



Linfoma mediastinal

Adriana Cecilia Gallegos Garza,¹ Rebeca Sánchez Osorio,²
Katia Espinosa Peralta,³ Rafael Hurtado Monroy⁴

Resumen

El linfoma primario de mediastino es un linfoma difuso de células grandes de tipo B que se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con predominio en mujeres. Estos linfomas corresponden al 2.4% de todos los linfomas en población adulta. La presentación clínica del linfoma mediastinal con frecuencia es una emergencia por el crecimiento rápido y el riesgo de presentar síndrome de vena cava. El método de diagnóstico actual es a través de biopsia, ya sea por mediastinoscopia o toracoscopia. El tratamiento óptimo para estos tumores no está del todo estandarizado, depende del estado general de salud del paciente; los esquemas de quimioterapia dependen en gran medida del tamaño de la lesión tumoral, así como si se quiere dar tratamiento adyuvante con radioterapia.

Palabras clave: Linfoma no-Hodgkin, tumor mediastinal, síndrome de vena cava.

Summary

Primary lymphoma of the mediastinum is a diffuse large cell lymphoma of B-cell type that occurs most often between the third and fourth decades of life, with a predominance in women. This kind of lymphoma corresponds to 2.4% of all lymphomas in adults. The clinical presentation of mediastinal lymphoma is often an emergency because of its rapid growth and the risk of vena cava syndrome. The main diagnostic procedure is an incisional biopsy by mediastinoscopy or thoracoscopy. The optimal treatment for these tumors is not entirely standardized, it depends on the general health condition of the patient. Chemotherapy schemes depend largely on the size of the tumor and if adjuvant radiotherapy is considered.

Key words: Mediastinal lymphoma, mediastinal mass, vena cava syndrome.

INTRODUCCIÓN

El linfoma difuso de células grandes de tipo B primario de mediastino es una lesión neoplásica maligna que probablemente se origine en las células tímicas medulares de tipo

B. Corresponde al 2.4% si se consideran todos linfomas no Hodgkin en pacientes adultos y al 7% si sólo se toman en cuenta los linfomas difusos de células grandes de tipo B.¹ Se presenta con más frecuencia en adultos jóvenes y adolescentes; en este último grupo de edad representan el 25% de los casos. Afecta más comúnmente a las mujeres, con una relación de dos a uno sobre los hombres alrededor de la cuarta década de la vida.^{1,2}

Este tumor se considera una emergencia oncológica, ya que el crecimiento rápido en el mediastino anterior compromete la vía aérea y puede provocar síndrome de vena cava superior. Los síntomas más comunes son disnea de pequeños a medianos esfuerzos, tos, dolor torácico, disfagia y aumento del volumen de los miembros superiores.^{1,3} Estos individuos tienen mayor riesgo de paro respiratorio y/o cardiaco al ser sometidos a anestesia general o sedación profunda. El 75% de los sujetos tienen un tumor mayor de 10 cm en el momento del diagnóstico, y se encuentran en estadio clínico I o II.^{1,2}

En el archivo de patología del Hospital Ángeles del Pedregal, en un periodo de estudio de diez años, de enero

¹ Médica adscrita a Patología.

² Médica Residente de Medicina Interna.

³ Médica adscrita a Imagenología.

⁴ Jefe de Hematología.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Adriana Cecilia Gallegos Garza

Correo electrónico: cecigallegosyfajardo@yahoo.com.mx

Aceptado: 18-02-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



Figura 1. Proyección de tórax posteroanterior que demuestra una masa mediastinal lobulada con extensión parahiliar derecha; desplaza al corazón a la izquierda. Además, se observa un aumento de tamaño de las cavidades izquierdas del corazón.



Figura 2. Se observa una lesión tumoral, multilobulada, de suave a semifirme, de superficie de corte lisa, de blanco-amarillenta a rosada con áreas ocasionales suaves amarillo brillante con aspecto necrótico; por lo demás, homogénea.

Imagen en color en: www.medgraphic.com/actamedica

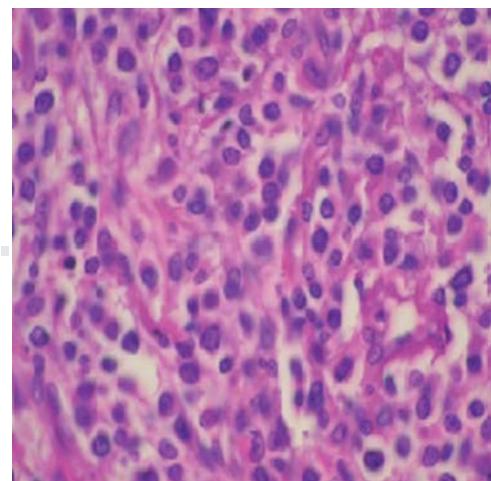
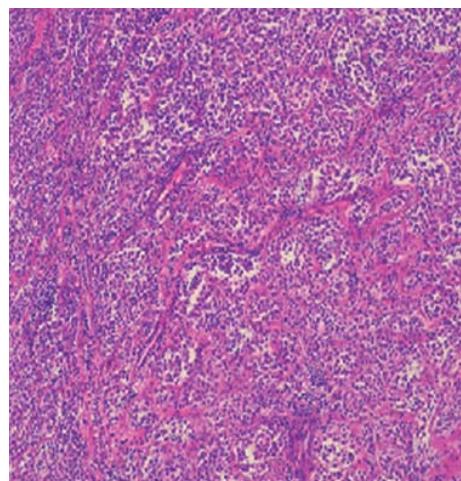


