UNIDA Salud
health journal
e-ISSN: 2791-2728

Publicación periódica de acceso abierto, financiada y editada por la Universidad de la Integración de las Américas

https://doi.org/10.69940/sld.20261206

Reporte de caso

Linfoma plasmablástico en un paciente con VIH intervenido por sospecha de apendicitis del muñón: reporte de caso

Plasmablastic lymphoma in an HIV-positive patient operated on for suspected stump appendicitis: a case report

Víctor Raúl Luraschi Centurión[1], Juan Carlos Portillo Romero[1], Roun Kim[1], Blas Antonio Romero Dure[1]

[1] Hospital General de Luque, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: La apendicitis del muñón apendicular es una entidad infrecuente que puede presentarse años después de una apendicectomía. Los procesos neoplásicos que simulan esta condición son excepcionales. En pacientes con infección por VIH, los procesos linfoproliferativos gastrointestinales constituyen una consideración diagnóstica relevante. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, el abordaje quirúrgico y los hallazgos anatomopatológicos de un paciente con VIH intervenido por sospecha de apendicitis del muñón. **Presentación del caso:** Reporte descriptivo de un caso atendido en el Hospital General de Luque. Se presentan la evaluación clínica, los estudios de laboratorio y ecografía, los hallazgos laparoscópicos, el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico y la evolución intrahospitalaria. Paciente varón de 32 años, VIH positivo, apendicectomizado 10 años antes, consultó por dolor epigástrico irradiado a fosa ilíaca derecha de 30 horas de evolución. Presentaba dolor localizado con defensa, sin signos de irritación peritoneal generalizada. Los *scores* clínicos fueron Alvarado 4, AIR 3 y RIPASA 8. Laboratorio con leucopenia (3.780/mm³) y PCR 5,1 mg/L. La ecografía informó estructura tubular no compresible de 9 mm en región cecal con cambios inflamatorios adyacentes y líquido libre. Se realizó una laparoscopía diagnóstica en la que se constató una estructura tubular inflamatoria compatible con remanente apendicular y se realizó su resección. El estudio anatomopatológico confirmó linfoma plasmablástico. **Discusión:** El dolor en fosa ilíaca derecha en pacientes previamente apendicectomizados no siempre corresponde a apendicitis del muñón. En pacientes inmunocomprometidos, deben considerarse procesos linfoproliferativos como diagnóstico diferencial. El estudio histopatológico sistemático es fundamental.

Palabras clave: Apendicitis del muñón, dolor en fosa ilíaca derecha, linfoma gastrointestinal, linfoma plasmablástico, VIH.

ABSTRACT

Background: Stump appendicitis is a rare delayed complication after appendectomy. Neoplastic processes mimicking this entity are exceptional. In HIV-positive patients, gastrointestinal lymphoproliferative disorders must be considered in the differential diagnosis. **Objective:** To describe the clinical presentation, surgical management, and pathological findings of an HIV-positive patient operated on for suspected stump appendicitis. **Case presentation:** A descriptive case report from Hospital General de Luque. Clinical assessment, laboratory and ultrasound findings, laparoscopic findings, histopathological and immunohistochemical examination, and in-hospital outcomes are presented. A 32-year-old HIV-positive male with a history of appendectomy 10 years prior presented with 30 hours of epigastric pain radiating to the right iliac fossa. He had localized tenderness with guarding, without signs of generalized peritoneal irritation. Clinical scores were Alvarado 4, AIR 3, and RIPASA 8. Laboratory findings: leukopenia (3,780/mm³) and CRP 5.1 mg/L. Ultrasound showed a non-compressible 9-mm tubular structure arising from the cecum with surrounding inflammatory changes and free fluid. Diagnostic laparoscopy revealed an inflamed tubular structure consistent with an appendiceal stump, and a laparoscopic stump resection was performed. The pathological examination confirmed plasmablastic lymphoma. **Discussion:** Right iliac fossa pain after appendectomy is not always due to stump appendicitis. In immunocompromised patients, lymphoproliferative disorders should be considered. Routine histopathological evaluation remains essential for accurate diagnosis.

