



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

LINFOMA CARDIACO PRIMARIO. REPORTE DE CASO

PRIMARY CARDIAC LYMPHOMA. CASE REPORT

Fabricio Joan Calderón Rodríguez

Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira, Ecuador

Beverly Lucia Arteaga Piloso

SeguMedik, Ecuador

Ivonne Del Rocio Ortega Garcia

Hospital General del IESS, Ecuador

Ana Belén Urgilés Cabrera

Investigador Independiente, Ecuador

Frank Josué Bustamante Aguirre

MedFam Centro Médico Familiar, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10851

Linfoma Cardíaco Primario. Reporte de Caso

Md. Fabricio Joan Calderón Rodríguez¹

fcalderonrodriguez@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3102-570X>

Médico General, Hospital General Dr.

Enrique Ortega Moreira, Duran

Ecuador

Md. Beverly Lucia Arteaga Piloso

beverly_bv96@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-9522-3713>

Médico General, SeguMedik, Guayaquil,

Ecuador

Md. Ivonne Del Rocio Ortega Garcia

vnnortega@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-8059-0230>

Médico General, Hospital General del IESS

Machala

Ecuador

Md. Ana Belén Urgilés Cabrera

belu.urgil28@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4239-2180>

Investigador Independiente

Médico General, Cuenca

Ecuador

Md. Frank Josué Bustamante Aguirre

fjba_95@yahoo.es

<https://orcid.org/0009-0004-4839-0471>

Médico General, MedFam Centro Médico

Familiar, Guayaquil

Ecuador

RESUMEN

El Linfoma Cardíaco Primario se define como linfoma no Hodgkin (LNH) que afecta sólo al corazón y/o al pericardio, o LNH con manifestaciones cardíacas, especialmente cuando la mayor parte del tumor se encuentra en el corazón. Ocurren en pacientes inmunocomprometidos. Los tumores cardíacos primarios (PCT) son raros y ocurren en 1,38 a 30 casos por 100.000 personas al año. Alrededor del 75-80% de los PCT son benignos y más de la mitad de ellos son mixomas. El linfoma cardíaco primario (LCP) es un tumor poco común que representa el 1,3% de los tumores cardíacos primarios. En términos de espectro histológico, el linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes es el linfoma cardíaco primario más común (58%), seguido del linfoma de células T (16%), la neoplasia del linfoma de Burkitt y el linfoma linfocítico pequeño (6%). Los síntomas complicados asociados con el linfoma cardíaco primario pueden incluir disnea, dolor torácico, fatiga progresiva, sudores nocturnos, pérdida de peso, arritmias cardíacas y síndrome de la vena cava superior. Alrededor del 20 por ciento de las personas con PCL pueden desarrollar insuficiencia cardíaca aguda antes de que aparezcan otros síntomas. Sin embargo, los linfomas cardíacos primarios suelen presentar síntomas inespecíficos y, a menudo, se descubren de forma incidental. Se reporta un paciente masculino de 56 años la cual acude al servicio de emergencias por presentar disnea que evoluciona de grandes esfuerzos a pequeños esfuerzos progresiva y dolor interesternal izquierdo.

Palabras claves: *linfoma cardíaco primario, linfoma no hodgkin, insuficiencia cardíaca*

¹ Autor principal

Correspondencia: fcalderonrodriguez@gmail.com

Primary Cardiac Lymphoma. Case Report

ABSTRACT

Primary Cardiac Lymphoma is defined as non-Hodgkin lymphoma (NHL) that affects only the heart and/or pericardium, or NHL with cardiac manifestations, especially when the majority of the tumor is located in the heart. They occur in immunocompromised patients. Primary cardiac tumors (PCTs) are rare, occurring in 1.38 to 30 cases per 100,000 people per year. About 75-80% of PCTs are benign and more than half of them are myxomas. Primary cardiac lymphoma (PCL) is a rare tumor, accounting for 1.3% of primary cardiac tumors. In terms of histological spectrum, diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma is the most common primary cardiac lymphoma (58%), followed by T-cell lymphoma (16%), Burkitt lymphoma neoplasm, and small lymphocytic lymphoma (6%). Complicating symptoms associated with primary cardiac lymphoma may include dyspnea, chest pain, progressive fatigue, night sweats, weight loss, cardiac arrhythmias, and superior vena cava syndrome. About 20 percent of people with PCL may develop acute heart failure before other symptoms appear. However, primary cardiac lymphomas usually present with nonspecific symptoms and are often discovered incidentally. A 56-year-old male patient is reported who goes to the emergency department due to dyspnea that evolves from great efforts to small progressive efforts and left interscapular pain.

