


## V CONGRESO CUBANO DE IMAGENOLOGÍA

# ENFERMEDAD DE CASTLEMAN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Dr. Ariel González López.  
Dra. Daymis Rabeiro González.  
Dra. Elisa Rodríguez Hernández.  
Est. Alejandro González Tadeo.


**LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN** (o hamartoma linfoideo, linfoma gigante benigno, hiperplasia angiofolicular de los nódulos linfáticos) es un trastorno linfoproliferativo raro, de curso usualmente benigno de etiología desconocida y pobremente entendido. Resulta de un crecimiento no regulado.


Fue descrita en 1956 por Benjamín Castleman quien reportó una serie de casos de pacientes con nódulos linfáticos mediastinales hiperplásicos.



Presenta 2 variantes con pronóstico y tratamiento muy diferentes: la forma multicéntrica y la unicéntrica, que supone el 70% de los casos.

Las localizaciones más frecuentes son el tórax (70%), el cuello, el abdomen, el retroperitoneo y la pelvis.






Histológicamente se clasifica en dos tipos:  
hialinovascular (la más frecuente) y la variedad  
de células plasmáticas (que representa sólo un  
10-20% de los casos).

La forma unicéntrica es un trastorno generalmente  
benigno, que suele corresponderse con la forma  
hialinovascular. Aparece en adultos jóvenes, y la  
mayor parte de los pacientes están  
asintomáticos.

La forma multicéntrica aparece en adultos mayores y habitualmente está asociada con la variedad de células plasmáticas, una enfermedad sistémica con adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, fiebre y sudoración nocturna, además de frecuentemente asociada con infección por el VIH, así como pérdida del peso, erupción de piel, destrucción temprana de los eritrocitos, conduciendo inusualmente a la anemia hemolítica, y/o a hipergammaglobulinemia, pudiendo resultar en transformación maligna similar al linfoma de Hodgkin.

