





# Linfoma de Hodgkin con afectación hepática primaria: más allá de la presentación habitual

*Hodgkin lymphoma with primary hepatic involvement: Beyond the usual presentation*

Giselle María Padilla-Gutiérrez<sup>1</sup> , Lizeth Gabriela Garzón-Guerrón<sup>2</sup>   
Leonardo Fabio Brochado-Fontalvo<sup>3</sup> , Fernando Luis García-del Risco<sup>4</sup> 

### Resumen

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia maligna de origen linfoide, que afecta con mayor frecuencia los ganglios linfáticos, pero puede extenderse al bazo, el hígado, la médula ósea y otros órganos. La forma de presentación más frecuente consiste adenopatías cervicales no dolorosas. La expresión clínica inicial del LH con compromiso hepático colestásico es poco común y, cuando se manifiesta, es en estadios avanzados de la enfermedad. Se presenta el caso de una paciente de 61 años con antecedente de hepatitis B crónica, quien consultó por fiebre prolongada y pérdida de peso, hiperbilirrubinemia y hepatomegalia palpable. La colangiografía mostró múltiples lesiones focales hepáticas sugestivas de neoplasia. Ante la sospecha de malignidad, se realizó una resección hepática en cuña, cuyo estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de linfoma de Hodgkin primario de hígado. La evolución posquirúrgica fue desfavorable, con desarrollo de insuficiencia hepática fulminante asociada a encefalopatía, coagulopatía severa y disfunción multiorgánica, con desenlace fatal a las 48 horas de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

**Palabras clave:** linfoma de Hodgkin, hígado, colestasis, insuficiencia hepática.

### Abstract

Hodgkin lymphoma (HL) is a malignant neoplasm of lymphoid origin that most commonly affects the lymph nodes but may also involve the spleen, liver, bone marrow, and other organs. The most common presentation is painless cervical lymphadenopathy. The initial clinical presentation of HL with cholestatic liver involvement is uncommon and, when it occurs, it is in advanced stages of the

<sup>1</sup> Médica, Residente de Medicina Interna, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Seccional Barranquilla. Barranquilla, Colombia.

<sup>2</sup> Médica, Residente de Medicina Interna, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Simón Bolívar, Seccional Barranquilla. Barranquilla, Colombia. Email: lizeth.garzon@unisimon.edu.co.

<sup>3</sup> Médico, Especialista en Medicina Interna, MSc en Epidemiología, Químico Farmacéutico, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

<sup>4</sup> Médico, Especialista en Gastroenterología, Especialista en Docencia Universitaria. Profesor de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Jefe del Servicio de Gastroenterología, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.  
Hepatología 2026;7:162-168. <https://doi.org/10.59093/27112330.167>.  
Asociación Colombiana de Hepatología, 2026.  
Recibido el 7 de enero de 2025; aceptado el 20 de marzo de 2026.

disease. We present the case of a 61-year-old female patient with a history of chronic hepatitis B who presented with prolonged fever and weight loss, hyperbilirubinemia, and palpable hepatomegaly. Magnetic resonance cholangiography revealed multiple focal hepatic lesions suggestive of neoplasia. Given the suspicion of malignancy, a hepatic wedge resection was performed, and a histopathological examination confirmed the diagnosis of primary hepatic Hodgkin lymphoma. The postoperative course was unfavorable, with the development of fulminant hepatic failure with encephalopathy, severe coagulopathy, and multiorgan dysfunction, resulting in death 48 hours after admission to the intensive care unit.

**Keywords:** Hodgkin lymphoma, liver, cholestasis, liver failure.

## Introducción

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia maligna de origen linfoide que típicamente afecta los ganglios linfáticos, pero en ocasiones puede involucrar otros órganos, y se caracteriza por la presencia de células de Reed-Sternberg en un microambiente inflamatorio reactivo [1,2]. Representa aproximadamente el 10 % de todos los linfomas y suele afectar predominantemente a adultos jóvenes [1,2,3]. Desde el punto de vista histopatológico, una de sus variantes menos comunes es el LH clásico rico en histiocitos y linfocitos, que presenta un comportamiento clínico variable y rasgos histopatológicos particulares [4].