Keywords: Gastrointestinal lymphoma, HIV, plasmablastic lymphoma, right iliac fossa pain, stump appendicitis.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis del muñón apendicular es una entidad poco frecuente descrita como complicación tardía de la apendicectomía, y suele generar un reto diagnóstico debido al antecedente quirúrgico previo y la similitud clínica con apendicitis aguda tradicional

Para correspondencia dirigirse a: Roun Kim rouni87@hotmail.com
Recibido: 4 de marzo de 2026. **Aceptado:** 10 de julio de 2026.
Conflictos de interes: Ninguna que declarar. **Fuente de financiamiento:** Los autores declaran no haber recibido financiación externa para el desarrollo de la investigación.
Editor responsable: Nidia Glavinich Romero

Este es un artículo publicado en Acceso Abierto bajo Licencia Creative Commons CC-BY, que permite el uso sin restricciones, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que se cite debidamente la obra original.

(1,2). En una revisión sistemática se ha reportado que el intervalo entre la cirugía inicial y la aparición de síntomas puede variar desde días hasta décadas, con diagnóstico a menudo retrasado por falta de sospecha clínica (3). Un estudio retrospectivo muestra que la incidencia es baja, de 0,15 % de casos post apendicectomía, y el diagnóstico preoperatorio frecuentemente requiere imágenes como tomografía computarizada (4).

Los linfomas primarios que afectan el apéndice son extremadamente raros dentro de las neoplasias gastrointestinales, representando una mínima proporción de los linfomas extranodales (5). Sin embargo, pueden presentarse clínicamente de forma indistinguible de apendicitis aguda debido a obstrucción luminal o reacción inflamatoria secundaria (5-7). Casos de linfoma difuso de células B y otros subtipos han sido reportados en la literatura como presentaciones inusuales de "apendicitis" (6,7). Estos hallazgos enfatizan la importancia del estudio histopatológico incluso en piezas quirúrgicas aparentemente inflamatorias.

El objetivo de este reporte es describir la presentación clínica, el abordaje quirúrgico y los hallazgos anatomopatológicos de un paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) intervenido por sospecha de apendicitis del muñón, y discutir la correlación entre el diagnóstico presuntivo y el hallazgo neoplásico informado.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Se presenta un reporte descriptivo de un caso atendido en 2024 en el Hospital General de Luque. La exposición comprende los antecedentes, la evaluación clínica y ecográfica, los resultados de laboratorio, los hallazgos operatorios, el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico y la evolución intrahospitalaria. La discusión contextualiza el caso mediante literatura publicada.

La selección del caso responde a criterios investigativos y pedagógicos dada la escasa frecuencia de esta patología y la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales.

El paciente fue suficientemente informado sobre la investigación acerca de su caso y brindó su consentimiento informado por escrito para su publicación, resguardando su identidad.

Se trata de un paciente masculino de 32 años, con antecedente de infección por VIH, controles médicos irregulares y baja adherencia al tratamiento antirretroviral, además de antecedente de apendicectomía abierta 10 años antes en otro centro. Consultó por dolor epigástrico tipo punzante de 30 horas de evolución, irradiado a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas sin vómitos. Negaba fiebre, anorexia u otros síntomas acompañantes.

Al ingreso presentaba signos vitales estables. El examen abdominal evidenció cicatriz de McBurney, abdomen blando y depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha con defensa localizada, sin signos de rebote.

Los *scores* clínicos para apendicitis fueron: Alvarado 4, Appendicitis Inflammatory Response (AIR) 3 y Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis (RIPASA) 8.

El laboratorio mostró hemoglobina 10,6 g/dL; hematocrito de 31 %; leucocitos 3.780/mm³, neutrófilos de 57 % y proteína C reactiva 5,1 mg/L.

