



PUBLICACIÓN ADELANTADA

Presentación atípica de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes esplénico primario, CD30 positivo: reporte de caso

Carlos Muñoz-Ramírez¹, Eliana Leyton-Luna², Víctor Ruíz-López³

¹Residente de Cirugía General, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

²Médica general, Hospital Susana López de Valencia, Popayán, Colombia.

³Cirujano general, Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO	RESUMEN
PALABRAS CLAVE <i>Ligando CD30;</i> <i>Linfoma de células B;</i> <i>Neoplasias del Bazo</i> Recibido: junio 19 de 2025 Aceptado: noviembre 5 de 2025 Disponible en línea: marzo 4 de 2026 Correspondencia: Eliana Leyton-Luna; elianaleytonl@gmail.com Cómo citar: Muñoz-Ramírez C, Leyton-Luna E, Ruíz-López V. Presentación atípica de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes esplénico primario, CD30 positivo: reporte de caso. Iatreia [Internet]. 2026. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.360 	Introducción: el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el linfoma no Hodgkin más frecuente; sin embargo, su variante esplénica primaria (LDCBG-EP) es inusual y puede presentarse con manifestaciones clínicas atípicas. La expresión de CD30, poco común en este subtipo, tiene pronóstico e implicaciones terapéuticas relevantes. Presentación del caso: un paciente masculino de 48 años consultó por dolor abdominal, fiebre y esplenomegalia. Tras la realización de una esplenectomía de emergencia debido a un absceso con necrosis del 70 % del bazo, el estudio histopatológico e inmunohistoquímico reveló un LDCBG-EP CD30 positivo, con alto índice proliferativo. El paciente se remitió a hematooncología para manejo especializado. Discusión: el LDCBG-EP representa menos del 1 % de los linfomas y su diagnóstico es complejo cuando simula procesos infecciosos. La esplenectomía tiene relevancia diagnóstica y

terapéutica, y se asocia con mejor supervivencia. La expresión de CD30 define un subgrupo con mejor pronóstico y potencial beneficio de terapias dirigidas como brentuximab vedotina.

Conclusiones: este caso ilustra la dificultad diagnóstica del LDCBG-EP cuando se presenta como absceso esplénico complicado, y resalta la importancia de considerar el LDCBG dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones esplénicas.

Este manuscrito fue aprobado para publicación por parte de la Revista Iatreia teniendo en cuenta los conceptos dados por los pares evaluadores. **Esta es una edición preliminar, cuya versión final puede presentar cambios**



AHEAD OF PRINT PUBLICATION

Atypical Presentation of Primary Splenic Diffuse Large B-cell Non-Hodgkin Lymphoma, CD30 Positive: Case Report

Carlos Muñoz-Ramírez¹, Eliana Leyton-Luna², Víctor Ruíz-López³

¹Resident in General Surgery, Faculty of Health Sciences, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

²General Practitioner, Hospital Susana López de Valencia, Popayán, Colombia.

³General Surgeon, Professor, Faculty of Health Sciences, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

ARTICLE INFORMATION

KEYWORDS

CD30 ligand;
Lymphoma B-Cell;
Splenic neoplasms

Received: June 19, 2025

Accepted: November 5, 2025

Available online: March 4, 2026

Correspondence: Eliana Leyton-Luna;
elianaleytonl@gmail.com

How to cite: Muñoz-Ramírez C, Leyton-Luna E, Ruíz-López V. Atypical Presentation of Primary Splenic Diffuse Large B-cell Non-Hodgkin Lymphoma, CD30 Positive: Case Report. *Iatreia* [Internet]. 2026. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.360>



ABSTRACT

Introduction: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common non-Hodgkin lymphoma; however, its primary splenic variant (DLBCL-PS) is unusual and can present with atypical clinical manifestations. CD30 expression, which is uncommon in this subtype, has relevant prognostic and therapeutic implications.

Case presentation: A 48-year-old male patient who presented with abdominal pain, fever, and splenomegaly is described. Following an emergency splenectomy due to an abscess with 70% splenic necrosis, histopathological and immunohistochemical analysis revealed CD30-positive DLBCL-PS with a high proliferative index. The patient was referred to hematology-oncology for specialized management.