El compromiso hepático en el LH sistémico constituye una manifestación infrecuente, con una prevalencia reportada de aproximadamente el 5 % de los pacientes y su presencia se asocia con estadios avanzados de la enfermedad (estadio IV), lo cual impacta de manera significativa en el diagnóstico, la estadiificación y el enfoque terapéutico [2,5-7]. En contraste, el LH primario hepático tiene una presentación extremadamente infrecuente. La literatura disponible se limita principalmente a reportes de casos, dado que esta presentación representa menos del 0,4 % de los linfomas hepáticos primarios [8,9,10].

Desde el punto de vista clínico, la infiltración hepática puede manifestarse como hepatomegalia, disfunción hepática o síntomas inespecíficos, lo que puede conducir a un retraso en el diagnóstico. Por ello, la identificación temprana de esta complicación es crucial, ya que modifica sustancialmente el pronóstico y las decisiones terapéuticas [6,9].

En este reporte, se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de LH clásico rico en histiocitos y linfocitos, con presentación primaria hepática, destacando los hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos, así como el abordaje diagnóstico y terapéutico empleado.

## Caso clínico

Se describe el caso de una paciente femenina de 61 años con antecedente de hepatitis B crónica, diagnosticada 21 años antes del cuadro actual y en tratamiento con tenofovir disoproxil (300 mg/día, vía oral). La paciente inició su enfermedad actual dos meses antes de la valoración, manifestando un cuadro clínico caracterizado por fiebre intermitente de hasta 39 °C, sin predominio horario, dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómito y pérdida de peso no intencionada de 8 kg. Progresivamente, desarrolló ictericia mucocutánea generalizada. A la exploración física de ingreso, se encontraba febril. El hallazgo más relevante fue una

hepatomegalia dolorosa a la palpación abdominal, sin otros datos de significancia en el resto del examen.

Los exámenes de laboratorio realizados en el momento de la hospitalización evidenciaron anemia (hemoglobina: 8,70 g/dL), hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa (bilirrubina total: 5,10 mg/dL; bilirrubina directa: 2,30 mg/dL) y enzimas hepáticas levemente alteradas (ALT: 131,0 UI/L; AST: 91,0 UI/L). Los marcadores tumorales fueron negativos (CA 19-9: 3,9 U/mL; CA 125: 14,7 U/mL; antígeno carcinoembrionario: 1,82 U/mL; alfafetoproteína: 4,82 U/mL; CA 15-3: 33,7 U/mL). El antígeno de superficie para hepatitis B (AgHBs) fue positivo (6.150 UI), con carga viral para hepatitis B menor de 10 UI/mL (log<sub>10</sub>: 1,00). Los marcadores serológicos para virus de hepatitis A (IgM), anticuerpos anti-hepatitis C, virus de Epstein-Barr (IgM e IgG) y citomegalovirus (IgM e IgG) fueron negativos. En la colangiografía de abdomen se evidenciaron múltiples lesiones focales hepáticas sugestivas de enfermedad metastásica (figura 1).

Se realizó biopsia de médula ósea, la cual mostró hematopoyesis conservada de las tres líneas celulares, sin evidencia morfológica de compromiso por neoplasia. El estudio mediante tomografía por emisión de positrones (PET-CT) no evidenció lesiones

focales hipermetabólicas sugestivas de malignidad.

Dados los hallazgos de los estudios de laboratorio e imagenológicos, se decidió realizar una biopsia hepática por laparoscopia, con estudios para inmunohistoquímica, con el fin de obtener un diagnóstico histológico definitivo. El resultado anatomopatológico e inmunohistoquímico fue de un linfoma de Hodgkin (figura 2).

Se consideró fundamental un abordaje multidisciplinario para establecer el manejo oncológico posterior, de acuerdo con los requerimientos de la paciente. Sin embargo, 48 horas después del procedimiento, la paciente presentó un deterioro clínico agudo, caracterizado por encefalopatía hepática West Haven grado II, prolongación significativa de los tiempos de coagulación (TP: 87,90 s; INR: 7,9; TPT: 87,90 s) y alteración de la síntesis hepática (plaquetas: 49.000/μL; bilirrubina total: 18,60 mg/dL; bilirrubina directa: 12,20 mg/dL; bilirrubina indirecta: 1,10 mg/dL; albúmina: 2,2 g/dL), por lo cual fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos (UCI). A pesar de la instauración de terapia de soporte, incluida la administración de vitamina K, la paciente evolucionó hacia una insuficiencia hepática aguda fulminante y falleció.