Figura 3.

Los cortes histológicos definitivos muestran una lesión neoplásica de linfocitos grandes, núcleo vesiculoso, escaso citoplasma, separados por bandas de tejido fibroso hialino.

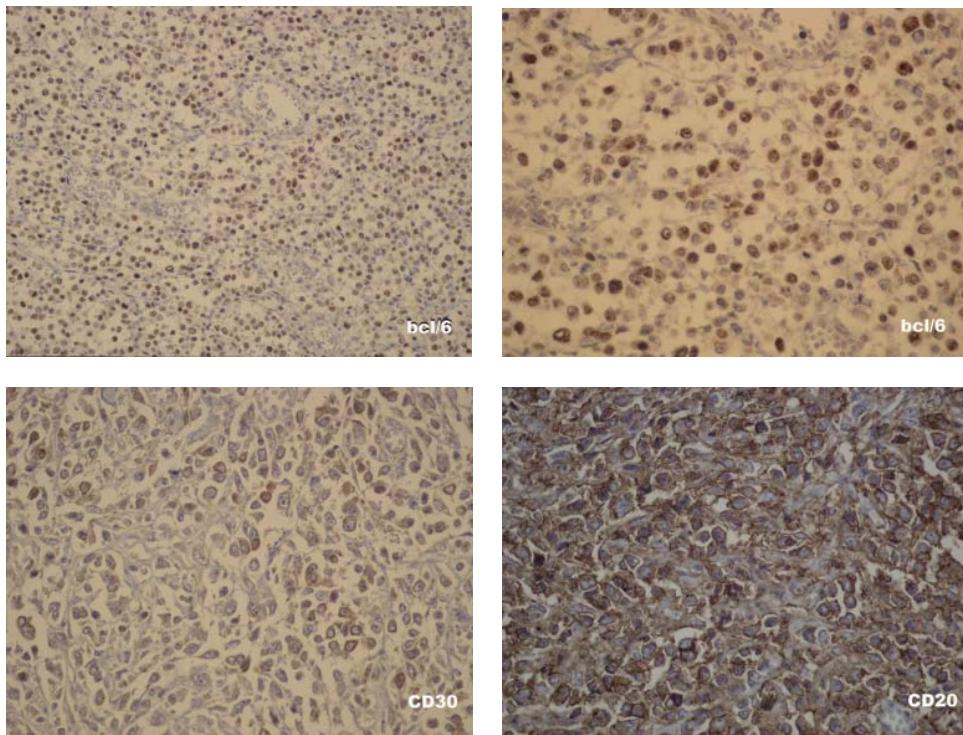
de 2005 a noviembre de 2015, se encontraron un total de 28 casos de tumores de mediastino anterior. De estos, únicamente cinco fueron linfomas y sólo uno linfoma primario de mediastino, además del ejemplo correspondiente a la presente revisión.

CASO CLÍNICO

Se expone el caso de una paciente femenina de 28 años, embarazada, cursando su 23.5 semana de gestación, con adecuado control ginecoobstétrico, que presentó un cuadro de tos no productiva que fue incrementando, se agregó disnea de medianos esfuerzos hasta imposibilitar la posición de decúbito supino y desarrolló un síndrome de vena cava superior, derrame pleural y pericárdico. Se realizó radiografía (*Figura 1*) y fue sometida a toracoscopia de urgencia para la toma de biopsia (*Figura 2*). Se llevó a cabo un estudio transoperatorio por congelación, donde se hizo el diagnóstico de neoplasia maligna de estirpe linfoide a subclásificar en estudio definitivo. Posteriormente, además del estudio convencional, por inclusión en parafina (*Figura 3*) se realizaron marcadores de inmunohistoquímica, que mostraron positividad para CD20, Bcl-6, Bcl-2, MUM-1, CD30 y CD23, con un índice de proliferación del 60% (Ki67) (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

El linfoma mediastinal primario se origina en las células tímicas medulares de tipo B; fue descrito por primera vez en los años 80.³ Es un tumor agresivo que surge en el mediastino anterior y tiene características clinicopatológicas distintivas que lo diferencian del resto de los linfomas difusos de células grandes de tipo B.⁴ Representa del 2 al 3% de los linfomas no-Hodgkin y de 4 a 7% de los linfomas del