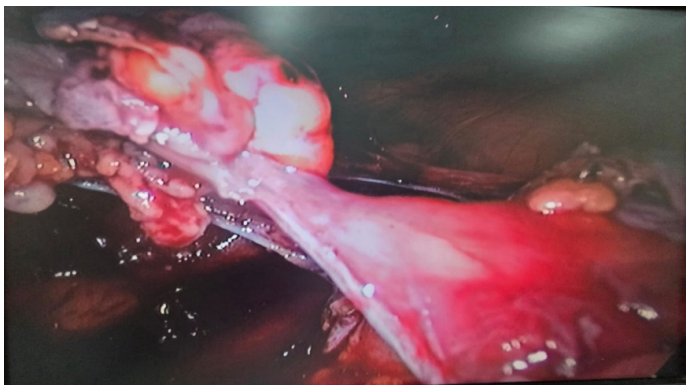
No fue posible contar con determinaciones de carga viral ni recuento de linfocitos CD4 durante la internación debido a limitaciones institucionales relacionadas con la disponibilidad de reactivos de laboratorio. Posteriormente, el seguimiento ambulatorio resultó dificultoso por la escasa adherencia del paciente a controles médicos.

La ecografía abdominal informó en fosa ilíaca derecha estructura tubular no compresible de 9 mm de diámetro anteroposterior, aperistáltica, dependiente del ciego, con aumento de ecogenicidad de tejidos adyacentes y líquido libre homogéneo estimado en 50 cc.

Con diagnóstico presuntivo de proceso inflamatorio del muñón apendicular se realizó una laparoscopía diagnóstica. Se constataron múltiples adherencias de epiplón a la pared abdominal y proceso inflamatorio plástico a nivel del ciego. Siguiendo las tenias colónicas se identificó un remanente tubular compatible con muñón apendicular como se expone en Figura 1 (A y B), el cual fue clipado con Hem-o-lok® y resecado. La pieza fue extraída por puerto umbilical.

El estudio anatomopatológico describió múltiples fragmentos de tejido fibroadiposo infiltrados por proliferación de células atípicas discohesivas con núcleos irregulares, escaso citoplasma, figuras mitóticas y restos apoptóticos, dispuestas en sábana infiltrando serosa, tejido fibroadiposo y, focalmente, pared muscular lisa, hallazgo compatible con la pared del muñón apendicular; no se observó mucosa en los cortes examinados, lo cual se atribuyó a

A



B

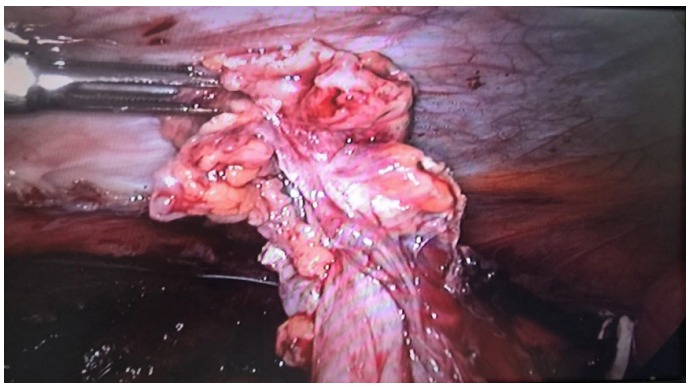
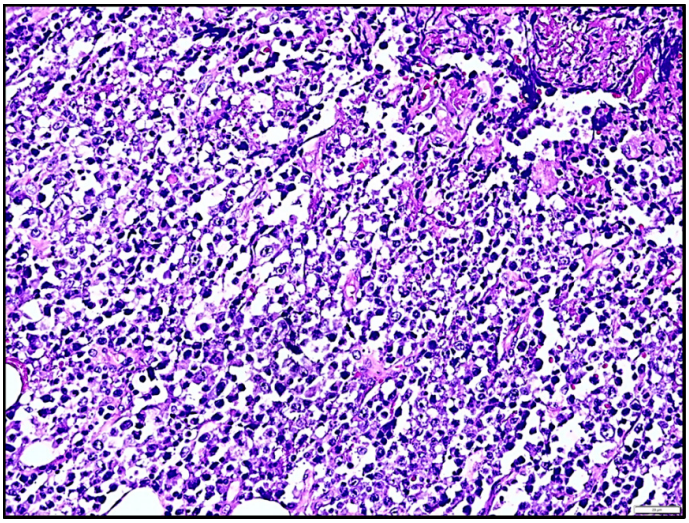