Discussion: DLBCL-PS represents less than 1% of lymphomas, and its diagnosis is complex when it mimics infectious processes. Splenectomy has diagnostic and therapeutic relevance and is associated with improved survival. CD30 expression defines a subgroup with a better

prognosis and potential benefit from targeted therapies such as brentuximab vedotin.

Conclusions: This case illustrates the diagnostic challenge of DLBCL-PS when it presents as a complicated splenic abscess and highlights the importance of considering DLBCL in the differential diagnosis of splenic lesions.

EDICIÓN PRELIMINAR

INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin se clasifica en diferentes variantes morfológicas, subgrupos inmunohistoquímicos y moleculares, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin y representa aproximadamente el 30 - 40 % de los casos (2-4). Dentro de sus variantes menos comunes se incluyen el LDCBG esplénico primario (LDCBG-EP) y aquellos positivos para la molécula de superficie CD30 (5).

El LDCBG-EP representa menos del 1 % de todos los linfomas (6) y generalmente se origina en el bazo o en los ganglios linfáticos hiliares esplénicos; hasta el momento, no hay evidencia de que afecte otras localizaciones (5,6). Puede presentarse como una masa única o de forma difusa intrasinusoidal, típicamente en pacientes mayores de 60 años, y suele asociarse a dolor en el cuadrante superior izquierdo y a trombocitopenia; de igual manera, también se relaciona con infección por el virus de hepatitis C (5). Por otro lado, los procesos inflamatorios o infecciosos que afectan al bazo constituyen una manifestación atípica del LDCBG, como se ha descrito en limitados reportes publicados.

El marcador CD30 se reconoce principalmente como una molécula del linfoma Hodgkin clásico y se describe como un activador inducible por señales mitogénicas en inmunoblastos T y B, en la región parafolicular y en el borde periférico de los centros germinales. Esta distribución altamente restringida en la expresión de CD30 lo convierte en un objetivo ideal para la terapia con anticuerpos monoclonales en pacientes con linfomas CD30⁺, la cual se asocia con un pronóstico favorable (7); lo anterior se debe a que, en parte, la positividad de CD30 permite el tratamiento con brentuximab vedotina (5,7), un conjugado de anticuerpo monoclonal y fármaco, que al unirse

a su blanco libera monometil auristatina E, un agente antimicrotúbulos citotóxico para las células CD30 positivas (5).

A continuación, se presenta un caso de LDCBG-EP, que se manifestó de forma atípica como un absceso esplénico y expresaba positividad del marcador CD30. Se realiza una revisión de la literatura sobre las presentaciones clínicas, el diagnóstico y manejo de esta neoplasia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años, agricultor, con antecedente personal de pieloplastia realizada 5 años atrás debido a hidronefrosis congénita izquierda. Consultó al servicio de urgencias por cuadro clínico de una semana de evolución, que se caracterizaba por dolor abdominal tipo cólico localizado en el mesogastrio, el flanco e hipocondrio izquierdo, acompañado de coluria y episodios febriles. En la evaluación inicial se encontró taquicárdico, afebril y con presión arterial dentro de límites normales. El abdomen era blando y con dolor a la palpación en el marco cólico izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.

Los estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis de $19,5 \times 10^3/\text{dL}$ con desviación a la izquierda (neutrófilos: $17,1 \times 10^3/\text{dL}$, granulocitos inmaduros: 12,2 %, cayados: 3 %), anemia normocítica leve (hemoglobina: 10,9 g/dL), plaquetas en rango normal ($358 \times 10^3/\text{dL}$) y proteína C reactiva marcadamente elevada (249 mg/L). Las serologías para VIH, HBsAg, VHC y VDRL fueron negativas. Se inició manejo con hidratación intravenosa y analgesia.

La ecografía abdominal reveló esplenomegalia multinodular, con un área caudal sugestiva de necrosis, adenopatías hipoecoicas en hilio esplénico y escasa cantidad de líquido libre periesplénico. Ante la sospecha de lesión tumoral, se solicitó tomografía computarizada con contraste del abdomen para caracterización adicional y evaluación de posibilidad de drenaje percutáneo (Figuras 1, 2 y 3).