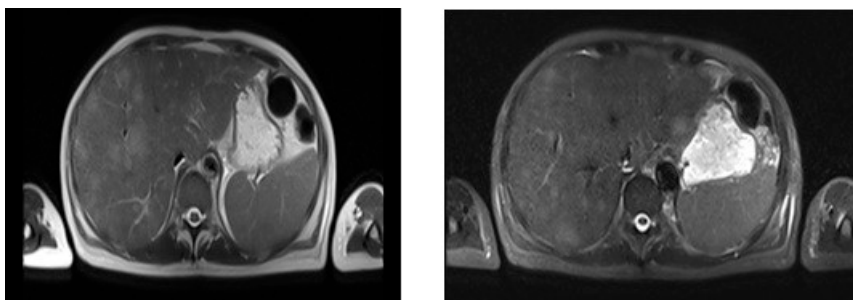
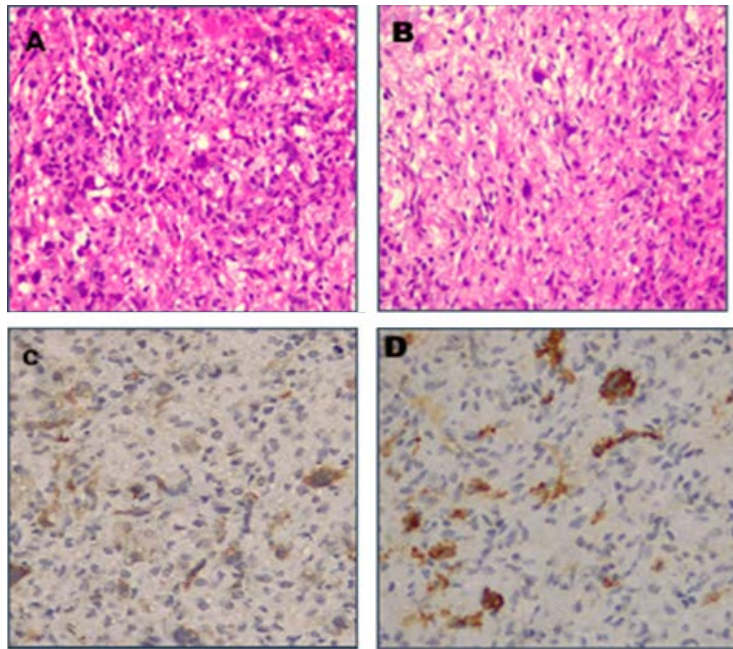


Figura 1. Colangiografía. Múltiples lesiones focales en parénquima hepático.



**Figura 2.** Biopsia hepática e inmunohistoquímica. A y B (H&E): se observa reemplazo difuso del parénquima hepático por un infiltrado inflamatorio mixto, con células grandes atípicas binucleadas y nucleolos prominentes, compatibles con células tipo Reed-Sternberg. C y D (Inmunohistoquímica): Las células grandes atípicas muestran positividad intensa para marcadores clásicos de linfoma de Hodgkin (CD30 y CD15), confirmando la naturaleza del proceso linfoproliferativo.

## Discusión

El compromiso hepático en el linfoma de Hodgkin sistémico se ha descrito en aproximadamente el 5 % de los casos, generalmente en estadios avanzados de la enfermedad [6,7,11]. En contraste, el linfoma de Hodgkin primario hepático constituye una entidad excepcional. En reportes recientes se ha descrito que esta presentación representa menos del 0,4 % de los casos con afectación hepática primaria [8-10]. Suele afectar a los adultos jóvenes, y aunque su etiología es incierta, se han implicado los virus de hepatitis B, C y Epstein-Barr [9,10,12].