Figura 1. A. Remanente tubular compatible con muñón apendicular. **B.** Remanente tubular compatible con muñón apendicular.

la naturaleza fragmentada del material remitido, como se expone en la Figura 2 (A y B). Se plantearon diagnósticos diferenciales entre proceso inflamatorio reactivo, linfoma no Hodgkin de otros subtipos, linfoma de Hodgkin clásico, neoplasia linfoblástica, entidades linfoproliferativas asociadas al herpesvirus humano tipo 8 (HHV8) y carcinoma pobremente diferenciado.

El estudio inmunohistoquímico mostró positividad difusa e intensa para antígeno leucocitario común (LCA) en las células tumorales, lo que confirmó su origen hematolinfoide y descartó un carcinoma pobremente diferenciado. La ausencia de expresión de CD20 y PAX5 en las células tumorales, junto con la expresión heterogénea de CD79a, evidenció una pérdida del inmunofenotipo B convencional, mientras que la positividad difusa para MUM1 apoyó una diferenciación plasmocítica. Los marcadores de estirpe T y de células asesinas naturales (NK) —CD3, CD2, CD5, CD7, CD4 y CD56— resultaron negativos en las células tumorales, con expresión conservada en la población linfoide T acompañante (controles internos adecuados), lo que descartó un linfoma de estirpe T/NK. La negatividad para CD15 y desoxinucleotidil transferasa terminal (TdT), junto con la ausencia de expresión de CD34 y CD43, permitió excluir linfoma de Hodgkin clásico y neoplasias linfoblásticas precursoras, respectivamente, a pesar de la positividad heterogénea para CD30. La negatividad para BCL6 y CD10, junto con la positividad difusa para BCL2, fue consistente con un origen post-centrogerminal. El índice proliferativo Ki-67 fue elevado (aproximadamente 80 %), compatible con una neoplasia de alto grado, y la negatividad para HHV8 descartó entidades linfoproliferativas asociadas a este virus, particularmente relevantes en el contexto de inmunosupresión por VIH.

A



B

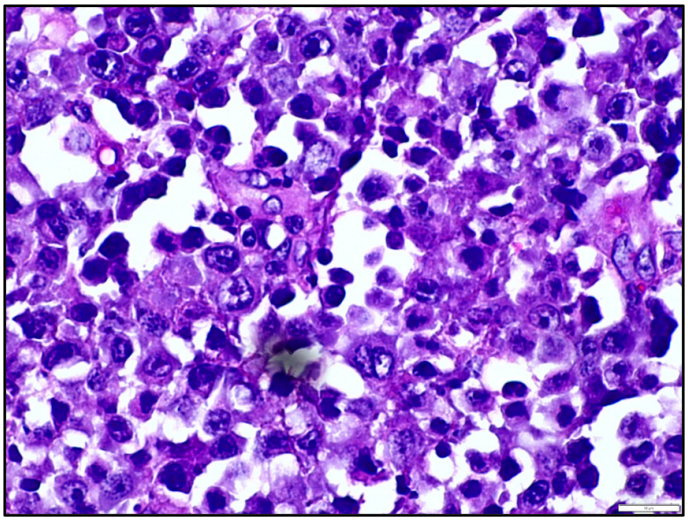


Figura 2. A. Células discohesivas, medianas a grandes, núcleos vesiculosos y nucléolo prominente. Hematoxilina-eosina (HE), 20X. **B**. Células discohesivas, medianas a grandes, núcleos vesiculosos y nucléolo prominente. HE 60X.