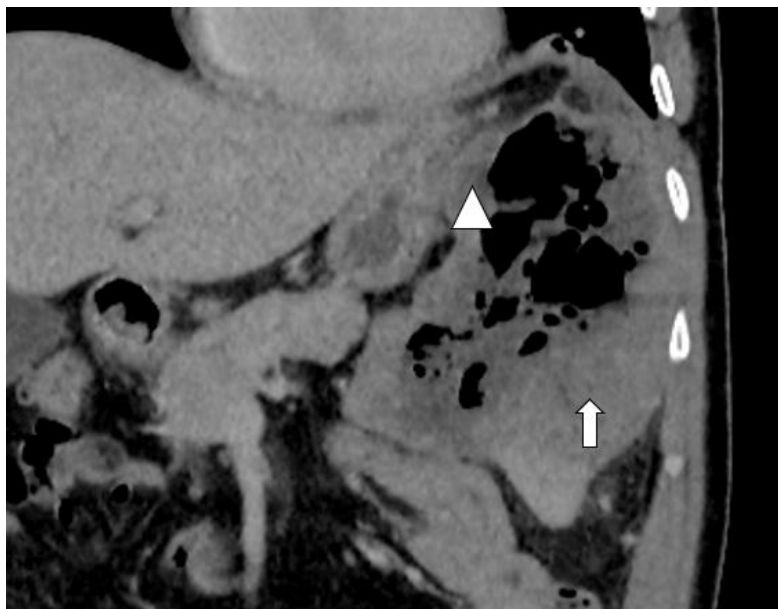


Figura 1. Caracterización tomográfica de la lesión esplénica

Bazo irregular y bordes mal definidos, con componente sólido hiporealzante en la periferia (flecha) y extensos cambios de necrosis o abscedación en la zona central, con presencia de gas en su interior (cabeza de flecha), que reemplaza el parénquima.

Fuente: elaboración propia

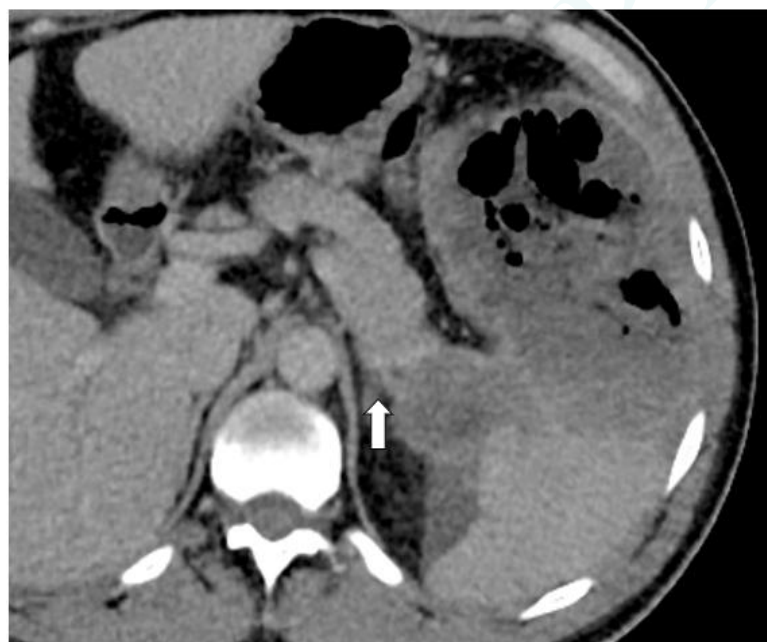


Figura 2. Compromiso pancreático

El componente sólido de la lesión, localizado hacia el hilio esplénico, pierde el plano de clivaje con la cola pancreática.