**Figura 4.**

El estudio de inmunohistoquímica demostró positividad para antígenos asociados a las células B.

mediastino. Afecta generalmente a adultos jóvenes entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con predominio en el género femenino. Los individuos se presentan con una lesión tumoral en el mediastino anterior, infiltrante, generalmente con extensión a órganos vecinos, que provoca síndrome de vena cava superior y síntomas por opresión de vías aéreas como tos, disnea y ronquera de rápida evolución, acompañados de derrame pleural y pericárdico, además de elevación de la deshidrogenasa láctica.^{1,2}

El tumor está conformado por células grandes de características nucleares variables, simulando centroblastos, algunos núcleos multilobulados y de citoplasma claro. Desde el punto de vista del microscopio de luz, destaca la organización compartamental producida por bandas de tejido fibroso que separa las células linfoides neoplásicas.

Estos tumores tienen características de inmunohistoquímica específicas, por lo que se catalogan como una entidad separada del linfoma difuso de células grandes tipo B convencional. De los estudios publicados sobre personas con linfoma mediastinal primario, se ha visto que predominan los marcadores Bcl-6, Oct-2, MUM-1/IRF4 y PAX5, así como CD20 y, en algunos casos, CD30.^{3,4}

La biopsia incisional es clave para hacer el diagnóstico; con frecuencia se hacen las biopsias por punción dirigidas por tomografía y presentan acentuados artificios por compresión o predomina el tejido fibroso, por lo que, de ser

possible, se recomiendan biopsias quirúrgicas dirigidas por toracoscopia o mediastinoscopia.

Estos sujetos usualmente se presentan como una emergencia oncológica.^{4,5} El estudio histopatológico por congelación se usa para determinar si el espécimen enviado es suficiente para un diagnóstico, tomando en cuenta que se requiere tejido tumoral no congelado para estudios adicionales de inmunohistoquímica y análisis molecular.⁴

Entre los diagnósticos diferenciales se debe tomar en cuenta el timoma, que generalmente es un tumor encapsulado con bandas fibrosas y agregados de células epiteliales. El carcinoma tímico se caracteriza por células redondeadas cohesivas con mayor pleomorfismo que involucran vasos sanguíneos. El linfoma difuso de células grandes de tipo B clásico con afección mediastinal presenta clínicamente afección a grupos ganglionares extratorácicos y carece de bandas de tejido fibroso. Por la existencia de algunas células grandes, pleomórficas, que simulan células de Reed Sternberg y porque el subtipo de esclerosis nodular también ocurre en el mediastino, se debe considerar el linfoma de Hodgkin como diagnóstico diferencial.³

El tratamiento óptimo para estos tumores no ha sido establecido; en la práctica clínica se siguen haciendo pruebas.⁶ Hasta ahora, se puede decir que el tratamiento depende del estado general de salud del enfermo antes del diagnóstico.⁶ Aún no se ha estandarizado el manejo y los esquemas de quimioterapia, que dependen en gran medida

del tamaño de la lesión tumoral, así como si se quiere o no agregar radioterapia.^{1,5} Los resultados descritos por algunos grupos sin radioterapia adyuvante cuestionan la necesidad de la misma y existe la preocupación sobre la incidencia de neoplasias secundarias después de radiación al tórax, especialmente entre pacientes fumadores.¹

REFERENCIAS

1. Martelli M, Ferreri AJ, Johnson P. Primary mediastinal large B-cell lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2008; 68: 256-263.
2. Shipp MA, Aquino SL, Harris NL. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 12-2005: a 30 year old woman with mediastinal mass. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1697-1704.
3. Lamarre L, Jacobson JO, Alsenberg AC, Harris NL. Primary large cell lymphoma of the mediastinum. A histologic and immunophenotypic study of 29 cases. *Am J Surg Pathol.* 1989; 13: 730-739.
4. Kolonić SO, Dzebro S, Kusec R, Planinc-Peraica A, Dominis M, Jakšić B. Primary mediastinal large B-Cell lymphoma: a single-center study of clinicopathologic characteristics. *Int J Hematol.* 2006; 83: 331-336.
5. Abou-Elella AA, Weisenburger DD, Vose JM, Kollath JP, Lynch JC, Bast MA et al. Primary mediastinal large B-cell lymphoma: a clinicopathologic study of 43 patients from the Nebraska Lymphoma Study Group. *J Clin Oncol.* 1999; 17: 784-790.
6. Chávez MR, Carnot UJ, de Castro AR, Muñoz PJ, Pérez RG, Núñez QA. Características clínicas y resultados terapéuticos de linfomas no Hodgkin de células grandes B primarios. *Revista Cubana de Medicina.* 2011; 50 (2): 157-166.