El caso presentado es inusual ya que se trató de una paciente de 61 años de

edad con antecedente de hepatitis B crónica en manejo farmacológico, quien desarrolló un LH a nivel hepático, cuya evolución clínica y desenlace fatal resaltan la complejidad del diagnóstico y manejo en estos pacientes. La manifestación inicial con fiebre prolongada, síntomas B, hepatomegalia e hiperbilirrubinemia generó un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo etiologías infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. La ausencia de elevación en los marcadores tumorales y la baja carga viral de hepatitis B hacían poco probable una reactivación viral significativa o un carcinoma hepatocelular, aunque los hallazgos imagenológicos de lesiones hepáticas condujeron a una sospecha de malignidad que podía ser considerada metastásica.

El proceso diagnóstico inicial fue complejo, la biopsia de médula ósea negativa y la ausencia de hipermetabolismo característico en el PET-CT hicieron más desafiante la confirmación del diagnóstico. Por lo tanto, la realización de una resección hepática en cuña fue crucial para establecer el diagnóstico, en la cual se identificaron hallazgos histopatológicos compatibles con LH rico en histiocitos y linfocitos, subrayando la importancia del abordaje multidisciplinario [5,7,11,13].

El hallazgo histopatológico de un linfoma de Hodgkin rico en histiocitos con compromiso hepático aislado representa una entidad de diagnóstico excepcional, ya que este tipo de linfoma suele manifestarse en ganglios linfáticos y su afectación primaria del hígado es extraordinariamente infrecuente. La supervivencia media oscila entre 8 y 16 meses, con una baja probabilidad de remisión completa (<20 %). Aunque la insuficiencia hepática fulminante es infrecuente, en este caso la paciente presentó desenlace fatal en 48 horas. La literatura describe que, debido a su presentación inespecífica y rápida progresión, esta entidad tiene una supervivencia promedio de 10,7 días desde el diagnóstico y suele detectarse tras el fallecimiento [5,8,10,12,].

El daño hepático en el LH puede ocurrir por distintos mecanismos, como la infiltración directa del parénquima hepático, la obstrucción extrínseca de la vía biliar, el síndrome del ducto hepático evanescente mediado por citoquinas y las manifestaciones paraneoplásicas. En este caso, la hiperbilirrubinemia progresiva, la disfunción hepática severa y la coagulopatía indicaron una evolución hacia insuficiencia hepática aguda fulminante, lo que sugiere un componente inmunomediado y una posible relación con la reactivación de hepatitis B, mecanismo descrito previamente en linfomas con compromiso hepático [6,9,10,14,15].

En este escenario se puede recalcar la complejidad diagnóstica del LH con afectación hepática aislada, una entidad que debe considerarse en pacientes con lesiones hepáticas de etiología incierta. La biopsia hepática sigue siendo el estándar de oro para su diagnóstico. El tratamiento requiere un equilibrio entre la quimioterapia y la preservación de la función hepática. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trató de una paciente con un estadio avanzado de la enfermedad, la disfunción hepática limitó las opciones terapéuticas, y el manejo estuvo dirigido principalmente al soporte vital.

La alta mortalidad en estos casos enfatiza la necesidad de un diagnóstico temprano y de estrategias terapéuticas individualizadas. Es de importancia considerar el LH en el diagnóstico diferencial de masas hepáticas y la necesidad de un abordaje temprano y multidisciplinario para mejorar los desenlaces clínicos [16].

## Conclusión

A pesar de lo infrecuente, es importante considerar el linfoma de Hodgkin en el diagnóstico diferencial de las masas hepáticas, especialmente en pacientes con enfermedad hepática crónica. Asimismo, debe resaltarse el reto clínico y terapéutico que representa el manejo de estos casos, en los que el compromiso hepático puede influir negativamente en la evolución y limitar las opciones de tratamiento. La detección temprana y un enfoque multidisciplinario son fundamentales para mejorar los desenlaces en este tipo de presentaciones atípicas.

## Consideraciones éticas

El presente reporte de caso cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Clínica, garantizando el cumplimiento de los principios éticos establecidos en la



Declaración de Helsinki y de las normas internacionales de buena práctica clínica. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación del caso y de las imágenes clínicas, asegurando en todo momento la confidencialidad de la información y el anonimato del paciente.

