



Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba  
15 al 19 de mayo de 2023

## **Linfoma mediastinal primario de células grandes B. Presentación de caso.**

Alvaro Pérez Pérez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Vladimir Ilich Lenin, Holguín, Cuba, alvaro0101@nauta.cu

**Resumen:** Introducción: Los tumores de mediastino pueden ser de origen neoplásico, congénito o inflamatorio, manifestarse por una variedad de síntomas. Las afecciones del mediastino son poco frecuentes y sólo el 25 % de ellas son malignas. Los linfomas son un grupo heterogéneo de enfermedades proliferativas malignas del tejido linfoide. El linfoma mediastinal primario de células grandes B se describe como un grupo de linfomas del adulto de localización mediastínica.

**Objetivo:** Describir el caso de un paciente con diagnóstico de linfoma mediastinal primario de células grandes B.

**Presentación de caso:** Paciente femenina de 32 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia. Acude a urgencias refiriendo falta de aire. Se realizan exámenes complementarios entre ellos radiografía de tórax donde se encontró una enorme masa mediastinal por lo que la paciente es enviada a servicio de oncología médica a continuar estudios. Se decide realizar biopsia por trucut guiada por ultrasonido; la cual informa: Linfoma mediastinal primario de células grandes B. Debido al deterioro acelerado del estado general de la paciente se decidió iniciar tratamiento con Quimioterapia y posteriormente Radioterapia. Luego se le realizaron estudios concluyéndose que se logró una respuesta completa y se pasó a consultas de seguimiento.

**Conclusiones:** Queda demostrado la importancia del trabajo en conjunto para la toma de decisiones terapéuticas, siendo en gran medida la buena respuesta obtenida resultado del análisis entre especialistas. Se torna imprescindible el acceso a muestras de tejido con independencia del estado del paciente pues de ahí derivan las posibles opciones de tratamiento.

**Palabras clave:** Linfoma, neoplasias mediastinales, Linfoma No Hodgkin.

## **INTRODUCCIÓN**

El mediastino es el espacio comprendido entre el orificio torácico superior arriba, el diafragma abajo, el esternón enfrente, la columna vertebral atrás y la pleura mediastinal a los lados; excepto los pulmones, todas las vísceras torácicas se hallan en el mediastino.(1)

Los tumores de mediastino pueden ser de origen neoplásico, congénito o inflamatorio, manifestarse por una variedad de síntomas, según sea su efecto sobre los órganos y estructuras adyacentes de acuerdo con su localización o, causar cuadros sistémicos mediante secreciones o factores inmunológicos propios de estas formaciones.(2)

Las afecciones del mediastino son poco frecuentes y sólo el 25 % de ellas son malignas. Generalmente son asintomáticas y se detectan por una radiografía realizada por otra indicación.(3)

Los linfomas son un grupo heterogéneo de enfermedades proliferativas malignas del tejido linfoide con origen celular, morfología, citogenética, conducta biológica y respuesta al tratamiento variables.(4)

Cualquier tipo de linfoma puede afectar al tórax aunque suelen tener una presentación primaria en mediastino el Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular, linfoma de células grandes y linfoma linfoblástico.(5)

El linfoma mediastinal primario de células grandes B se describió a principios del decenio de 1980 como un grupo de linfomas del adulto de localización mediastínica, de rápido crecimiento y de agresividad local que muestra características comunes a los linfomas difusos escasamente diferenciados, con marcadores B y esclerosis; afectan mayormente a mujeres jóvenes que a hombres, con proporción de 2:1, se manifiestan mayormente entre la tercera y la cuarta décadas de la vida.(6)

Esta presentación tiene como objetivo describir el caso de un paciente con diagnóstico de linfoma mediastinal primario de células grandes B, donde la novedad radica en lo infrecuente de la enfermedad y en la excelente respuesta obtenida tras el tratamiento.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 32 años de edad, piel negra, procedencia urbana, sin antecedentes patológicos de relevancia. Acude a urgencias refiriendo falta de aire que apareció hace 5 meses, de intensidad moderada con exacerbación por los esfuerzos ligeros y alivio tras el reposo que hacía una semana le impedían el descanso en decúbito supino. Al examen físico disnea moderada (24 resp/min), tiraje intercostal bajo, presencia de circulación colateral en la porción superior de la cara anterior del tórax y dilatación de las venas del cuello. Se realizan exámenes complementarios entre ellos radiografía de tórax. (Figura 1)

