



## MASA ESTERNAL POR LINFOMA NO HODGKIN



Foto A: Rx de tórax en proyección PA apreciándose lesión costal izquierda y aumento de densidad secundaria a la masa esternal.

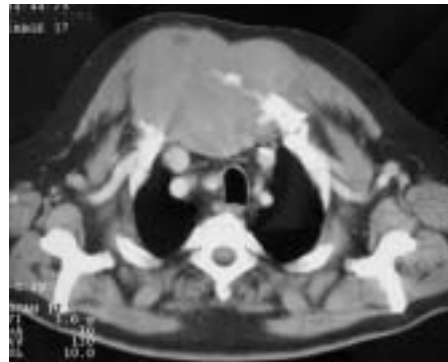


Foto B: Imagen axial de TC con contraste intravenoso donde se observa la masa de partes blandas con destrucción del esternón y abultamiento de pared torácica anterior.

### **Autores:**

\*De Castro García Francisco Javier, \*\* García Alonso Jesús, \*\* García Iñigo Paloma, \*\*Bonal González Esther.

\*Centro Diagnostico Recoletas Plasencia. Plaza San Calixto, N 8. 10600. Plasencia (Cáceres - España).

\*\*Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Salamanca. Paseo de San Vicente 58-182. 37007 Salamanca - España

### **Correspondencia:**

Francisco Javier de Castro García. Cañada Real N 12, 1 H. 10600. Plasencia (Cáceres - España). E-mail: [MTFJ@eresmas.com](mailto:MTFJ@eresmas.com)

**Introducción:** La afectación de la pared torácica por linfoma no Hodgkin (LNH) se encuentra en alrededor de un 2-16% de los casos (1,2). Puede ser secundaria a extensión directa desde grandes adenopatías mediastínicas, fundamentalmente cuando se afecta la cadena ganglionar de la mamaria interna, o desde el pulmón o la pleura, pero también

puede ocurrir como lugar primario de afectación extraganglionar (3-5). Presentamos un enfermo donde el primer síntoma de la enfermedad fue dicha afectación.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con diuréticos, ex-bebedor, ex-fumador e intervenido quirúrgicamente de un carcinoma espinocelular en labio inferior hace 4 meses. Acude al servicio de urgencias por presentar desde hace dos meses una tumoración dolorosa en zona esternal. La exploración física era normal salvo por la existencia de una masa de aproximadamente 7 cm de diámetro máximo, dura y adherida a planos profundos. Los parámetros analíticos se encontraban dentro de la normalidad salvo por la presencia de linfocitos atípicos confirmados en un frotis sanguíneo en un total de 7900 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 71% de neutrófilos y 12% de linfocitos. En la radiografía de tórax se observa una lesión extrapulmonar en hemitórax izquierdo dependiente de arco costal y la proyección de la masa esternal sobre campo superior derecho (Fig A). En el estudio mediante TC se apreció una masa de 10 x 7 cm (Fig B), lesión costal izquierda, esplenomegalia y adenopatías paraaórticas e interaortocava. El diagnóstico histopatológico definitivo fue de linfoma difuso de células grandes B.

**Discusión y conclusiones:** Los linfomas son tumores malignos primarios del sistema inmune. El linfoma difuso de células grandes B es el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin (LNH) y representa aproximadamente un tercio de los casos. Está incluido dentro del grupo de grado intermedio según la clasificación "Working Formulation".

La afectación torácica por linfoma en el momento de la presentación ha sido descrita ampliamente y oscila entre un 25-48% en el caso del LNH(6) siendo las adenopatías mediastínicas el hallazgo radiológico más común. Cuando existe afectación de la pared la mayoría de los pacientes tienen asociada patología intratorácica (4,7). Bustos et al (8) describen afectación de la pared por LNH en un 5,9% de los pacientes, de los cuales, 2/3 presentaban masa de partes blandas y el tercio restante masa de partes blandas con afectación ósea. El 58,3% tenían adenopatías mediastínicas.

Se ha descrito una mayor sensibilidad de la resonancia magnética en detectar la afectación linfomatosa de la pared torácica. Esto es importante, sobre todo cuando se plantea un tratamiento radioterápico (9,2).

Hay que destacar que las lesiones esternales son, en más del 90% de los casos, malignas, destacando las metastásicas: mama, pulmón, tiroides y riñón. Entre los tumores primarios, son las neoplasias de origen condral las más frecuentes, fundamentalmente el condrosarcoma, seguidas del osteosarcoma, y más raramente plasmocitoma o linfoma.

*JUL-2004*

#### **Bibliografía:**

- 1 Castellino RA, Hilton S, O'Brien JP, Portlock CS. Non-Hodgkin lymphoma: Contribution of chest CT in the initial staging evaluation. *Radiology* 1996; 199: 129-32
- 2 Carlsen SE, Bergin CJ, Hoppe RT. MR imaging to detect chest wall and pleural involvement in patients with lymphoma: effect on radiation therapy planning. *AJR Am J Roentgenol* 1993; 160:1191- 1195
- 3 Guermazi A, Brice P, Kerviler E, et al. Extranodal Hodgkin Disease: Spectrum of disease. *Radiographics* 2001; 21: 161-79
- 4 North LB, Libshitz HI, Lorigan JG. Thoracic lymphoma. *Radiol Clin North Am* 1990; 28: 745-62

- 5 Cho CS, Blank N, Castellino RA. Computerized tomography evaluation of chest wall involvement in lymphoma. *Cancer* 1985; 55:1892–1894
- 6 Romano M, Libshitz HI. Hodgkin disease and non-Hodgkin Lymphoma: plain chest radiographs and chest computed tomography of thoracic involvement in previously untreated patients. *Radiol Med (Torino)* 1998;95:49-53.
- 7 Castellino RA, Blank N, Hoppe RT, Cho C. Hodgkin's disease: contributions of chest CT in the initial staging evaluation. *Radiology* 1986; 160:603–605.
- 8 Bustos A, Corredoira J, Ferreiros J, Cabeza B, Jorquera M, Pedrosa I et al. Afectación torácica inicial en el linfoma. Valoración con TC. *Radiologia* 2002; 44; 179-85.
- 9 Bergin CJ, Healy MV, Zincone GE, Castellino RA. MR evaluation of chest wall involvement in malignant lymphoma. *J Comput Assist Tomogr* 1990; 14:928–932.