Fuente: elaboración propia

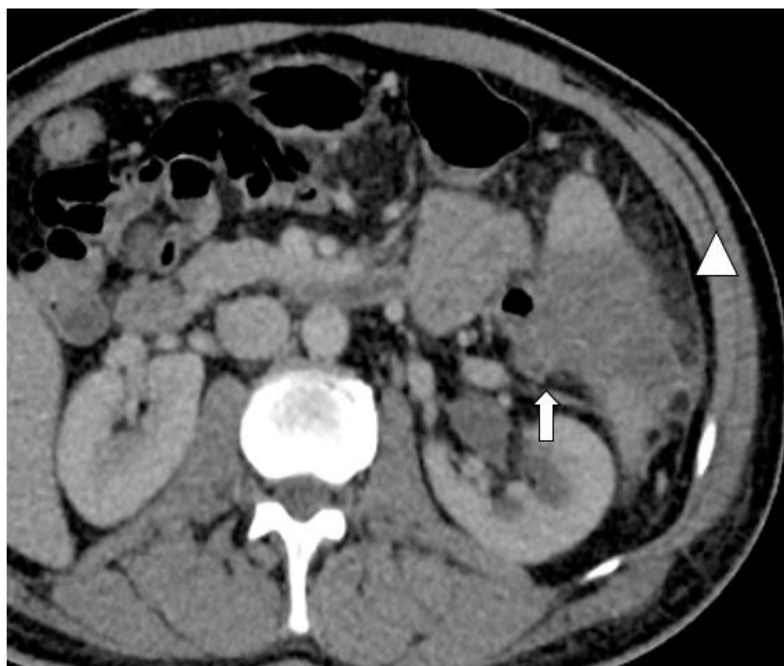


Figura 3. Infiltración colónica

La lesión infiltra y causa compresión extrínseca del ángulo esplénico del colon (flecha). Estriación de la grasa periesplénica por cambios inflamatorios (cabeza de flecha).

Fuente: elaboración propia

Durante la evolución, presentó deterioro clínico progresivo con incremento del dolor abdominal y signos sugestivos de abdomen agudo quirúrgico, por lo cual se realizó laparotomía exploratoria de urgencia. Se halló absceso esplénico con destrucción del 70 % del parénquima (Figura 4) y perforación colónica en la flexura esplénica. Con base en esto, se llevó a cabo una esplenectomía total, se tomaron cultivos intraoperatorios y se instauró cobertura antibiótica. Los cultivos reportaron crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* KPC positiva, productora de carbapenemasas clase A. El servicio de infectología indicó antibioticoterapia dirigida con ceftazidima/avibactam y se completó esquema de vacunación posesplenectomía (neumococos PCV13, meningococos y *Haemophilus influenzae* tipo B).



Figura 4. Espécimen quirúrgico

Se observa el bazo aumentado de tamaño con múltiples focos de necrosis y abscesos.

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, en una segunda laparotomía se identificó una nueva perforación del colon descendente, a 4 cm de la unión con la flexura esplénica, acompañada de plastrón inflamatorio grave con compromiso del estómago, cola pancreática, polo superior del riñón izquierdo y epiplón mayor. Se realizó pancreatectomía distal, hemicolectomía izquierda y colostomía terminal tipo Hartmann.

El estudio histopatológico del bazo evidenció proliferación difusa de células neoplásicas indiferenciadas, con extensas áreas de necrosis coalescente. En la inmunohistoquímica, las células tumorales mostraron positividad fuerte y difusa para las moléculas CD79a, CD20 y CD30, positividad focal intensa para BCL2 y ausencia de expresión de CAM5.2, CK AE1/AE3, MUC1, CD23, BCL6, CD10 y ciclina D1. El índice de proliferación celular (Ki-67) fue del 90 %.

Con base en los hallazgos histopatológicos e inmunofenotípicos, se estableció el diagnóstico de LDCBG-EP CD30 positivo, con alta actividad proliferativa. El paciente se remitió al servicio de hematología para que se llevara a cabo un tratamiento especializado en un centro de referencia.

DISCUSIÓN

El LDCBG es una neoplasia que representa aproximadamente el 30 % de todos los linfomas en adultos (2-4). Debido a la heterogeneidad funcional de las células linfoides y su amplia distribución anatómica, estas enfermedades pueden desarrollarse en cualquier órgano o tejido del cuerpo; no obstante, el LDCBG-EP representa solo el 1 % de los linfomas malignos (6,8). La definición del LDCBG-EP no es uniforme en la literatura y no se incluyó en la reciente clasificación de la OMS de neoplasias hematolinfoides. Algunos autores lo restringen a una enfermedad confinada al bazo y ganglios hiliares, mientras que otros aceptan su extensión a órganos adyacentes, siempre y cuando el bazo sea el sitio dominante. Esta imprecisión dificulta la clasificación por estadios y la interpretación de pronósticos; sin embargo, en este caso, aunque existía perforación de la flexura esplénica del colon, el bazo fue el sitio predominantemente afectado, así que se consideró una neoplasia esplénica primaria (9).