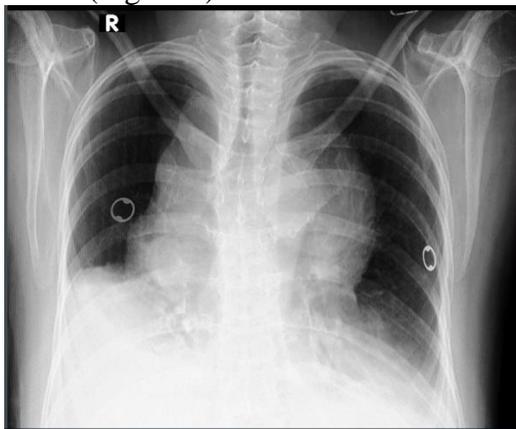


Figura 1: Radiografía de tórax donde aparece la enorme masa mediastinal.

En la radiografía de tórax se encontró una enorme masa mediastinal por lo que la paciente es enviada a servicio de oncología médica a continuar estudios. Una vez en este servicio se discute el caso en colectivo y ante la severidad del cuadro y la necesidad de un tratamiento se decide realizar biopsia por trucut guiada por ultrasonido; la cual informa: presencia de proliferación difusa de células B de gran tamaño con morfología heterogénea a predominio de células con abundante citoplasma y núcleos multilobulados, pudiendo estar en relación con un Linfoma mediastinal primario de células grandes B.

Debido al deterioro acelerado del estado general de la paciente se decidió iniciar tratamiento, para ello se eligió comenzar con Quimioterapia esquema CHOP21 (Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina y Prednisona).(7)

A la paciente se le aplicaron un total de 6 ciclos de quimioterapia del esquema antes mencionado; posteriormente se le realizaron estudios donde se encontró una respuesta parcial dada por disminución del 70 % del diámetro de la masa mediastinal. (Figura 2) Se re-evalúa el caso decidiendo aplicar segunda línea de quimioterapia, esta vez esquema ESHAP (Metilprednisolona, Etopósido, Cisplatino y Citarabina).(8)



Figura 2: Rayos X de Tórax con disminución evidente de la masa mediastinal una vez concluida la quimioterapia de primera línea.

Posterior al tratamiento de segunda línea de Quimioterapia y teniendo en cuenta las normas internacionales fue decidido realizar consolidación con radioterapia. (9) Luego se le realizaron estudios concluyéndose que se logró una respuesta completa y se pasó a consultas de seguimiento.

## DISCUSIÓN

El mediastino es un compartimiento torácico que alberga múltiples estructuras anatómicas, lo cual condiciona una amplia gama de tumores malignos y benignos, quísticos y sólidos, primarios y secundarios. Así mismo, estos exhiben muchas variedades histológicas en relación a la diversidad de órganos y tejidos que les dan origen.(10) En años recientes se ha reportado un incremento en la frecuencia de linfomas no Hodgkin que afectan al mediastino. Constituyen el 4% de todas las neoplasias registradas en Estados Unidos.(11)

En la literatura aparece la descripción del cuadro clínico derivado del crecimiento de masas mediastinales entre lo que se incluyen signos y síntomas como son inflamación del cuello, disnea, edema facial, dolor torácico, ingurgitación yugular, entre otros.(12) En este caso en particular el síntoma predominante fue la disnea, siendo la desaparición progresiva de la misma el principal indicador de respuesta al tratamiento.

Para el radiólogo, resulta una disyuntiva en la práctica diaria definir la etiología de las diferentes lesiones pulmonares que aparecen en una radiografía simple del tórax;(13) sin embargo para este caso en particular la radiografía de tórax jugó un papel fundamental, ya que fue el estudio que inició toda la sistemática diagnóstica enfocada en una posible etiología maligna.

La obtención de muestras celulares y tisulares del tórax por vía de punción percutánea tiene la finalidad de realizar el diagnóstico definitivo en cualquier lesión de pleura, pulmón y mediastino detectada por técnicas de imágenes.(14) A pesar de que la mayoría de los autores apoyan la mediastinoscopia para este tipo de caso, el estado general deteriorado del paciente hizo imposible técnicas más invasivas debido a la complejidad del manejo de la vía aérea.

