PERMANYER

Check for updates

REPORTE DE CASO

Presentación de caso: linfoma rectal

*Daniel E. Flores-Pérez** y *Gerardo A. Morales-Fuentes*

Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de México, Ciudad de México, México

Resumen

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) se asocia con múltiples complicaciones, incluyendo enfermedades infecciosas y neoplásicas. Este reporte describe el caso de un paciente de sexo masculino de 37 años con una evolución compleja de CUCI, que culmina en un diagnóstico de linfoma no Hodgkin.

Palabras clave: *CUCI. Linfoma. VIH. Hepatitis B.*

Case report: rectal lymphoma

Abstract

The idiopathic ulcerative colitis (IUC) is associated with multiple complications, including infectious and neoplastic diseases. This report describes a case of a 37-year-old male patient who presents a complex evolution of IUC, culminating in a diagnosis of non-Hodgkin lymphoma.

Keywords: *IUC. Lymphoma. VIH. Hepatitis B.*

***Correspondencia:**
Daniel E. Flores-Pérez
E-mail: daniel94fp@gmail.com

Fecha de recepción: 05-04-2025
Fecha de aceptación: 05-08-2025
DOI: 10.24875/END.25000019

Disponible en internet: 19-01-2026
Endoscopia. 2025;37(4)127-129
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2025. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Introducción

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por una inflamación crónica y difusa de la mucosa colónica y del recto. A largo plazo, los pacientes pueden presentar complicaciones graves, incluyendo infecciones y neoplasias[1]. El linfoma de colon es una neoplasia poco común en el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y del VIH, se sugiere que la inmunosupresión asociada podría aumentar el riesgo de linfomas en el tracto gastrointestinal[2]. Un estudio escandinavo encontró que la incidencia de linfoma en pacientes con CUCI es de aproximadamente 34 por 100,000 años-persona, con un *hazard ratio* (HR) de 1.09, lo que indica un aumento modesto en el riesgo comparado con otros individuos[3].

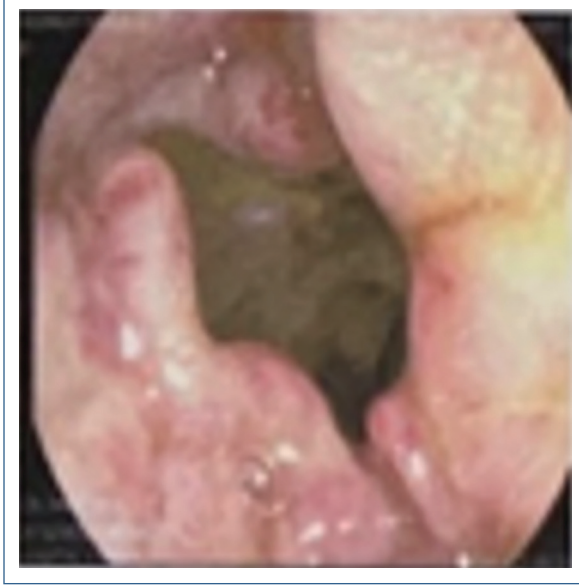


Figura 1. Proctitis ulcerativa.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 37 años, sin antecedentes de importancia, con 3 años con episodios de diarrea, inicialmente diagnosticado como infección por *Shigella*, con colonoscopia posterior por falta de respuesta con colitis ulcerosa pancolónica negativa para CUCI, con calprotectina (216 mcg/kg) y lactoferrina (31.9 mcg/g), coproparasitoscópico positivo para cuatro patógenos. Se brindó tratamiento para todo lo anterior.

Un año después recidiva el cuadro. Se realiza nueva colonoscopia, que muestra proctitis ulcerativa (Fig. 1). Nuevamente biopsia negativa para EII. Por evolución tórpida se realiza revisión histopatológica, que confirma CUCI. Se inicia tratamiento con altas dosis de mesalazina y budesonida. Por evolución tórpida en una tercera revisión histopatológica dirigida se diagnostica sífilis. Se brinda tratamiento con penicilina. En estudios de extensión se diagnostica VIH (242,617 cp/ml/CD4 fue de 170), además de hepatitis B activa; el servicio de infectología inicia tratamiento. El paciente presenta cuadros recurrentes de rectorragia, pujo y tenesmo. El servicio de proctología diagnostica fisura anal crónica e implementa tratamiento conservador. Manometría ano-rectal: hiposensibilidad rectal. El paciente tiene mal apego al tratamiento para CUCI y un año más tarde presenta incontinencia fecal con exacerbación del cuadro (calprotectina de 1,021 mcg/g). Se realiza nueva colonoscopia, que muestra masa rectal exofítica circunferencial, áreas de necrosis y ulceraciones (Fig. 2). Reporte histopatológico: linfoma no Hodgkin

