

Linfoma cardíaco primario en una paciente inmunocompetente

Primary Cardiac Lymphoma in an Immunocompetent Female Patient

VERÓNICA LÁZARO¹, SOFÍA VÁZQUEZ², ELISA BLANCO³

Las imágenes corresponden a una mujer de 81 años con antecedentes de HTA, DMNID y fibrilación auricular, que consulta en Urgencias por disnea de cinco días de evolución y anorexia y pérdida de peso en los últimos seis meses. En la radiografía de tórax se evidencia cardiomegalia y el ecocardiograma muestra derrame pericárdico grave y una masa vascularizada adherida a la aurícula derecha.

Se completó el estudio con una resonancia magnética, en la que dicha masa presenta una intensidad de señal mixta en secuencias T1 (Figura 1) y T2 (Figura 2) y se realza en forma heterogénea tras la administración de gadolinio (Figura 3). Alcanza un tamaño aproximado de 7 × 5 cm en el plano axial y engloba el pericardio, la aurícula derecha y la base del ventrículo derecho. Se asocian un engrosamiento pericárdico difuso y derrame. Desde el punto de vista

de la resonancia magnética, la lesión cumplía criterios de malignidad, sin que se pudiera establecer si correspondía a un tumor primario (sarcoma o linfoma) o metastásico (aunque la paciente no tenía neoplasia conocida). Posteriormente se completó el estudio con una TC toracoabdominopelvíana, sin que se hallaran adenopatías ni afectación de otros órganos.

El estudio inmunohistoquímico del líquido pericárdico fue compatible con *linfoma no Hodgkin B de células grandes*.

La afectación cardíaca por linfoma es más frecuente en el linfoma no Hodgkin sistémico que la forma primaria; (1-4) por otra parte, éste es prácticamente siempre un linfoma de células B y afecta con mayor frecuencia a sujetos inmunocomprometidos. (1-4) Son típicos la afectación de cavidades derechas (1-4) y el derrame pericárdico asociado. (1, 2)



Fig. 1. Imagen potenciada en T1 que muestra una masa de señal heterogénea en la pared de la aurícula derecha (*flecha recta*). Pueden observarse el engrosamiento irregular y el derrame pericárdico (*flecha curva*).

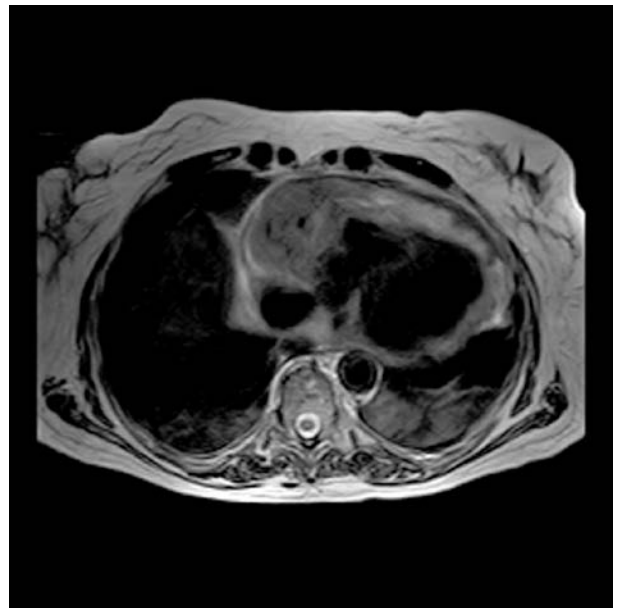


Fig. 2. Los mismos hallazgos que en la Figura 1 en una imagen potenciada en T2.

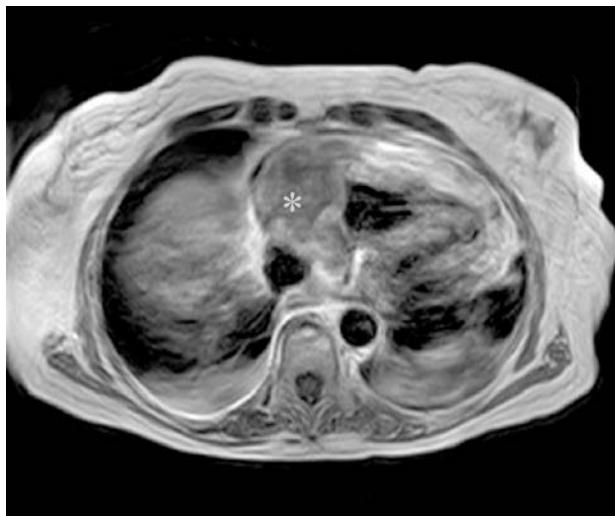


Fig. 3. La masa presenta un realce heterogéneo tras la inyección de gadolinio (*asterisco*).

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez J, Vivancos R, de Mora M, Álvarez M, Sanz JM, Arizón JM, et al. Primary cardiac lymphoma: presentation of a case and review of the literature. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:444-7.
2. O'Donnell DH, Abbara S, Chaithiraphan V, Yared K, Killeen RP, Cury RC, et al. Cardiac tumors: optimal cardiac MR sequences and spectrum of imaging appearances. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193:377-87.
3. Porcar Ramells C, Clemente González C, García Parés D, Guardia Sánchez R, Pérez Ayuso MJ, García-Bragado Dalmau F. Primary cardiac lymphoma: cytological diagnosis and treatment with response to polychemotherapy and hematopoietic precursor autotransplant. Presentation of a case a review of the literature. *An Med Interna* 2002;19:305-9.
4. Sparrow PJ, Kurian JB, Jones TR, Sivananthan MU. MR imaging of cardiac tumors. *Radiographics* 2005;25:1255-76.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaramos que no poseemos ningún conflicto de intereses en la presente publicación