

Tumor Mediastinal Anterior de Células B Gigantes CD20 en Linfoma No-Hodgkin

Paciente femenino de 30 años de edad con antecedente de sarcoma benigno a los 7 años de edad, que ingresa a unidad de Terapia Intensiva con un cuadro de síndrome de vena cava superior, presencia de disnea, tos, derrame pericárdico, derrame pleural bilateral, síndrome de desgaste y alteraciones hematológicas, con repercusión hemodinámica.

Dentro de su protocolo de estudio se toma Tomografía Computarizada (TAC) además de la toma de marcadores séricos arrojando en su conjunto como resultado un Linfoma No-Hodgkin con un tumor mediastinal anterior de gran tamaño, de células B gigantes CD20.

Tumores mediastinales anteriores.

El mediastino anterior o anterosuperior se localiza entre el esternón y el pericardio, contiene al timo, nódulos linfáticos y tejido conectivo.

Es el sitio más común de tumores mediastinales primarios, 59% de ellos de origen maligno y, los más frecuentes son:

- Los linfomas
- Neoplasias del timo
- Tumores de células germinales
- Adenomas paratiroides

Pueden encontrarse ya sea como un hallazgo en una radiografía ó hasta manifestarse como un síndrome de vena cava.

Los tumores con sintomatología usualmente tienen un origen maligno. En un estudio de pacientes con tumores mediastinales primarios, 57% de los pacientes que cursaron con sintomatología presentaron lesiones malignas, en comparación con un 17% de los pacientes que permanecieron asintomáticos.¹

Los síntomas más comunes son:

- Dolor torácico (30%)
- Disnea (16%)
- Fiebre (20%)
- Tos (16%)

Este tipo de tumores tienen más incidencia de síndrome de vena cava superior y parálisis del nervio frénico, y algunos otros pueden llegar a presentar el signo de Pemberton en el cual se presenta desarrollo de plétora facial inducido por la elevación de ambos brazos por detrás de la cabeza.^{2,3}

Abordaje diagnóstico

Inicialmente se solicita radiografía de tórax posteroanterior y lateral, cuando sospechamos de una masa de origen mediastinal, posteriormente una Tomografía es el paso a seguir,

de la cual se obtiene importante información a cerca de la morfología, extensión y relación de la tumoración con otras estructuras. (Figura 1)

En tercer plano la Resonancia Magnética (RM) es útil para evaluar lesiones císticas y por ultimo puede realizarse una Tomografía por Emisión de Positrones (PET) la cual ha sido usada frecuentemente para evaluación y estadificación de este tipo de neoplasias.

Los niveles de alfa feto proteína y la gonadotropina coriónica humana deben ser medidos en los pacientes hombres con masas mediastinales, otro marcador importante son los niveles serios de calcio que deben ser considerados si se sospecha de adenoma paratiroideo.

Si la masa es sólida se debe evaluar por el cirujano la posibilidad de resección o toma de biopsia ó, si la masa es muy grande o con invasión a tejidos, debe iniciarse terapia neoadyuvante.

Si el paciente presenta síntomas B debe sospecharse Linfoma y deberá realizarse una Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF), y se recomienda que sea guiada por ultrasonido mejorando la sensibilidad y especificidad del estudio con lo que se logra obtener un adecuado diagnóstico en el 100% de los casos.

En el caso en el que no puedan ser tomadas las muestras se realizará mediastinoscopia, biopsia excisional, toracoscopía; y toracoscopia video-asistida.^{1,4}

Linfoma

La mayoría de los pacientes con Linfoma mediastinal cursan con enfermedad sistémicas y sólo 10% es de origen primario.

Los linfomas mediastinales más frecuentes son los de origen:

- Enfermedad de Hodgkin
- Linfoma de células B gigantes
- Linfoma linfoblástico

El Linfoma de células B se presenta usualmente en mujeres jóvenes de la tercera o cuarta década de la vida con masas mediastinales frecuentemente con extensión intratorácica.

Los tumores de células gigantes, son un tipo raro descrito por Salm y Sissons en 1972; histológicamente compuestos por células gigantes multinucleadas dispersos entre células mononucleares.

La mayoría de este tipo de tumores ha sido descrito en extremidades inferiores, y en casos muy raros mediastino posterior, se encuentran dos casos reportados de tumores de células gigantes en mediastino anterior y en general con tendencia a la malignidad.⁴

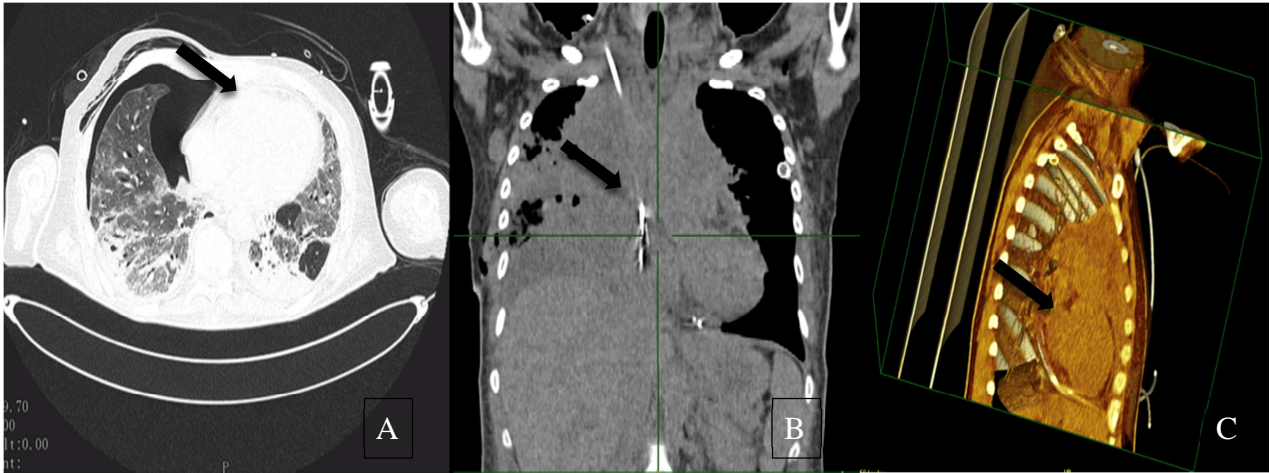


Figura 1.- Tomografía Computarizada (TAC) en la cual se observa la gran masa tumoral ubicada en mediastino anterior con infiltración a tejidos adyacentes. A. Corte axial, B. Corte coronal y C. Corte sagital

Bibliografía

1. **Yu G, Kong L, Qu G, Zhang Q, Wang W.** Composite lymphoma in the anterior mediastinum: a case report and review of the literature. *Bio Med Central* 2011, 6:60
2. **Savage K, Al-Rajhi N, Voss N, Paltiel C, Klasa R.** Favorable outcome of primary mediastinal large B-cell lymphoma in a single institution: The British Columbia experience. 2006, 17: 123-130
3. **Kim J, Hofstetter W.** Tumors of the Mediastinum and Chest Wall. *Surg Clin N Am* 2010. 90: 1019-1040
4. **Wang H, Yang W, Wang L, Lu Y, Yang J.** Composite diffuse large B-cell lymphoma and classical Hodgkin's lymphoma of the stomach: Case report and literature review. *World J Gastroenterol* 2013, 19: 6304-6309

1*†

2†

1