El cuadro clínico inicial, que consistía en fiebre, dolor abdominal y esplenomegalia con necrosis central en las imágenes, mimetizó un absceso esplénico que retrasó el reconocimiento del origen linfoproliferativo, lo que concuerda con lo descrito por Wadsworth *et al.* (5); esta presentación seudoinfecciosa se ha reportado en casos aislados y es poco frecuente según Taibi *et al.* (8). En el caso del paciente de este reporte, el rápido deterioro clínico por abdomen agudo obligó a la intervención de urgencia, en la que se encontró destrucción extensa del parénquima esplénico y perforación colónica. Lo anterior sugiere que el linfoma produjo invasión y necrosis

transmural con subsecuente perforación, lo que facilitó la sobreinfección bacteriana por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente.

El aislamiento de este germen probablemente corresponde a colonización del tejido desvitalizado, más que a un proceso infeccioso primario. De hecho, el absceso esplénico se asocia principalmente con causas infecciosas, como la diseminación hematógena de endocarditis, amebiasis, brucelosis, leptospirosis, fiebre tifoidea, virus de hepatitis B y C en pacientes inmunocomprometidos, diabéticos o con otras enfermedades neoplásicas (8,10). Debido a que el paciente de este caso no presentó ninguna de las causas mencionadas y, ante la ausencia de factores de riesgo conocidos, se consideró el LDCBGD-EP.

Respecto a la confirmación diagnóstica, esta depende de la inmunohistoquímica; sin embargo, también puede requerir la realización de hibridación *in situ* y *microarrays* cromosómicos para subclasificarlos (5). En el caso presentado, se describieron hallazgos histopatológicos e inmunofenotípicos con positividad fuerte y difusa para CD79a, CD20 y CD30, y positividad focal e intensa para BCL2. El descubrimiento de perforación colónica sugiere una enfermedad local avanzada que generalmente se asocia con un pronóstico desfavorable. No obstante, según la evidencia de un gran estudio internacional de pacientes tratados con R-CHOP (7), la expresión de CD30 (un marcador del linfoma Hodgkin clásico que es atípico en este caso) define un subgrupo con mejor supervivencia global y libre de progresión, independientemente del subtipo celular. Lo anterior es de especial relevancia, puesto que la positividad para CD30 puede mitigar el pronóstico adverso de la extensión de la enfermedad, el subtipo molecular y, además, constituye una diana terapéutica para anticuerpos monoclonales conjugados como brentuximab vedotina, que actualmente se encuentra en investigación para este grupo (7,10).

En cuanto al tratamiento, la esplenectomía, aunque se llevó a cabo debido a la complicación séptica, en este caso tuvo importancia diagnóstica y terapéutica. Datos multicéntricos muestran que la esplenectomía en LDCBG-EP mejora la supervivencia global y libre de progresión, principalmente en estadios tempranos (8,9). En la serie más amplia, la supervivencia a 5 años fue del 91 - 96 % en pacientes esplenectomizados, frente al 63 - 68 % en aquellos que no se realizaron este tratamiento; también se presentaron diferencias en la supervivencia libre de progresión (9).

Asimismo, el esquema quimioterapéutico con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona) continúa siendo el manejo de elección para LDCBG y sus variantes (11, 13); sin embargo, presenta limitaciones en pacientes con factores de alto riesgo o variantes agresivas. Al respecto, regímenes como DA-EPOCH-R (dosis ajustada de etoposido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, y doxorrubicina en combinación con rituximab) han demostrado una eficacia comparable (14); no obstante, DA-EPOCH-R también se asocia con una mayor toxicidad y costos elevados, lo que limita su aplicación generalizada (13). Ante esta situación, tal como se mencionó, el uso de terapias dirigidas como brentuximab vedotin en linfomas positivos para CD30, podría mejorar la supervivencia en estos subgrupos seleccionados (4,7).