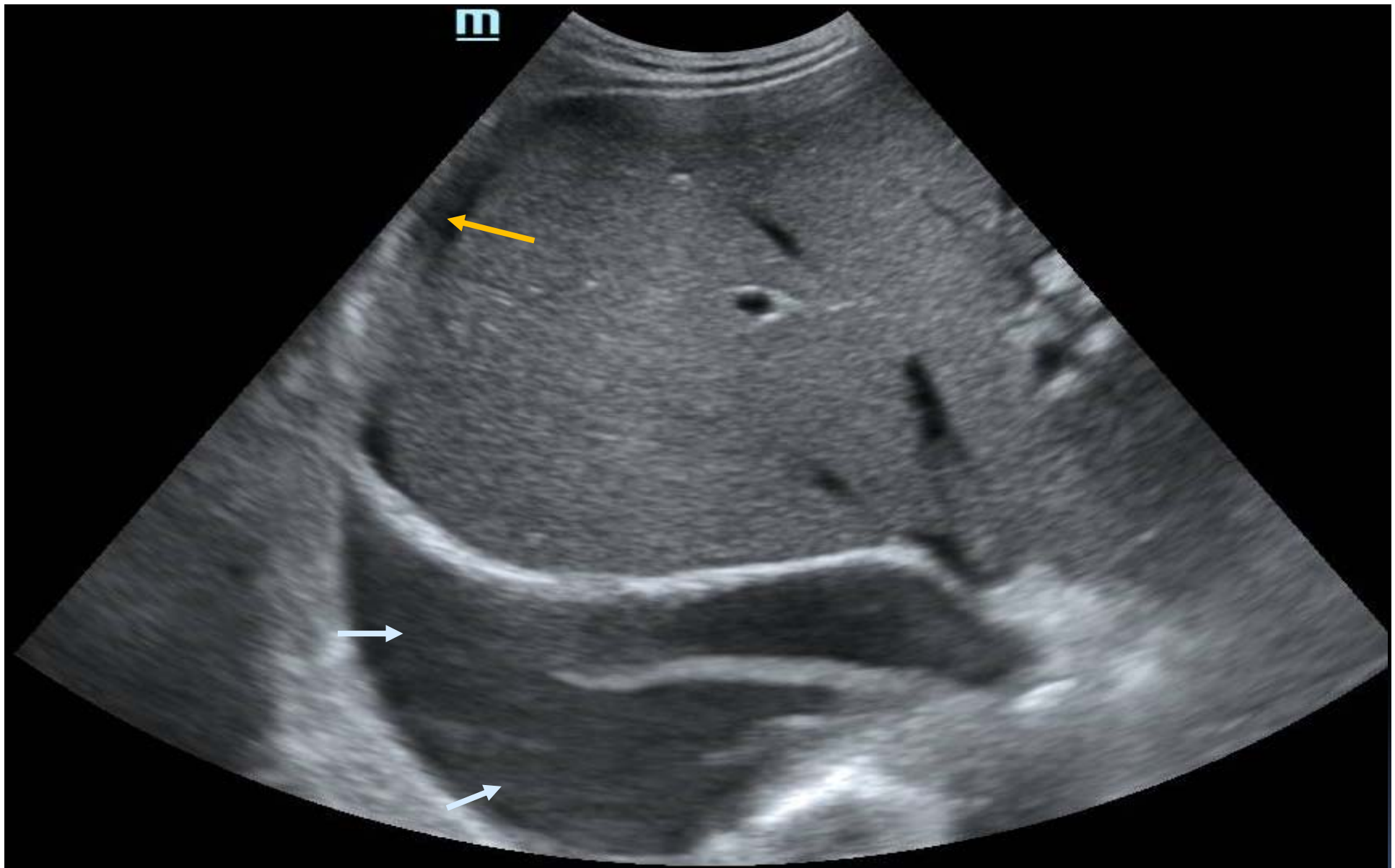


El tratamiento de elección de la forma unicéntrica es quirúrgico, y la extirpación completa es curativa en la mayoría de los casos. Si la lesión no es completamente resecable, el pronóstico también es favorable con resección parcial, y el paciente puede permanecer asintomático durante años. Otras opciones terapéuticas incluyen embolización preoperatoria, radioterapia y quimioterapia.

En la forma multicéntrica, la resección quirúrgica no es suficiente, y es necesario asociar tratamiento con radioterapia y quimioterapia.

## DATOS CLÍNICOS.

RPM, Paciente masculino de raza blanca, de 71 años de edad, con cuadro clínico debutando hace 7 años con adenopatías supraclaviculares, presentando posteriormente cuadro adénico generalizado llegando a provocar suboclusión intestinal. Asociado a esto presentó fiebre intermitente entre 38-39 grados centígrados, trastornos gastrointestinales, sudoraciones nocturnas y pérdida de peso no cuantificada. Recibió tratamiento empírico con antibiótico y esteroides con poca mejoría de su sintomatología.