La determinación de cadenas livianas kappa/lambda no resultó evaluable, por lo que la clonalidad no pudo confirmarse por este método; sin embargo, el conjunto de hallazgos morfológicos (células atípicas discohesivas, alto índice mitótico y restos apoptóticos) e inmunofenotípicos (pérdida de marcadores B convencionales con diferenciación plasmocítica, alto índice proliferativo y expresión de C-MYC en el 50 % de las células tumorales) resultó consistente con el diagnóstico de linfoma plasmablástico de alto grado, en concordancia con los criterios diagnósticos reconocidos para esta entidad en el contexto de infección por VIH.

El paciente presentó evolución postoperatoria favorable, tolerando vía oral y sin complicaciones infecciosas ni abdominales, por lo que fue dado de alta al tercer día postoperatorio. Considerando el diagnóstico anatomopatológico definitivo y su antecedente de infección por VIH, fue derivado al servicio especializado correspondiente para seguimiento infectológico y evaluación oncohematológica, con indicaciones precisas de signos de alarma y controles ambulatorios. Sin embargo, debido a la escasa adherencia a controles médicos, no fue posible completar un seguimiento clínico prolongado.

DISCUSIÓN

La apendicitis del muñón apendicular es una complicación infrecuente de la apendicectomía, secundaria a la persistencia de un remanente apendicular susceptible de inflamación (1,2). Su incidencia es baja y suele diagnosticarse tardíamente debido a que el antecedente de apendicectomía disminuye la sospecha clínica inicial (3). Se han descrito intervalos variables entre la cirugía primaria y la aparición de síntomas, que pueden abarcar desde meses hasta varias décadas (1,2).

Desde el punto de vista clínico e imagenológico, la apendicitis del muñón no difiere sustancialmente de la apendicitis aguda convencional. La ecografía puede mostrar una estructura tubular no compresible dependiente del ciego con cambios inflamatorios pericecales, mientras que la tomografía computarizada mejora la precisión diagnóstica al identificar el remanente inflamado (3,4). En el presente caso, los hallazgos ecográficos eran compatibles con muñón inflamado, lo que justificó la conducta quirúrgica.

Sin embargo, ciertos elementos clínicos resultaban atípicos. Los *scores* de apendicitis fueron Alvarado 4, AIR 3 y RIPASA 8, y el laboratorio evidenció leucopenia en lugar de leucocitosis. Aunque la infección por VIH puede modificar la respuesta inflamatoria sistémica, la leucopenia en un contexto de dolor localizado sugiere ampliar el espectro diagnóstico más allá de un proceso inflamatorio simple.

Los linfomas primarios del apéndice son extremadamente raros y representan una pequeña fracción de las neoplasias

apendiculares (5). La mayoría de los casos reportados corresponden a linfomas de células B. Existen escasos reportes de linfomas gastrointestinales que se presentan como apendicitis aguda o apendicitis del muñón, particularmente en pacientes inmunocomprometidos (5-8). La mayoría corresponden a linfoma difuso de células B grandes, mientras que el linfoma plasmablástico representa una variante aún menos frecuente y altamente agresiva, estrechamente asociada a infección por VIH e inmunosupresión avanzada (9,10). En varios casos publicados, los hallazgos clínicos e imagenológicos fueron indistinguibles de un proceso inflamatorio apendicular convencional, y el diagnóstico definitivo se obtuvo únicamente mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica (5-8). El presente caso comparte estas características, destacándose además la ausencia de una masa tumoral macroscópica evidente durante la laparoscopía diagnóstica.

En pacientes con inmunosupresión, especialmente aquellos con infección por VIH, los linfomas no Hodgkin de alto grado son más frecuentes, y el tracto gastrointestinal constituye un sitio frecuente de compromiso extranodal (10). La abundancia de tejido linfoide en la región ileocecal podría explicar la localización pericecal observada en el paciente.

Un aspecto relevante de este caso es que intraoperatoriamente no se evidenció una masa tumoral macroscópicamente definida, sino un proceso inflamatorio plástico con adherencias, hallazgos que pueden corresponder tanto a inflamación crónica como a infiltración neoplásica subyacente. El diagnóstico definitivo fue posible únicamente mediante estudio histopatológico e inmunohistoquímico, lo que refuerza la necesidad de análisis sistemático de todas las piezas quirúrgicas, incluso en procedimientos realizados bajo diagnóstico presuntivo inflamatorio.