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la dificultad diagnóstica del LDCBG-EP cuando se presenta como absceso esplénico complicado, y resalta la importancia de considerar el LDCBG dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones esplénicas. De igual manera, confirma el doble rol de la esplenectomía como procedimiento salvador frente a complicaciones sépticas y como intervención con impacto pronóstico favorable. Para finalizar, se evidencia que la expresión de la molécula CD30 adquiere un valor adicional no solo como marcador de mejor desenlace en series recientes, sino también

como una puerta a terapias dirigidas que podrían optimizar la estrategia en escenarios de recaída o refractariedad.

REFERENCIAS

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al., editores. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4a ed. revisada. Lyon: IARC; 2017. Available from: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Haematopoietic-And-Lymphoid-Tissues-2017>
2. Arroyave-Guerrero YA, Manzano-Astudillo DE, Vallejo-Vallecilla G, et al. Linfoma de células B grandes rico en linfocitos T/histiocitos con compromiso inicial del bazo. Reporte de caso. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2023;27(4):475-479. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/1010>
3. Liu Y, Barta SK. Diffuse large B-cell lymphoma: 2019 update on diagnosis, risk stratification, and treatment. Am J Hematol [Internet]. 2019;94(5):604-616. <https://doi.org/10.1002/ajh.25460>
4. Sehn LH, Salles G. Diffuse large B-cell lymphoma. N Engl J Med [Internet]. 2021;384(9):842-858. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2027612>
5. Wadsworth PA, Miranda RN, Bhakta P, Bhargava P, Weaver D, Dong J, et al. Primary splenic diffuse large B-cell lymphoma presenting as a splenic abscess. EJHaem [Internet]. 2023;4(1):226-231. <https://doi.org/10.1002/jha2.642>
6. Geyer JT, Prakash S, Orazi A. B-cell neoplasms and Hodgkin lymphoma in the spleen. Semin Diagn Pathol [Internet]. 2021;38(2):125-134. <https://doi.org/10.1053/j.semdp.2020.08.002>

7. Hu S, Xu-Monette ZY, Balasubramanyam A, Manyam GC, Visco C, Tzankov A, et al. CD30 expression defines a novel subgroup of diffuse large B-cell lymphoma with favorable prognosis and distinct gene expression signature: a report from the International DLBCL Rituximab-CHOP Consortium Program Study. *Blood* [Internet]. 2013;121(14):2715-2724. <https://doi.org/10.1182/blood-2012-10-461848>
8. Taibi S, Jabi R, Kradi Y, Miry N, Bouziane M. Diffuse Large B-Cell Lymphoma Revealed by Splenic Abscess: A Case Report. *Cureus* [Internet]. 2021;13(10):e18771. <https://doi.org/10.7759/cureus.18771>
9. Bairey O, Shvidel L, Perry C, Dann EJ, Ruchlemer R, Tadmor T, et al. Characteristics of primary splenic diffuse large B-cell lymphoma and role of splenectomy in improving survival. *Cancer* [Internet]. 2015;121(17):2909-2916. <https://doi.org/10.1002/cncr.29487>
10. Nagarajan RK, Gopal B, Tajudeen M, Sistla SC, Balamourougan K. A non-resolving splenic ‘abscess’ in an elderly male – An unusual manifestation of splenic lymphoma. *Trop Doct* [Internet]. 2021;51(2):251-252. <https://doi.org/10.1177/0049475520981305>
11. Müller DA, Torres MA, Soyano AE, Soyano A. Tratamiento del linfoma difuso de células B grandes en estadios avanzados. *Gac Med Caracas* [Internet]. 2017;125(4):276-298. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622017000400003
12. Major A, Smith SM. DA-R-EPOCH vs R-CHOP in DLBCL: How do we choose? *Clin Adv Hematol Oncol* [Internet]. 2021;19(11):698-709. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9036549/>
13. Bartlett NL, Wilson WH, Jung SH, Hsi ED, Maurer MJ, Pederson LD, 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. J Clin Oncol [Internet]. 2019;37(21):1790-1799. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.01994>

14. Schmitz R, Wright GW, Huang DW, Johnson CA, Phelan JD, Wang JQ, et al. Genetics and Pathogenesis of Diffuse Large B-Cell Lymphoma. N Engl J Med [Internet]. 2018;378(15):1396-1407. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801445>

EDICIÓN PRELIMINAR