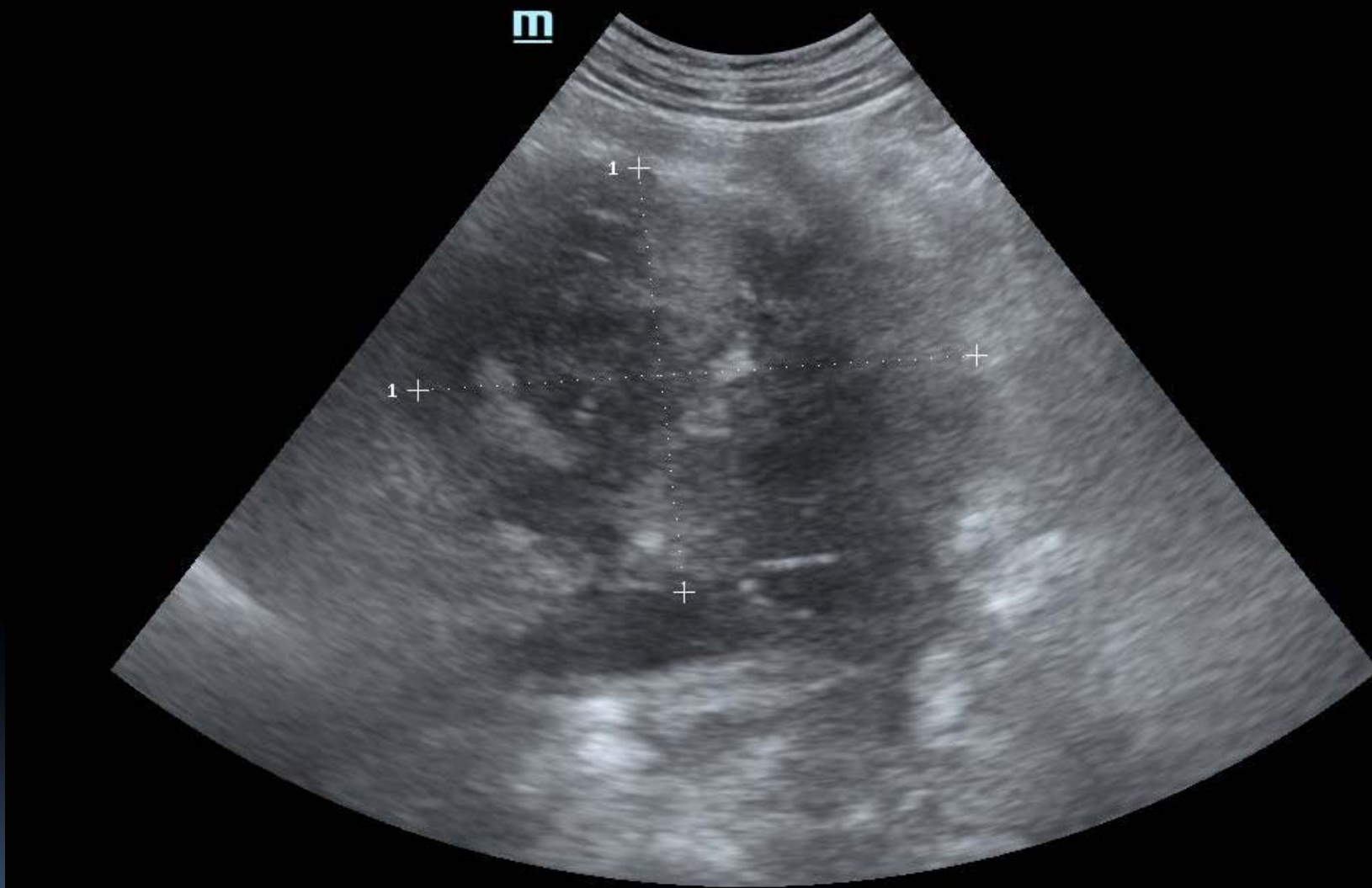


## ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO ABDOMINAL

- DERRAME PLEURAL DERECHO
- ASCITIS

