

TE PRESENTO UN EXTRAÑO: LINFOMA CARDIACO PRIMARIO

*Autores: García Mera, Marcela; Gotbeter
Jesica; Passarino, Betiana; Pereira, Mario.*

•Presentación del caso:

Paciente femenina de 59 años, antecedente de HIV con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable. Consulta por edema de ambos miembros inferiores y distensión abdominal de 3 semanas de evolución. Se realiza laboratorio que demuestra: Hg 13,5 g/dl, glóbulos blancos 9.400/mm³ (80% de neutrófilos, células atípicas o ráfaga en frotis de sangre), plaquetas 344.000/mm³, prueba de coagulación, electroforesis de proteínas, función hepática y renal normal, pruebas de hepatitis C y B negativas, PCR y LDH elevadas.

•Hallazgos imagenológicos:

Como primer estudio se realiza ecocardiograma, donde se observa masa cardiaca que invade el tabique interauricular con ocupación del 50% de la superficie auricular y levemente del VD.

Luego, se realiza AgioTC de tórax donde se observa voluminosa masa intracardiaca polilobulada de 8 x 9 x 8 cm de diámetro AP x TR x CC (*Figura 1 a,b,c*), que compromete ambas aurículas y ventrículo derecho, asociado a trombosis de la VCI con extensión a venas renales y ambas iliacas primitivas con signos de TEP segmentario bilateral. Se observa además alteración en la perfusión del segmento VI / VII hepático y ascitis (*Figura 2 a, b*).

Se efectuó biopsia guiada por angiografía (*Figura 3*) donde los resultados fueron linfoma linfoblástico de células B cardíaco primario (*Figura 4 a, b, c*). Se comienza con esquema quimioterápico.

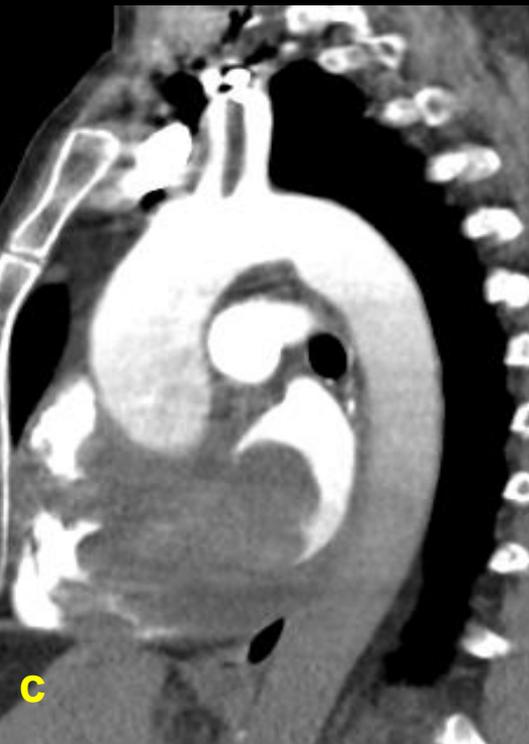
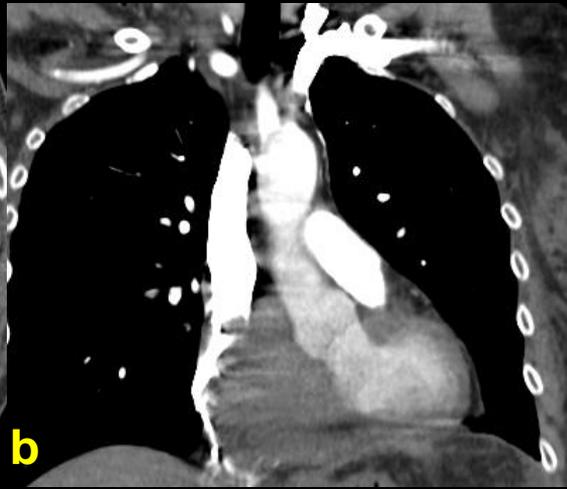
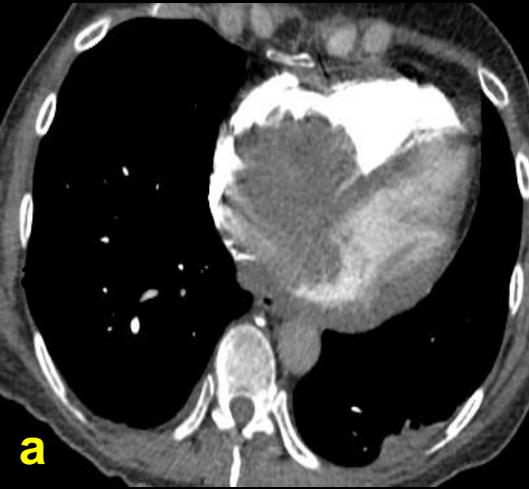