## Referencias

1. **Ansell SM.** Hodgkin lymphoma: 2023 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol* 2023;97:1478-1488. <https://doi.org/10.1002/ajh.26717>.
2. **Connors JM.** State-of-the-art therapeutics: Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2005;23:6400-6408. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.016>.
3. **Momotow J, Borchmann S, Eichenauer DA, Engert A, Sasse S.** Hodgkin lymphoma-review on pathogenesis, diagnosis, current and future treatment approaches for adult patients. *J Clin Med* 2021;10:1125. <https://doi.org/10.3390/jcm10051125>.
4. **Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al.** WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Revised 4th ed. Lyon:IARC; 2017.
5. **Cook M, Williams M, Law JY, Riedel DJ.** Fulminant hepatic failure as the initial presentation of Hodgkin lymphoma in patients with human immunodeficiency virus: Case series and review of the literature. *Open Forum Infect Dis* 2023;10:ofad273. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad273>.
6. **Mihaila RG.** Liver involvement in Hodgkin's lymphoma: types of injuries and therapeutic implications. *Int J Pharmacol Phytochem Ethnomed* 2017;8:1-15. <https://doi.org/10.18052/www.scipress.com/IJPPPE.8.1>
7. **Borics F, Szabó R, Barna S, Bedekovics J, Brúgós B, Illés Á, Milényi Z.** Hodgkin lymphoma with liver involvement (diagnostic, therapeutic difficulties, and literature review): A retrospective cohort study. *Health Sci Rep* 2025;9:e71716. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71716>.
8. **Lei KIK, Chow JHS, Johnson PJ.** Aggressive primary hepatic lymphoma in Chinese patients: presentation, pathologic features and outcome. *Cancer*. 1995;76:1336-1343. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19951015\)76:8<1336::AID-CNCR2820760807>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19951015)76:8<1336::AID-CNCR2820760807>3.0.CO;2-I).
9. **Nasiri AM, Alshammari M, Ahmed A, Elsir B, Alghethber H.** Primary hepatic Hodgkin's lymphoma: A case report. *J Family Med Prim Care* 2022;11:1184-1187. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_1116\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1116_21)
10. **Muthukrishnan S, Amudhan A, Rajendran S.** Primary Hodgkin's lymphoma of liver in HIV-a case report and review of literature. *AME Case Rep* 2018;2:21. <https://doi.org/10.4103/10.21037/acr.2018.04.08>.
11. **Hagleitner MM, Metzger ML, Flerlage JE, Kelly KM, Voss SD, Kluge R, et al.** Liver involvement in pediatric Hodgkin lymphoma: A systematic review by an international collaboration on Staging Evaluation and Response Criteria Harmonization (SEARCH) for Children, Adolescent, and Young Adult Hodgkin Lymphoma (CAYAHL). *Pediatr Blood Cancer* 2020;67:e28365. <https://doi.org/10.4103/10.1002/pbc.28365>.
12. **Haider FS, Smith R, Khan S.** Primary hepatic lymphoma presenting as fulminant hepatic failure with hyperferritinemia: A case report. *J Med Case Rep* 2008;2:279. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-279>
13. **Frechette KM, Lester SC, Taparra K, Breen WG, Martenson JA, Hoppe BS, et al.** Outcomes of patients with stage III Hodgkin lymphoma who had uniform pre-treatment staging with PET/CT and treatment with limited field radiation therapy after chemotherapy. *Blood Cancer J* 2022;12:121. <https://doi.org/10.1038/s41408-022-00711-8>.
14. **Liu X, Cao X, Pang Y, Min F.** Primary hepatic mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma with HP and previous HBV infection: A case report and literature review. *J Infect Chemother* 2022;28:1182-1188. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2022.04.014>.
15. **Liu J, Guo RR, Fang JC, Zhong L.** Primary hepatic mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma with hepatocellular carcinoma: A case report and literature review. *J Dig Dis* 2020;21:526-



528. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12917>.

Pearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539850/>.

16. **Lohana AK, Tariq MA, Abid S.** Hepatic lymphoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat-