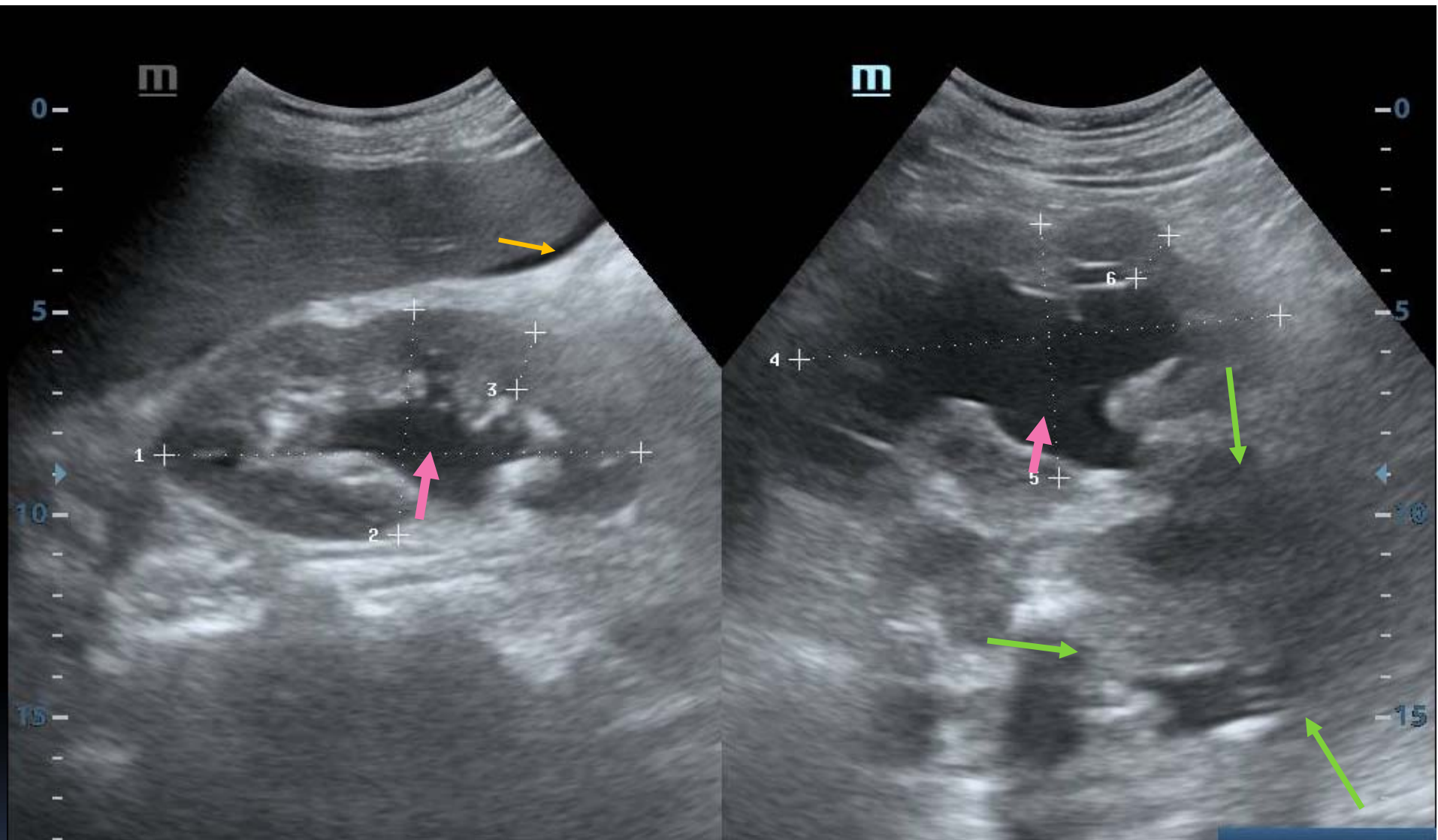


1 Dist1 10.25 cm  
Dist2 13.45 cm 3



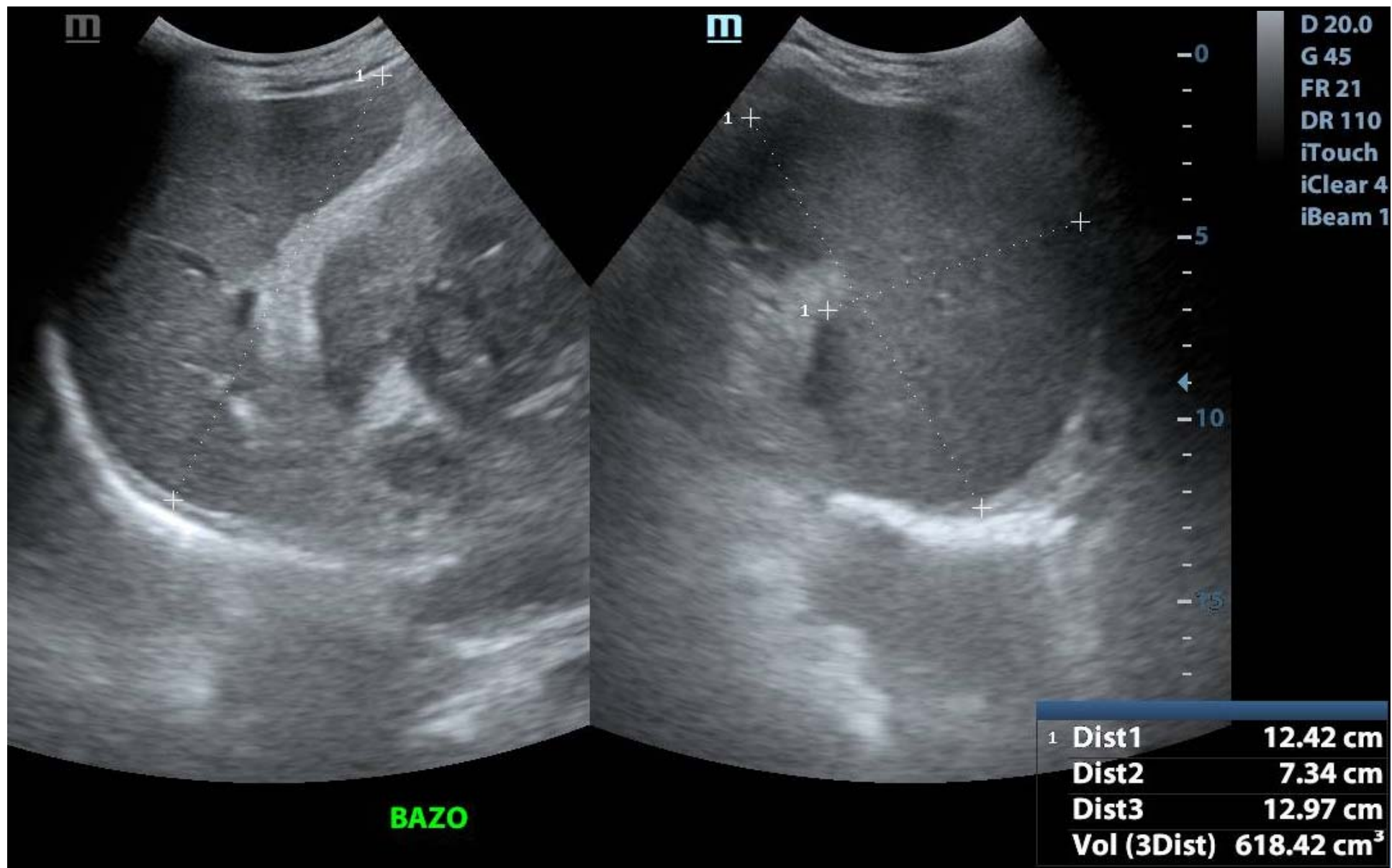
ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO  
ABDOMINAL