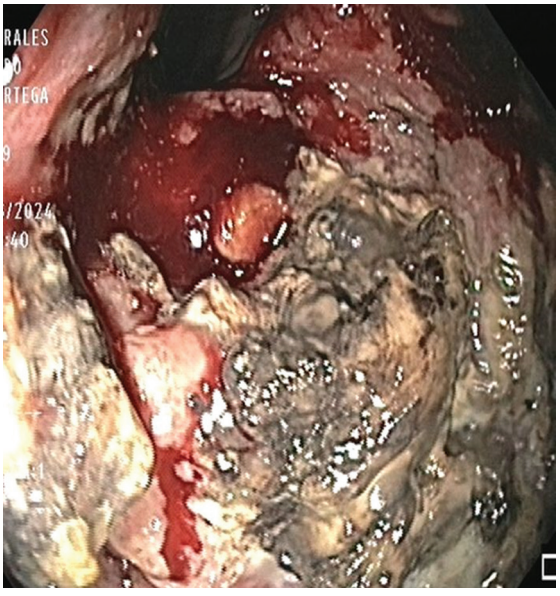


Figura 2. Tumoración rectal.

de células B, subtipo difuso de células grandes (proliferación del 90%), negativo para linfoma doble hit.

Discusión

El riesgo de desarrollar neoplasias es una complicación significativa secundaria a inflamación crónica de la mucosa colónica y está asociada con un aumento

en la incidencia de cáncer colorrectal, que puede ser hasta de 4.7 por cada 1,000 pacientes al año[4]. La vigilancia endoscópica consiste en realizar colonoscopia a partir de los 8 años del inicio de los síntomas en caso de pancolitis, a partir de los 12 años en colitis izquierda y anual en casos de colangitis esclerosante primaria[5]. La coexistencia de la colitis ulcerosa y VIH es poco común, pero presenta características específicas en su tratamiento y evolución. La literatura médica sugiere que la infección por VIH puede estar asociada con un fenotipo menos agresivo de la enfermedad inflamatoria intestinal, esto se traduce en una menor frecuencia de uso de terapias inmunosupresoras y biológicas en pacientes con EII y VIH en comparación con aquellos sin VIH. Es importante tener en cuenta que los pacientes con VIH tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones oportunistas, lo que puede complicar el manejo de la EII[6]. Se ha observado que la disminución de los recuentos de células CD4+ en pacientes con VIH puede estar asociada con una menor tasa de recaídas de la EII, lo que podría deberse a la inmunosupresión inducida por el VIH. Sin embargo, esta inmunosupresión también aumenta el riesgo de infecciones relacionadas con el SIDA, lo que requiere un manejo cuidadoso y equilibrado de la terapia inmunosupresora[7]. Este caso ilustra la complejidad en el diagnóstico y manejo de un paciente con antecedentes de colitis ulcerosa que desarrolló complicaciones infecciosas, destacando la importancia de una evaluación multidisciplinaria en la atención de estos pacientes. El linfoma en pacientes con CUCI tiene una baja incidencia. Este caso con evolución total de 4 años, con diagnósticos no claros y malas respuestas a tratamientos, con múltiples factores como el VIH, sífilis y hepatitis B, así como mal apego del paciente, lo que podría explicar su desenlace neoplásico.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal por su consideración.

Financiamiento

Los autores declaran no tener ningún ni apoyo financiero.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

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

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

1. García-Huitrón JA, López-Zertuche D, Cambranis-López E, Baralt-Zamudio R, Ortega-Chavarría, Ortega-Chavarría MJ. MJ. Colitis ulcerativa crónica idiopática: epidemiología, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Med Int Méx. 2023;39(2):288-300.
2. Dahra A, Mehdi Z, Gupta M, Dalal AK, Aggarwal P. Lymphoma presenting as splenomegaly splenocolic fistula in person living with HIV: a case report. Int J STD AIDS. 2024;35(10):818-21. doi:10.1177/09564624241257980
3. Olén O, Smedby KE, Erichsen R, Pedersen L, Halfvarson J, Hallqvist-Everhov Å, et al. Increasing risk of lymphoma over time in Crohn's disease but not in ulcerative colitis: a Scandinavian cohort study. Clin Gastroenterol Hepatol. 2023;21(12):3132-42. doi:10.1016/j.cgh.2023.04.001
4. Rubin D, Ananthakrishnan N, Siegel CA, Sauer BG, Long MD. ACG Clinical Guideline: Ulcerative colitis in adults. Am J Gastroenterol. 2019;114:384-413. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000152
5. To N, Ford AC, Gracie DJ. Systematic review with meta-analysis: The effect of tobacco smoking on the natural history of ulcerative colitis. Aliment Pharmacol Ther. 2016;44:117-26. DOI: 10.1111/apt.13663
6. Calafat M, Suria C, Mesonero F, de Francisco R, Yagüe Caballero C, de la Peña L, et al. HIV infection is associated with a less aggressive phenotype of inflammatory bowel disease: a multicenter study of the ENEIDA Registry. Am J Gastroenterol. 2025;120(2):431-9. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002965
7. Viazis N, Vlachogiannakos J, Georgiou O, Rodias M, Georgiadis D, Papastamopoulos V, et al. Course of inflammatory bowel disease in patients infected with human immunodeficiency virus. Inflamm Bowel Dis. 2010;16(3):507-11. DOI: 10.1002/ibd.21077