Este caso subraya la importancia de mantener un alto índice de sospecha en pacientes inmunocomprometidos con dolor en fosa ilíaca derecha, especialmente cuando los hallazgos clínicos y laboratoriales no son plenamente concordantes con apendicitis aguda clásica.

Una limitación del presente caso fue la imposibilidad de contar con caracterización inmunológica completa mediante carga viral y recuento de CD4, así como la dificultad para realizar un seguimiento prolongado debido a la baja adherencia del paciente a los controles médicos.

CONCLUSIÓN

La apendicitis del muñón apendicular constituye una causa poco frecuente pero reconocida de dolor en fosa ilíaca derecha en pacientes previamente apendicectomizados. No obstante, como demuestra este caso, un cuadro clínico e imagenológico compatible con inflamación del muñón puede ocultar una patología neoplásica subyacente.

En pacientes con infección por VIH u otras condiciones de inmunosupresión, los procesos linfoproliferativos gastrointestinales deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial, particularmente ante hallazgos atípicos como leucopenia o *scores* clínicos no concluyentes.

El estudio histopatológico sistemático de toda pieza quirúrgica sigue siendo un pilar fundamental en la práctica quirúrgica, ya que puede modificar sustancialmente el diagnóstico, el enfoque terapéutico y el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hendahewa R, Shekhar A, Ratnayake S. The dilemma of stump appendicitis – a case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2015;14:101-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.07.017.

2. Soh CL, Shetty S, Abdalla S, Soggiu F. 'Stumped' by stump appendicitis—a case report and literature review. J Surg Case Rep. 2024;2024(9):rjae573. doi: 10.1093/jscr/rjae573.

3. Leff DR, Sait MR, Hanief M, Salakianathan S, Darzi AW, Vashisht R. Inflammation of the residual appendix stump: a systematic review. Colorectal Dis. 2012;14(3):282-93. doi: 10.1111/j.1463-1318.2010.02487.x.

4. Dikicier E, Altintoprak F, Ozdemir K, Gundogdu K, Uzunoglu MY, Cakmak G, et al. Stump appendicitis: a retrospective review of 3130 consecutive appendectomy cases. World J Emerg Surg. 2018;13:22. doi: 10.1186/s13017-018-0182-5.

5. Caristo G, Griseri G, Fornaro R, Langone A, Franceschi A, Errigo V, et al. Primary lymphoma of appendix presenting as acute appendicitis: a case report. Int J Surg Case Rep. 2018;48:30-3. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.04.031.

6. Putra JA, Theresia E, Angeline D. Primary lymphoma of the appendix presenting as acute appendicitis: a case report. Intisari Sains Medis. 2024;15(2):912-4. doi: 10.15562/ism.v15i2.2081.

7. Solis-Pazmino P, Vasques L, Maldonado P, Lunardi JD, Schneider M, Gorgen A. Hidden lymphoma in the appendix: a case of primary appendiceal diffuse large B-cell lymphoma presenting as acute appendicitis. J Surg Case Rep. 2023;2023(6):rjad289. doi: 10.1093/jscr/rjad289.

8. Govil Bhasker A, Kotecha JD, Pandey R, Wani S. Non-Hodgkin's lymphoma of the appendix and distal ileum: a rare case report. J Minim Access Surg. 2021;17(4):548-50. doi: 10.4103/jmas.JMAS_3_21.

9. Castillo JJ, Reagan JL. Plasmablastic lymphoma: a systematic review. ScientificWorldJournal. 2011;11:687-96. doi: 10.1100/tsw.2011.59.

10. Morscio J, Dierickx D, Nijs J, Verhoef G, Bittoun E, Vanoeteren X, et al. Clinicopathologic comparison of plasmablastic lymphoma in HIV-positive, immunocompetent, and posttransplant patients: single-center series of 25 cases and meta-analysis of 277 reported cases. Am J Surg Pathol. 2014;38(7):875-86. doi: 10.1097/PAS.0000000000000234.