

LINFOMA DE PARED TORACICA: REPORTE DE 2 CASOS

Lymphoma of chest wall: two case report

Autores:

1: Sastre, Ignacio; Cirujano General; Residente de 2do año de cirugía torácica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina. Correo electrónico CE: ignaciosastrecirugia@gmail.com. . ORCID: 0000-0001-6268-4055
 2: España, Manuel; Cirujano General; Residente de 1er año de cirugía torácica, CE: maesis17@gmail.com
 3: Ceballos, Roberto; Cirujano Torácico; Staff de cirugía torácica, CE: pumaceballos@hotmail.com.
 4: Bustos, Mario Eduardo Francisco; Cirujano Torácico; Jefe de Servicio de cirugía torácica CE: marioefb@gmail.com
 Institución: Hospital Privado Universitario de Córdoba - Córdoba, Argentina
 Autor de Correspondencia: Ignacio Sastre, Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Av. Naciones Unidas 346, CP6000, Córdoba, Argentina. Email : ignaciosastrecirugia@gmail.com

RESUMEN

Los tumores primarios de pared torácica representan un bajo porcentaje de las neoplasias torácicas. Dentro de ellos, el linfoma como lesión única en la caja torácica, es muy poco frecuente. Presentamos dos casos que se manifestaron como gran masa de pared.

Palabras clave: linfoma; tumor; pared torácica.

Abstract

Primary thoracic wall tumors represent a low percentage of thoracic neoplasms. Among them, lymphoma, as the only lesion in the rib cage, is very rare. We present two cases that manifested as a large wall mass.

Keywords: lymphoma; tumor; chest wall

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias primarias de la pared del tórax constituyen solo el 1 a 2 % de todos los tumores torácicos, de los cuales el 60% son malignos, y de ellos el 45% de partes blandas. De estos últimos, el linfoma en pared torácica es poco frecuente, representando el 2% del total 1,4.

Presentamos 2 casos, de linfoma no hodgkin (LNH), que se manifestaron como gran masa solitaria de la pared del tórax.

CASO 1

Paciente masculino de 64 años, sin antecedentes relevantes, es derivado por masa en pared torácica izquierda, con proyección hacia axila, de importante tamaño, duro elástico a la palpación, no doloroso, poco móvil, por debajo de plano muscular, de dos meses de evolución. Se le realiza tomografía computada (TC) de tórax, donde se evidencia masa heterogénea de 70mm de diámetro máximo, de difícil diferenciación, sin compromiso vascular. (Figura 1, A).

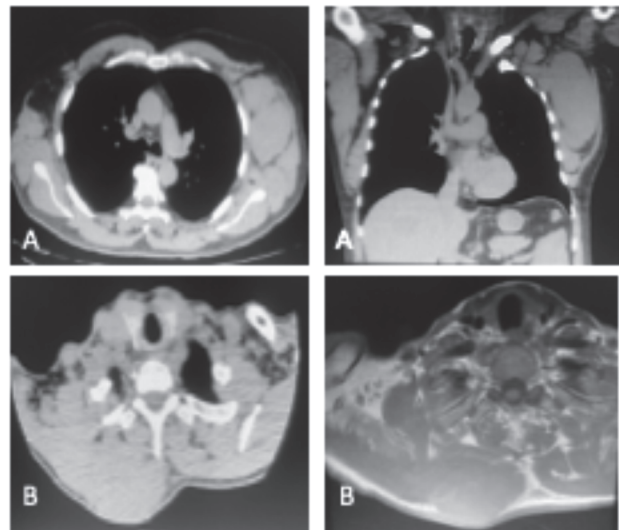


Figura 1. A) corte de tomografía axial y coronal, donde se observa masa solida lateral izquierda que provoca deformidad de la pared torácica sin comprometer elementos vasculares; **B)** corte axial de tomografía y resonancia magnética, donde se objetiva lesión voluminosa en proyección de músculo trapecio.

Se decide biopsia incisional de la lesión por el gran tamaño, y para luego establecer táctica de tratamiento según la anatomía patológica. EL resultado de la histopatológico revelo Linfoma difuso de células grandes B, origen centro germinal, Ki67 40%. (E III b). Realiza tratamiento con quimio y radioterapia.

CASO 2

Paciente de 59 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia al momento de la visita, consulta por masa en pared torácica derecha posterior, que se extiende hacia región cervical, en proyección de músculo trapecio. Al examen físico, tumor de gran tamaño, de consistencia dura, no dolorosa, no móvil, con arañas vasculares en la superficie. Se le realiza ecografía, resonancia magnética (RMN) y TC (Figura 1, B). Se evidencia formación de pared torácica, de 103 x 90 x 50 mm de tamaño, heterogénea, de bordes pobremente definidos, en contacto íntimo con trapecio, con doppler color positivo. También se objetivan múltiples adenopatías cervicales.