Figura 1 (a) axial, (b) coronal, (c) sagital: Se observa voluminosa formación con densidad de partes blandas intracavitaria que ocupa ambas aurículas y parte del VD. En imagen sagital (c) se evidencia disminución de flujo en aorta torácica descendente.



Figura 2 (a y b): Se observa trombosis de la VCI, ascitis, y alteración en la perfusión a nivel del segmento VI hepático.

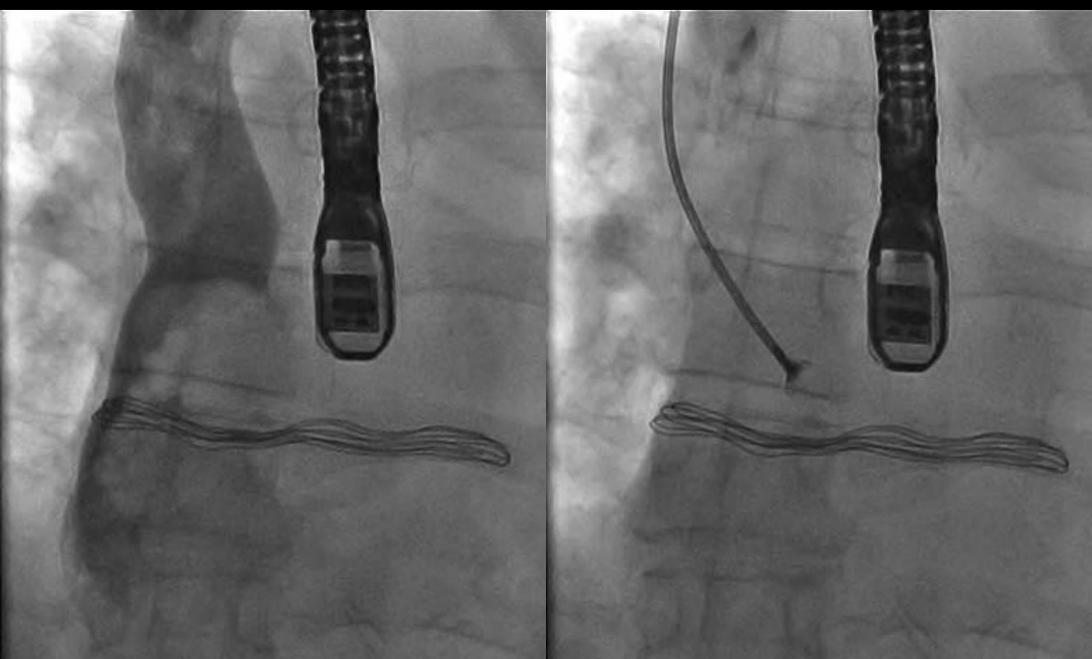


Figura 3

Angiografía digital. En la figura de la izquierda se observa contraste ingresando por la VCI delimitando la masa de bordes lobulados. En la imagen de la derecha se identifica el momento de toma de biopsia.