Keywords: *primary cardiac lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, heart failure*

Artículo recibido 11 marzo 2024

Aceptado para publicación: 12 abril 2024



INTRODUCCIÓN

El linfoma cardíaco primario (LCP) es un subtipo poco común de linfoma extraganglionar con lesiones primarias que surgen del corazón y el pericardio. El LCP debe diferenciarse de la invasión miocárdica y/o pericárdica del linfoma sistémico, que ocurre hasta en el 20% de los pacientes durante el curso de la enfermedad. Como característica común de los tumores raros, la mayor parte de la literatura existente sobre el LCP consiste en casos aislados, la mayoría de los cuales fueron publicados hace muchos años.(1,2) Además de la presencia de lesiones cardíacas al inicio del estudio, los criterios para definir el linfoma cardíaco primario varían desde una invasión miocárdica estrictamente limitada (que puede extenderse al pericardio) hasta una extensión locoregional limitada asociada o, menos aún, una enfermedad extracardiaca grave. Todavía en el pericardio. De hecho, la mayoría de los informes existentes son diagnósticos incidentales de LCP que utilizan diversas modalidades de imágenes en asociación con un reclutamiento orientado a la cardiología.(3,4)

Después de todo, la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de tumores de tejido hematopoyético y linfoide no considera el LCP como una entidad separada. Por lo tanto, las características básicas del LCP siguen sujetas a una considerable incertidumbre en la era moderna; al mismo tiempo, la idoneidad de las estrategias terapéuticas desarrolladas para los linfomas más comunes y los resultados de los pacientes requieren una evaluación más exhaustiva.(5)

El LCP es invasivo y frecuentemente daña el miocardio, con mayor incidencia en la aurícula derecha, seguida por el ventrículo derecho, la aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo. Se pueden utilizar pruebas no invasivas para el diagnóstico inicial y la estadificación, incluidas la radiografía de tórax, la ecocardiografía, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la tomografía de positrones con fluorodesoxiglucosa (PET).(6,7) Sin embargo, aún son necesarios estudios histopatológicos para establecer un diagnóstico certero. Actualmente, las principales opciones de tratamiento son la quimioterapia, la radioterapia y la cirugía. La quimioterapia es la única estrategia para tratar el LCP después del diagnóstico y no se ha establecido la eficacia de



otros tratamientos como la radioterapia. El linfoma cardíaco primario tiene un pronóstico desfavorable, con una mediana de supervivencia de 7 meses después del tratamiento.(8)

CASO CLINICO

Paciente masculino de 56 años con antecedentes patológicos de importancia Hipertensión arterial, acude al servicio de emergencia por presentar dolor disnea de grandes esfuerzos que evoluciona a pequeños esfuerzos, además de ello se acompaña con dolor escapular izquierda motivo por el cual acude.

Enfermedades médicas: HTA desde hace 10 años en tratamiento con losartán de 100 mg QD y carvedilol de 6.25 mg BID

Antecedentes alérgicos: No refiere

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares: Padres HTA.

Hábitos

- Alimentación: 4 veces al día
- Intolerancias alimenticias: ninguna
- Catarsis: 1 vez al día
- Diuresis: 3 veces al día
- Sueño: 6 horas diarias, no reparador

Paciente ingresa al servicio de Emergencia en donde realiza la exploración física pertinente, signos vitales: frecuencia cardiaca 115 latidos por minuto, saturación 92% a 3 litros por minuto, tensión arterial 142/86 mmhg, frecuencia respiratoria de 28, temperatura de 38.5°C axilar.

Paciente pálido, álgico, febril, orientado en tiempo, espacio y persona con razonamiento lógico, comprensión y juicio normales. Glasgow 15/15.

Cabeza: normocéflica, no protrusiones, no depresiones. Ojos: pupilas fotorreactivas, isocóricas, escleras blancas, conjuntivas rosadas. Nariz: fosas nasales permeables, presencia de mascarilla nasal a 3 litros por minuto. Boca: mucosa oral húmedas. Labios: simétricos, deshidratados.

Encías: normales. Cuello: Simétrico, móvil, no ingurgitación yugular.



Tórax: simétrico, latido apexiano no visible, respiración torácica, no hay dolor a la palpación, expansibilidad normal, elasticidad pulmonar normal. Palpación no doloroso a la palpación, no presencia de masas. Corazón R1 y R2 rítmicos, auscultación de soplo pansistólico. Pulmones: murmullo vesicular conservado en pulmón izquierdo, abolición del murmullo vesicular en base de pulmón derecho.