Se plantea como diagnóstico inicial sarcoma de partes blandas. Se realiza biopsia incisional, cuyo resultado anatomopatológico informa Linfoma anaplasico T, ALK negativo.

A su vez, se le solicita serología, haciendo el diagnóstico concomitante de infección por HIV.

Realiza tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

El tumor primario de pared torácica es raro, y generalmente aparece como metástasis o como compromiso por contigüidad de otro primario 1,3. El linfoma representa un bajo porcentaje de afectación de la pared del tórax, siendo más común verlo asociado a enfermedad mediastinal u originado a partir de las costillas y/o el esternón. Hsu describe 7 casos de linfoma que se presentaron como masa única de pared, más frecuente en hombres, y de ellos 4 como único sitio de enfermedad 2. Press, en su estudio encuentra entre 250 paciente con diagnóstico de linfoma, 24 con compromiso de pared, y de ellos 17 sin patología a nivel pulmonar ni mediastinal 6.

Como estudios complementarios la Tomografía Computada, Resonancia Magnética y PET/CT, son recursos válidos para ver la morfología, localización, relaciones anatómicas y enfermedad a distancia; el PET/CT ha demostrado una mayor sensibilidad y especificidad en comparación con los otros dos 7.

Para tratar adecuadamente los tumores de la pared torácica, como el linfoma, se debe obtener un diagnóstico preciso del tejido. La biopsia por escisión es el método preferido para diagnosticar tumores pequeños, con márgenes de al menos 1 a 2 cm.

La biopsia incisional se recomienda para tumores más grandes (5 cm); la orientación de la incisión debe tener en cuenta la incisión que se necesitaría para la resección definitiva. La aspiración con aguja fina es útil cuando se sospechan tumores epiteliales metastásicos; sin embargo, la misma puede ser menos precisa para los linfomas, particularmente para establecer el grado y la diferenciación. 1,4,7

En cuanto al tratamiento, la indicación para la cirugía se basa en la evaluación de la histología del tumor, la ubicación, el grado de invasión local y la presencia de metástasis. Como premisa, todos los tumores primarios de la pared torácica se deben intentar resear de forma completa y con márgenes adecuados; excepto, el tumor de ewing, plasmocitoma solitario y el linfoma, que a priori son patrimonio

de tratamiento médico. 7,8 Sin embargo, Hsu reporto 4 casos de linfoma tratados con cirugía y quimioterapia adyuvante, como así también Qiu et al en 1 caso. 2,5

En nuestra experiencia, ambos casos de linfoma se presentaron como masas palpables en el tórax, simulando otros posibles diagnóstico. Se estudiaron con tomografía y resonancia, y el diagnóstico definitivo se realizó a través de biopsia incisional, lo cual es importante en este tipo de lesiones de gran tamaño para el planeamiento del tratamiento, que no siempre es quirúrgico. El tratamiento para ambos fue quimioterapia teniendo una muy buena respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- B. Witte; M. Hurtgen. Lymphomas presenting as chest wall tumors. *Thorac Surg Sci.* 2006; 3: Doc01.
- 2- Hsu PK, Hsu HS, Li AF, Wang LS, Huang BS, Huang MH, et al. Non-Hodgkin's Lymphoma Presenting as a large chest wall mass. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2006. 81 (4), 1212-1218.
- 3- Shah BK. Primary chest wall lymphoma: a rare entity. *J cancer Res Ther.* 2015; 11 (3): 661.
- 4- Cipriano, MD; Burfeind Jr, MD. Management of primary soft tissue tumors of the chest wall. *Thoracic Surgery Clinics,* 27 (2), 139.147.
- 5- Xiaoming Qiu, Yi Liu, Yanjie Qiao, Gang Chen, Tao Shi, Jun Chen, et al. Primary diffuse large B cell lymphoma of the chest wall: a case report. *World J Surg Oncol.* 2014; 12: 104.
- 6- Press, G. A., Glazer, H. S., Wasserman, T. H., Aronberg, D. J., Lee, J. K., & Sagel, S. S. Thoracic wall involvement by Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphoma: CT evaluation. *Radiology.* 1985. 157(1), 195-198.
- 7- Shah, A. A., & D'Amico, T. A. Primary Chest Wall Tumors. *Journal of the American College of Surgeons.* 2010. 210(3), 360-366.
- 8- Smith, S. E., & Keshavjee, S. Primary Chest Wall Tumors. *Thoracic Surgery Clinics.* 2010. 20(4), 495-507.