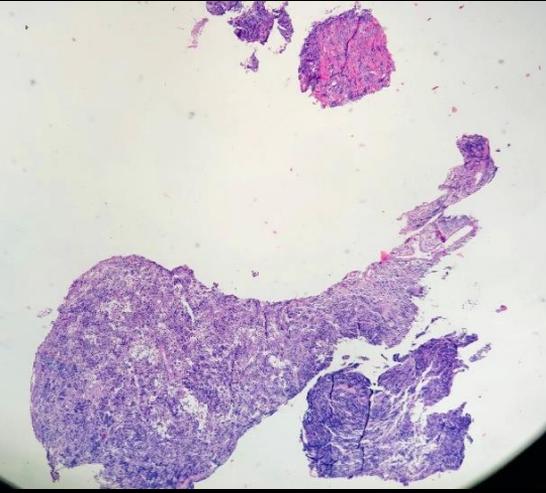


Figura 4a

Con aumento menor (4x) Se observan dos fragmentos de tejido fibromuscular con infiltración neoplásica

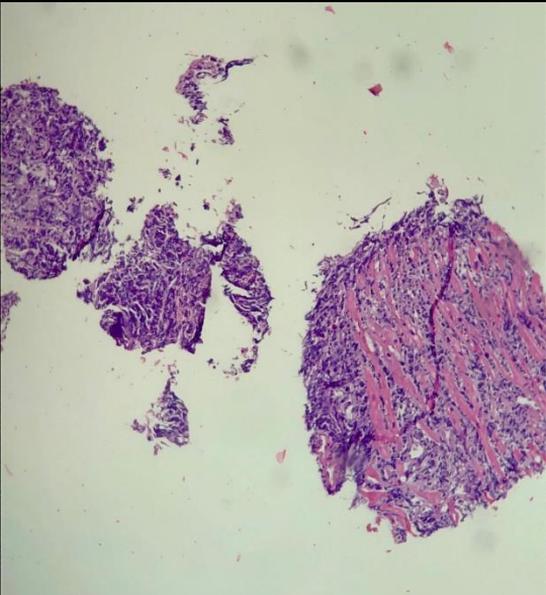


Figura 4b

Con aumento medio (10x) se observa como la neoplasia diseca los haces musculares

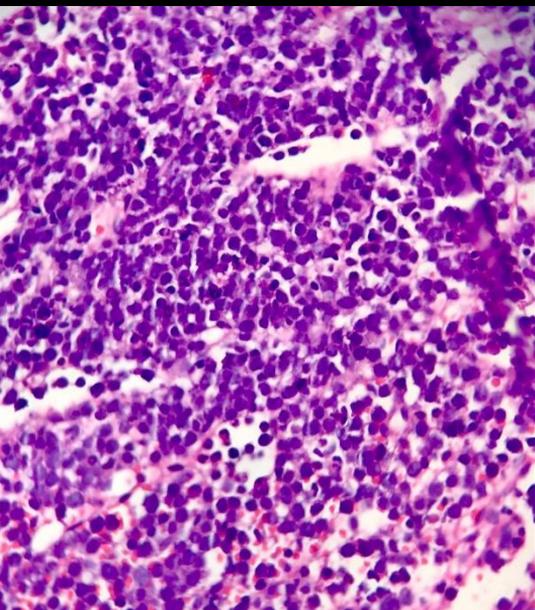


Figura 4c

Con aumento mayor (40x) se observa proliferación de células de pequeño y mediano tamaño, escaso citoplasma, vinculable a proceso linfoproliferativo.

Discusión

La frecuencia total de tumores cardiacos es muy baja, con una prevalencia estimada entre 0,001 y 0,1%. La mayoría de los tumores cardiacos primarios son benignos, siendo el mixoma el más común, seguido de los lipomas y fibromas.

Las tumoraciones malignas cardiacas son muy raras, siendo más común la implicación metastática, la cual puede ser por invasión directa, diseminación hematológica o transvenosa.

Los tumores cardiacos primarios malignos son infrecuentes, siendo el 95% sarcomas y el 5% linfomas.