Abdomen: inspección: Simétrico, no cicatrices, auscultación ruidos hidroaéreos presentes.

Palpación Suave, blando, no doloroso a la palpación superficial o profunda.

Región lumbar: inspección: Simétrica, de aspecto normal, color de piel acorde con el resto del cuerpo. Palpación: puño percusión negativo.

Extremidades: tono y fuerza muscular conservada, no edema, escala de Daniels 5/5.

Evolución

Se realizan exámenes de laboratorio:

Hemograma: hemoglobina 13,5 g/dl, Hto 38%, leucocitos de 10.560, plaquetas 154.

Coagulación: TP 17, INR 1.01, TTP 42.

Bioquímica: glucosa 92.8 mg/dl, urea 98 mg/dl, creatinina 1.25 mg/dl, Na 139 mEq/L, K 3.1 mEq/L, LDH 501 UI/L, PCR 18.

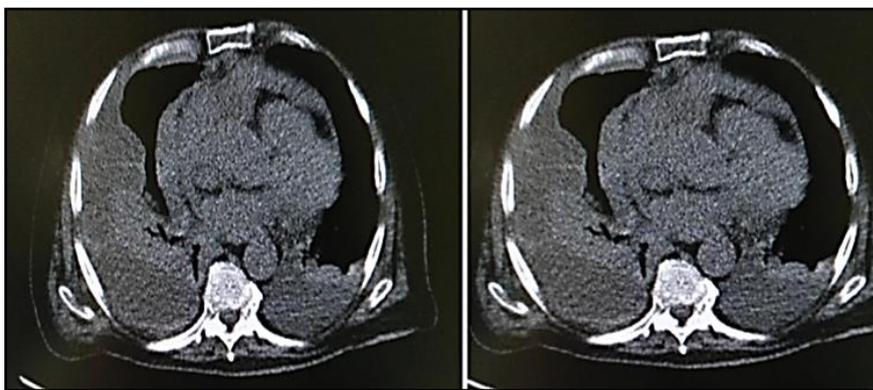
Otras pruebas: Pro-BNP 1556. PSA 5.56. VSG 65.

Marcadores tumorales: alfafetoproteína, CEA, CA 19.9 negativos.

Serología vírica (VIH, VHB) negativo.

Se realiza tomografía computarizada (figura 1)

Figura 1: Tomografía computarizada donde se evidencia masa cardíaca



Reporte: se evidencia depósito patológico de morfología polilobulada a nivel cardíaco (en correspondencia con cavidades derechas) que se extiende y afectaba la grasa pericárdica y la región mediastínica anterior. Las dimensiones son de aproximadamente, 10,3 x 9.6 x 10.7 cm y con un SUV máximo de 19.8, sugestivo de malignidad. En las imágenes de fusión también se observó la existencia de un derrame pleural bilateral de predominio derecho.

Se realiza interconsulta a cirugía cardiotorácica para estudio histopatológico por biopsia, la cual se realiza con éxito. El resultado de la biopsia fue compatible con linfoma cardíaco difuso de células grandes tipo B.

DISCUSIÓN

La cardiopatía maligna a menudo resulta de una enfermedad metastásica secundaria o de una invasión directa. El linfoma, la leucemia y el melanoma son las enfermedades primarias más comunes que metastatizan al corazón. En comparación, los tumores cardíacos primarios son raros: se encontraron 200 en una serie de autopsias de 1.000.000 de pacientes.(9,10) Entre los tumores cardíacos primarios, los tumores benignos son más comunes que los malignos. Los tumores cardíacos benignos más comunes son los mixomas, los fibroelastomas papilares y los lipomas; estos tumores representan casi el 75% de todos los tumores cardíacos primarios. Los tumores malignos primarios del corazón son menos comunes y son principalmente sarcomas. Las neoplasias malignas primarias raras incluyen paragangliomas, plasmocitomas extramedulares y linfomas primarios.(11)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el LCP como un linfoma que afecta únicamente al corazón/pericardio o un linfoma en el que la mayor parte del tumor es una enfermedad cardíaca asociada con síntomas cardíacos clínicos. El LCP representa el 1,3% de los tumores cardíacos primarios y el 0,5% de los linfomas extraganglionares. El linfoma cardíaco puede ser un linfoma de Hodgkin de células B o un linfoma no Hodgkin, pero el más común es el LCP de células B. La LCP ocurre con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos (SIDA, post-trasplante), secundaria a la proliferación de linfocitos relacionada con el virus de Epstein-Barr.(12)



