

Afectación cardiovascular por linfoma no Hodgkin mediastinal en paciente con VIH

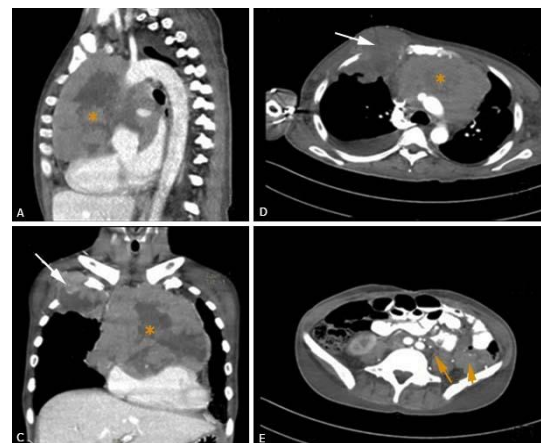
Cardiovascular involvement due to mediastinal non-Hodgkin Lymphoma in a patient with HIV

Jesús Samuel Borges López, Emma Rosas Munive, Axel Cuevas Campillo
Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, México.

Paciente masculino de 34 años con diagnóstico de VIH en estadio C3 y antecedente de perforación intestinal hace cuatro meses, que ameritó resección con anastomosis yeyuno-íleo. Acudió a urgencias por presentar astenia, diaforesis, dolor precordial y aumento de volumen del cuello. Se realizó tomografía computarizada cervical, torácica y abdominal. Se observó en el mediastino una masa multinodular de 12 cm que envolvía el arco aórtico y la arteria pulmonar, lo que causa desplazamiento cardíaco; una segunda masa de 8,3 cm con destrucción de segundo arco costal derecho y partes blandas, de la cual se obtuvo muestra y conglomerados multinodulares intraabdominales (fig. 1 A-D) y (fig. 2 A, B). Se solicitó ecocardiograma, que reportó FEVI 45 %, ventrículo derecho pequeño con sobrecarga sistólica, aurícula derecha severamente dilatada, derrame pericárdico leve e infiltración tumoral miocárdica y masa mediastinal, con compresión miocárdica extrínseca, sin lesiones intracardiacas (fig. 3 A, B). La biopsia reportó células neoplásicas, lo que confirma el diagnóstico de Linfoma No Hodgkin (LNH) mediante inmunohistoquímica (fig. 3 C-E). Se remitió al paciente a Hematología para tratamiento.

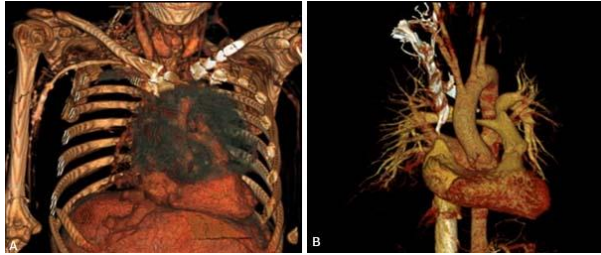
El LNH representa el 26 % de los tumores en los pacientes inmunodeprimidos; constituye la segunda neoplasia más frecuente después del sarcoma de Kaposi en estos pacientes, en donde la afectación cardíaca por el linfoma es un hecho excepcional, siendo 10 a 40 veces más frecuente la invasión secundaria del corazón que la primaria. Existen pocos casos similares reportados en la literatura, debido a que el diagnóstico rara vez ocurre ante mortem, al cursar de manera silente.

Figuras



Leyenda: **A:** Corte sagital. Se observa una gran masa mediastinal, multilobulada, heterogénea, que envuelve estructuras vasculares y causa desplazamiento cardíaco (*). **B:** Corte axial. Se observa la masa mediastinal con crecimiento intra (*) y extratorácico con extensión a partes blandas (flecha). **C:** Corte coronal. Se observa tumoración mediastinal que comprime la silueta cardíaca (*), además de tumoración que engloba el arco costal derecho y las partes blandas (flecha). **D:** Corte axial a nivel abdominal. Presencia de conglomerados ganglionares (flechas).

Fig. 1 – AngioTC cervical, torácica y abdominal.

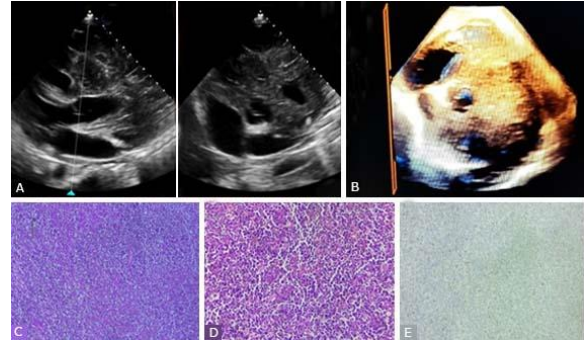


Leyenda: **A y B:** Se observa tumor mediastinal que rodea a los grandes vasos (aorta y arteria pulmonar), lo que causa compresión cardíaca (aurícula y ventrículo derecho) y deformación de la silueta cardíaca.

Fig. 2 – AngioTC de tórax reconstrucción VRT.



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



Leyenda: **A:** Eje largo paraesternal con X plane. Se observa infiltración tumoral miocárdica que causa compresión de las cavidades cardíacas. **B:** Eje corto paraesternal con volumen completo 3D. Se observa infiltración miocárdica. **C, D:** Microscopia óptica de biopsia. Tinción con Hematoxilina-eosina. Presencia de células neoplásicas teñidas con hematoxilina. **E:** Inmunohistoquímica de biopsia positivo a Linfoma No Hodgkin.

Fig. 3 – Ecocardiograma transtorácico.

DIRECCION PARA CORRESPONDENCIA: Jesús Samuel Borges López, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, México. E-mail: jborgescardio@outlook.com

Los autores firmantes del manuscrito declaran no poseer Conflicto de intereses.