El curso clínico es rápidamente progresivo, finalizando en óbito del paciente, el cual ocurre como resultado de la infiltración local, obstrucción de las cámaras del corazón o metástasis.

En el siguiente listado nombramos algunos de los criterios de malignidad para los tumores cardíacos:

- Comportamiento invasivo.
- Compromiso del lado derecho del corazón o del pericardio.
- > 5 cm.
- Lesión heterogénea.
- Realce con el contraste.
- Necrosis Intratumoral.
- Compromiso de más de una cámara cardíaca.
- Base de Implantación miocárdica.
- Extensión a las venas o las arterias pulmonares.
- Extensión extracardiaca.

Los síntomas cardiacos secundarios a linfoma (disnea, insuficiencia cardiaca congestiva, derrame pericárdico y bloqueo auriculo-ventricular) son inespecíficos por lo que el linfoma cardiaco es difícil de sospechar a pesar de tratarse de una emergencia oncológica, debido a su rápida evolución y avanzado estadio de la enfermedad a al momento del diagnostico.

Las imágenes de linfoma cardiaco en TC no son específicas; el hallazgo más frecuente es una masa infiltrativa, mal definida, en el septo interauricular con o sin extensión a las aurículas o, menos frecuentemente, al ventrículo izquierdo. El pericardio también puede verse afectado por contigüidad.

La afectación cardiaca secundaria por linfoma está descrita en un 30% de autopsias, sin embargo hay muy pocos casos diagnosticados in vivo.

En nuestro caso, al 9no día, a pesar de la mejoría clínica, la paciente presenta paro cardiorespiratorio.

Los estudios de ecocardiograma y AngioTC realizados ese día demuestran reducción con fragmentación de la masa tumoral (*Figura 5*).

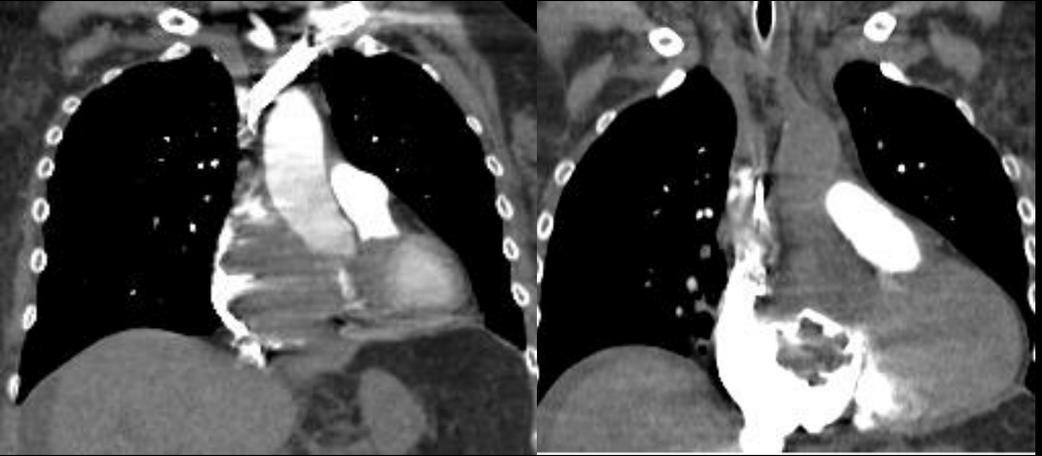


Figura 5

A la izquierda imagen coronal previo al tratamiento quimioterapico, y a la derecha posterior al tratamiento, donde se visualiza reducción y fragmentación de la masa tumoral.

Conclusión:

El diagnóstico de LCP son desafiantes y pueden tener un curso clínico insidioso. Un diagnóstico rápido mejora el pronóstico del paciente. El linfoma cardíaco primario representa sólo el 1,3% de los tumores cardíacos primarios y el 0,5% de los linfomas extranodales. Exponemos este caso debido a la escasa frecuencia de presentación de linfomas linfoblásticos como masa cardiaca solitaria.