica infiltrada por linfoma de Burkitt. A) Hematoxilina y eosina. B) Positividad para CD20. C) Negatividad para Bcl-2. D) Positividad para CD10 (CALLA). E) Positividad para HGAL. F) Índice de proliferación Ki-67 del 95%.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses con relación a esta publicación.

Referencias

1. Kim GH, Ahn JY, Jung HY, et al. Clinical and endoscopic features of metastatic tumors in the stomach. *Gut Liver*. 2015;9:615-22, <http://dx.doi.org/10.5009/gnl14032>.
2. Castillo JJ, Winer ES, Olszewski AJ. Sites of extranodal involvement are prognostic in patients with diffuse large B-cell lymphoma in the rituximab era: An analysis of the Surveillance, Epidemiology and End Results database. *Am J Hematol*. 2014;89:310-4, <http://dx.doi.org/10.1002/ajh.23638>.
3. De Palma GD, Masone S, Rega M, et al. Metastatic tumors to the stomach: Clinical and endoscopic features. *World J Gastroenterol*. 2006;12:7326-8, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v12.i45.7326>.