



LINFOMA TORÁCICO: EL GRAN SIMULADOR

Andueza A¹, Japón F¹, Herrera D²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.



OBJETIVO DOCENTE

- Comentar las diferentes formas de presentación de los linfomas a nivel torácico, afectación nodal y extranodal.
- Resaltar las características diferenciales con otras lesiones torácicas.

REVISIÓN DEL TEMA

Los linfomas son neoplasias primarias del sistema linforreticular.

Los dos tipos principales son la enfermedad de Hodgkin (EH) y el linfoma no Hodgkin (LNH).

LNH representa el 90% de los casos y la EH el 10%. La mayoría de los linfomas extraganglionares primarios son LNH (sobre todo linfoma difuso de células grandes B) [1]

La afectación puede ser por diseminación hematógena, linfática o por extensión directa de la enfermedad pulmonar o ganglionar.

Comparación de EH y LNH según la afectación torácica.

ENFERMEDAD DE HODGKIN	LINFOMA NO HODGKIN
0,5-1% tumores malignos. (Esclerosis nodular 50-80%)	3% tumores malignos. Grupo variado de neoplasias.
Pico 3º y 8º década	Edad media 55 años. Más común en la infancia
85% afectación torácica (sobre todo linfática)	50% afectación torácica
10% afectación pulmonar	30% afectación pulmonar
Tras el tratamiento: masas mediastínicas residuales y ganglios linfáticos calcificados	Asociado a inmunosupresión, VIH

Tabla 1. Modificada de [1]



Afectación pleural.

Tanto la EH como el LNH pueden afectar a la pleura. La gran mayoría de los LNH pleurales son secundarios.

La manifestación más común es el derrame pleural (Fig. 1 y 2), pero su mecanismo es diferente: en el LNH la afectación pleural se debe a la diseminación directa de células malignas, mientras que la EH la compresión extrínseca linfática o venosa por el aumento de tamaño de los ganglios mediastínicos o hiliares puede causar un derrame transudativo benigno (sin células tumorales) [2]



Figura 1 (Izda). Masa en mediastino anterior (LNH: linfoma de células grande B). Derrame pleural y engrosamientos nodulares.

Figura 2 (Dcha). Afectación pleural en LNH: derrame y engrosamiento de partes blandas paravertebral.

Diagnóstico diferencial de la afectación pleural del LNH

Afectación por LNH	Diagnóstico diferencial
Derrame pleural	Obstrucción venosa o linfática tumoral Causa hidrostática Inflamación (drogas, infección, radiación) Enfermedad metastásica.
Engrosamiento pleural	Afectación pleural por asbesto Empiema Cambios postinflamatorios Enfermedad metastásica Mesotelioma
Masas y nódulos pleurales	Mesotelioma Tumor fibroso pleural Enfermedad metastásica

Tabla 2. [2]



Afectación pulmonar.

Puede ser primaria (aparición de novo) o secundaria (cuando se conoce la existencia de un proceso linfoproliferativo)

La afectación muestra diversas formas: masas(Fig.3), nódulos, opacificación en vidrio deslustrado, engrosamiento intersticial...

No existen hallazgos patognomónicos, pero sí orientativos que nos sugieren que se trate de un linfoma, como pueden ser: la existencia de broncograma aéreo y vasos dentro de la masa; la existencia de una masa y el aumento del tamaño de los ganglios mamarios internos(Fig.4); que se trate de pacientes con compromiso inmune...[2]



Figura 3 (Izda). Masa heterogénea, sólida, que afecta al segmento anterior del LSD y oblitera el bronquio del segmento anterior del LSD e infiltra a la vena cava superior

Figura 4 (Dcha). Masa en segmento anterior del LSI engloba bronquios y vasos (signo del angiograma)

Adenopatía en cadena mamaria interna izquierda.

Diagnóstico diferencial para la afectación pulmonar del LNH

Afectación por LNH	Diagnóstico diferencial
Nódulos o masas	Carcinoma broncogénico Metástasis Infección fúngica o por micobacterias
Opacidad en vidrio deslustrado que no se resuelve	Numerosas causas de inflamación o infección Neumonía intersticial Lesiones del espectro adenocarcinoma
Consolidación que no se resuelve	Neumonía organizada Neumonía lipoidea Adenocarcinoma mucinoso Consolidación postobstructiva
Engrosamiento intersticial o nodularidad	Edema pulmonar intersticial Sarcoidosis Linfangitis carcinomatosa

Tabla 3. [2]



Afectación traqueobronquial

La enfermedad traqueobronquial primaria al igual que la secundaria, se manifiesta más comúnmente como una masa nodular o polipoidea de tejido blando (Fig.5). Las lesiones polipoideas difusas o de base amplia son más raras.

La atelectasia post-obstructiva o consolidación puede estar presente donde haya un estrechamiento significativo de la vía aérea.

El diagnóstico diferencial principal es con carcinoma primario de pulmón[2].



Figura 5. Masa hiliomediastínica izquierda que parece tener su origen en el bronquio de la llingula, al cual afila.

Afectación cardíaca y paracardíaca

Suele ocurrir cuando la enfermedad está diseminada.

El linfoma puede diseminarse al corazón y al pericardio por extensión directa desde lesiones mediastínicas, por infiltración de los vasos linfáticos a lo largo de las arterias coronarias y el epicardio, o por siembra hematógica.

La implicación del corazón y el pericardio es a menudo conjunta, pero puede ocurrir en cualquiera de las dos estructuras de forma aislada.

Pueden ser masas sólidas o lesiones nodulares (Fig. 6) y el derrame pericárdico suele estar presente [2].



Fig. 6. Derrame pleural y pericárdico con engrosamientos nodulares en un LNH.



Afectación paraespinal

Es característico del LNH la aparición de una masa de partes blandas paraespinal que cubre el cuerpo vertebral pero con una destrucción limitada del hueso cortical o pérdida de altura (signo envolvente). La masa paraespinal puede elevar la aorta de la columna vertebral sin causar estenosis o invasión (signo de aorta flotante) (Fig.7) y que también es característico del linfoma [2].



Figura 7. Masa de partes blandas hilar derecha que engloba y afila al confluente venoso derecho. Con engrosamiento pleural derecho y masa de partes blandas rodeando la aorta.

CONCLUSIONES

- El linfoma pulmonar puede adoptar diferentes presentaciones y simular distintas entidades.
- A pesar de que el diagnóstico final es histológico y que no existen signos radiológicos patognomónicos, sí existen datos, tanto clínicos como radiológicos, que pueden orientarnos y colocar al linfoma en la parte superior del diagnóstico diferencial, lo que puede conducir a una caracterización y tratamiento más tempranos y así evitar una cirugía innecesaria.

REFERENCIAS

- [1] Webb WR, Higgins CB. Linfoma y enfermedad linfoproliferativa. Radiología pulmonar y cardiopulmonar. Marban. 2009. Págs. 125-148.
- [2] Bligh MP, Borgaonkar JN, Burrell SC, MacDonald DA, Manos D. Spectrum of CT Findings in Thoracic Extranodal Non-Hodgkin Lymphoma. RSNA. 2017. Vol.37, No.2 Págs. 439-461.