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.(15) El éxito en este paciente se obtuvo en gran medida gracias a la prontitud con la que se inició el tra-

tamiento. Aunque no existan estudios aleatorizados, resultados de estudios de fase II inicialmente sugerían beneficio con regímenes con QT seguidos de RT mediastínica.(9)

## CONCLUSIONES

Con este caso queda demostrada la importancia del trabajo en conjunto para la toma de decisiones terapéuticas, siendo en gran medida la buena respuesta obtenida resultado del análisis entre especialistas. Se torna imprescindible el acceso a muestras de tejido con independencia del estado del paciente pues de ahí derivan las posibles opciones de tratamiento.

## REFERENCIAS

1. Naranjo Castillo AE, Vaca Rodríguez SL, Lucin Salazar MG, Cabrera Galecio DJ. Síndrome mediastinal causas, diagnóstico y tratamiento. RECIAMUC. 30 de enero de 2019;3(1):242-71.
2. Dolz AMN, Keita IK, Vilariño GCF, Fernández ZR, Peña MVM, Nazario AG. Caracterización de los pacientes operados de tumores del mediastino. :16.
3. Denis IB, García SEL, Pavón LF, Rivalta RR, Hernández OAM. Masa Mediastinal, Linfoma Hodgkin. Presentación de un caso. Rev Médica Electrónica. 15 de mayo de 2008;30(3):424-9.
4. Morales-Polanco MR. III. Clasificación de los linfomas. Gac Méd Méx. 2000; 136(3):9.
5. Pina-Oviedo S. Mediastinal Lymphoproliferative Disorders. Adv Anat Pathol. 1 de septiembre de 2021;28(5):307-34.
6. Soriano-Lorenzo J, Zaldívar-Blanco K. Linfoma mediastinal primario de células grandes B. Rev Hematol Mex. 2020; 21 (4): 225-235. [https://doi.org/10.24245/rev\\_hematol.v21i4.4635](https://doi.org/10.24245/rev_hematol.v21i4.4635)
7. Hamlin PA, Portlock CS, Straus DJ, Noy A, Singer A, Horwitz SM, et al. Primary mediastinal large B-cell lymphoma: optimal therapy and prognostic factor analysis in 141 consecutive patients treated at memorial Sloan Kettering from 1980 to 1999. Br J Haematol. 2005;130(5):691-9.
8. Velasquez WS, McLaughlin P, Tucker S, Hagemester FB, Swan F, Rodriguez MA, et al. ESHAP--an effective chemotherapy regimen in refractory and relapsing lymphoma: a 4-year follow-up study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. junio de 1994;12(6):1169-76.
9. Zinzani PL, Martelli M, Magagnoli M, Pescarmona E, Scaramucci L, Palombi F, et al. Treatment and Clinical Management of Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma With Sclerosis: MACOP-B Regimen and Mediastinal Radiotherapy Monitored by <sup>67</sup>Gallium Scan in 50 Patients. Blood. 15 de noviembre de 1999;94(10):3289-93.
10. Arce-Aranda C, Ayala-Guzmán JD, Cuevas-Zapata JF, Duarte-González AL, Garay-Gómez CD, Gutiérrez-Codas GM, et al. FRECUENCIA, CLASIFICACIÓN Y PATOLOGÍA DE LOS TUMORES DE MEDIASTINO. Cir Paraguaya. agosto de 2018;42(2):17-22.
11. Francisco LRL Mendoza Balanzario Jorge, López Islas Inés, Jiménez Saab Nayeli Gabriela, Flores Vergara Héctor, Morales Fuentes Jorge, Lozano Nuevo José Juan, Rubio Guerra Alberto. Linfoma difuso de células grandes tipo B mediastinal. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía [Internet]. [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=18331>

12. López-Riverol O, Camacho-Limas CP, Gerson-Cwilich R. Síndrome de vena cava superior asociado a neoplasia. Consideraciones multidisciplinarias y tratamiento. *Rev Hosp Jua Mex* 2017; 84(2): 77-82
13. Duménigo JHC, Vera MFL, Gaspar MA. Relación radiológica y citológica de las lesiones pulmonares y mediastinales. *Acta Médica Cent.* 2007;1(2):23-30.
14. Biopsia transtorácica con aguja guiada por imágenes [Internet]. 2011 [citado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/revisionclinica/4831.html>
15. Gallegos Garza AC, Sánchez Osorio R, Espinosa Peralta K, Hurtado Monroy R, Gallegos Garza AC, Sánchez Osorio R, et al. Linfoma mediastinal. *Acta Médica Grupo Ángeles.* diciembre de 2016;14(4):240-3.