- CONGLOMERADO GANGLIONAR,  
MASA RETROPERITONEAL



## ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO ABDOMINAL

- CONGLOMERADO GANGLIONAR
- HIDRONEFROSIS BILATERAL
- ASCITIS

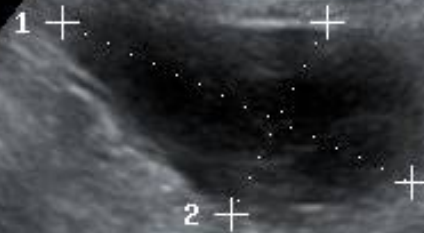


ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO  
ABDOMINAL

• **ESPLENOMEGALIA**

1 Dist 5.91 cm  
2 Dist 3.30 cm S 0.3

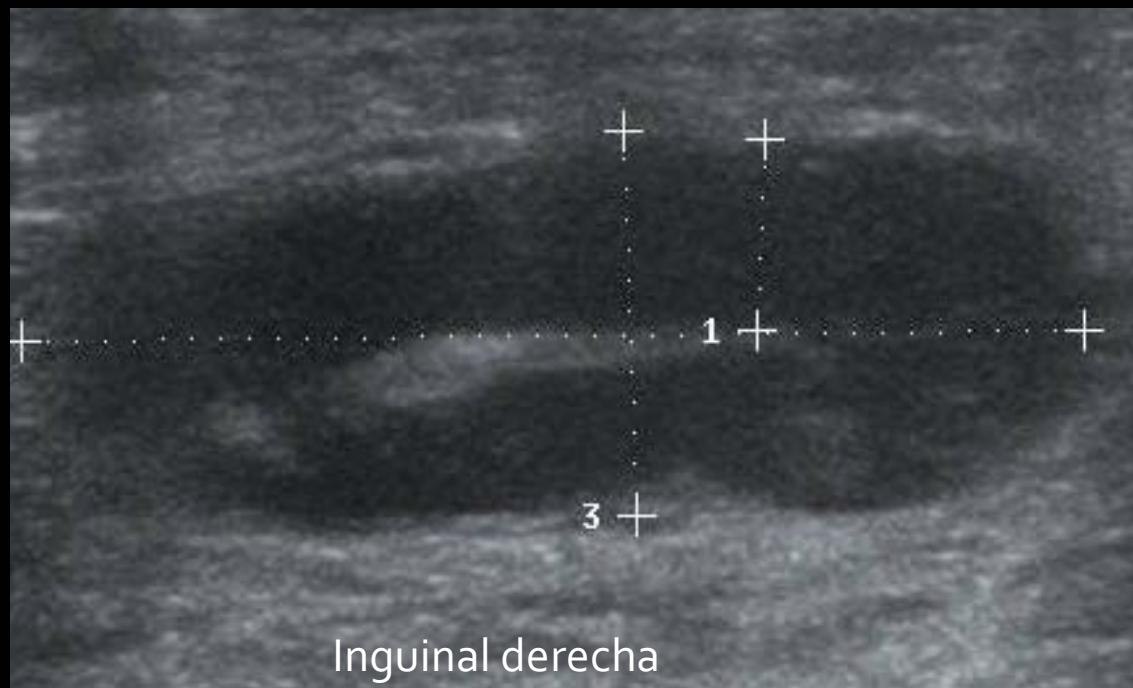
m



ULTRASONIDO DIAGNÓSTICO  
ABDOMINAL

- ADENOPATIA INGUINAL DERECHA





**ULTRASONIDO DE  
CADENAS  
GANGLIONARES.**

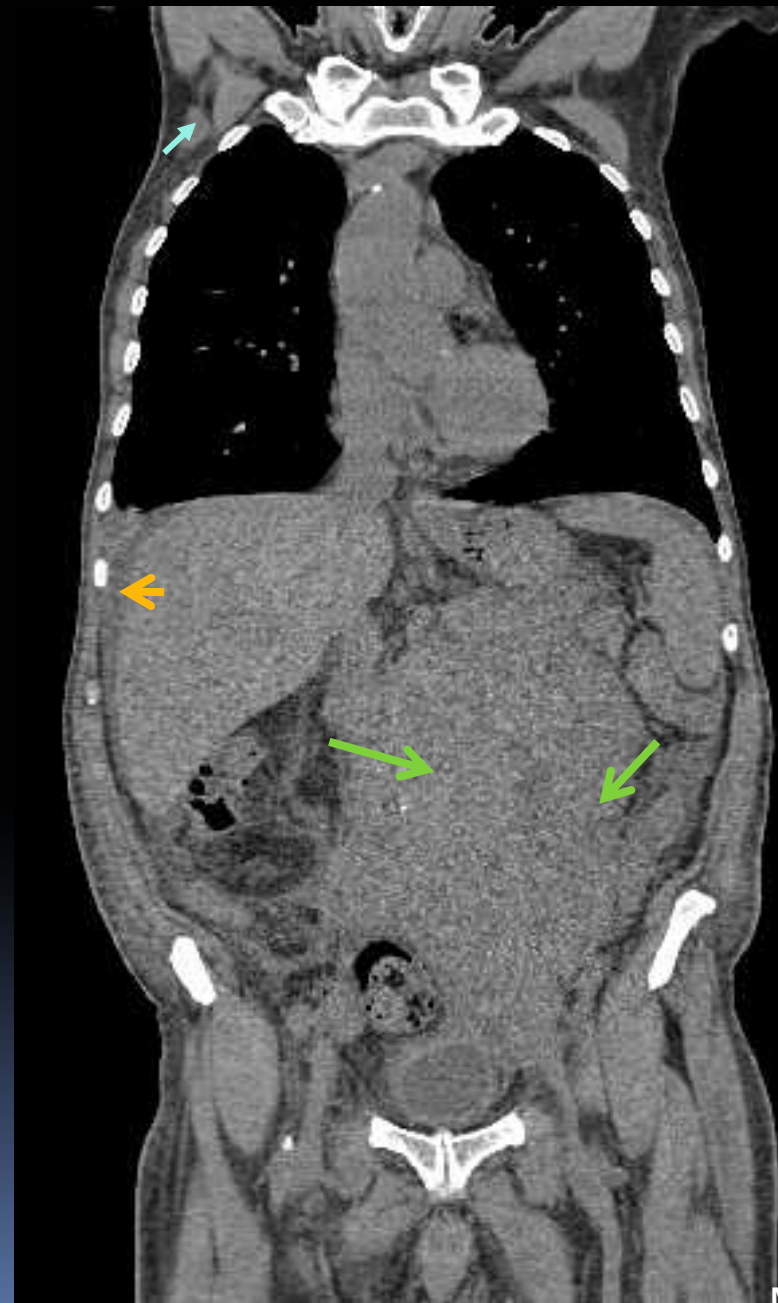
- **ADENOPATÍAS PERIFÉRICAS  
HIPOECOICAS**





- ASCITIS
- CONGLOMERADO GANGLIONAR
- DILATACIÓN PIELOCALICIAL
- ADENOPATIAS PERIFERICAS

TC TORACOABDOMINAL SP



MPR

- ADENOPATIAS INGUINALES
- CONGLOMERADO GANGLIONAR



TC TORACOABDOMINAL SP

# Diagnóstico Histopatológico

- Se realiza exéresis de adenopatía inguinal derecha.

Enfermedad de Castleman, variedad de células plasmática.

El paciente fallece a los 3 meses de realizado el diagnóstico.





# CONCLUSIONES

La enfermedad de Castleman es una entidad rara cuyo diagnóstico requiere un alto grado de sospecha, dada la ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos específicos; el diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial de cualquier masa ganglionar.