El diagnóstico de tumores cardíacos primarios se basa en los hallazgos de las imágenes y la biopsia. Se puede utilizar la TC del tórax, pero el contraste de los tejidos blandos es limitado. La resonancia magnética cardíaca (MRI) es la modalidad de imagen preferida, ya que proporciona una visión sin restricciones, alta resolución temporal y buen contraste de los tejidos blandos para ayudar a caracterizar una masa cardíaca. En el LCP, el tumor a menudo aparece como una gran masa nodular que se atenúa con respecto al miocardio en la TC, es isoíntenso con respecto al miocardio en T1 e hiperíntenso con respecto al miocardio en T2.(13,14)

Los tumores cardíacos primarios se tratan de manera diferente según la enfermedad patológica específica. No existe un tratamiento estándar de oro para el LCP. En los casos notificados, la quimioterapia basada en antraciclinas y rituximab se asoció con una supervivencia prolongada.(15) La cirugía tiene una función limitada en el LCP, a diferencia de muchos otros tumores cardíacos. La resección quirúrgica es útil si el tumor causa un compromiso hemodinámico potencialmente mortal; sin embargo, no hay evidencia de supervivencia prolongada con cirugía sola o combinada con quimioterapia en un paciente hemodinámicamente estable. No está claro, basándose en un pequeño número de casos, si la radioterapia combinada con quimioterapia es superior a la quimioterapia sola; Además, el riesgo de lesión cardiopulmonar inducida por la radiación la convierte en una modalidad de tratamiento menos preferida.(16,17)

CONCLUSIONES

Finalmente, el LCP es una enfermedad rara que representa el 1,3% de los tumores cardíacos primarios y el 0,5% de los linfomas extraganglionares. La enfermedad no tiene manifestaciones características, pero presenta signos de insuficiencia cardíaca o fenómenos cardioembólicos, dependiendo de su localización en el corazón. El diagnóstico de LCP se basa en imágenes y biopsia de tejido. Si se sospecha fuertemente de LCP según las imágenes, la biopsia de tejido es esencial. El diagnóstico de tejido final de LCP puede tratarse de acuerdo con los medicamentos cicloides y la quimioterapia.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jeudy J, Burke AP, Frazier AA. Cardiac Lymphoma. Vol. 54, Radiologic Clinics of North America. W.B. Saunders; 2016. p. 689–710.
- Yin K, Brydges H, Lawrence KW, Wei Y, Karlson KJ, McAneny DB, et al. Primary cardiac lymphoma. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2022 Aug 1;164(2):573-580.e1.
- Barradas MI, Duarte F, Rochate D, Pavão C, Tavares A, Dourado R, et al. Primary cardiac lymphoma: The unusual suspect and the importance of a multimodality approach. J Cardiol Cases. 2023 Jun 1;27(6):262–5.
- Maeda D, Kanzaki Y, Sohmiya K, Hoshiga M. A case of primary cardiac lymphoma: Difficult to diagnose. Journal of Nuclear Cardiology. 2021 Jun 1;28(3):1186–8.
- Mendelson L, Hsu E, Chung H, Hsu A. Primary Cardiac Lymphoma: Importance of Tissue Diagnosis. Case Rep Hematol. 2018 Jul 25;2018:1–3.
- Meyer M, Huellner M, Reser D, Marques Maggio E, Tanner FC. Primary cardiac lymphoma. Vol. 21, European Heart Journal Cardiovascular Imaging. Oxford University Press; 2020. p. 816.
- Roberto MV, Manuel GAJ, Antonio GMJ, Carlos ZC, Alfonso BH, Elena SLM. Right ventricle apical diverticulum associated with a congenital cardiopathy and a mid line abdominal malformation. A case report. Arch Cardiol Mex. 2016 Jan 1;86(1):92–4.
- Acosta Silva, S., & Paredes Cruz, I. (2022). Prevención y tratamiento de la litiasis renal: Medidas dietéticas y farmacológicas. Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano, 3(1), 148-170. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v3i1.50>
- ANE. National Spectrum Agency. Resolution Number 442 of 22 August 2013. Available online: https://normograma.mintic.gov.co/mintic/docs/resolucion_mintic_0963_2019.htm
- Caridad Chao Pereira, Snyder José Pérez Goelke, Maria Paula Campos Garcia. Linfoma cardiaco primario. Rev Cubana Med. 2022;61.



- Rozas Fernández P, López Caleyá JF, García Campos A. Primary lymphoma of the heart. Vol. 153, Medicina Clinica. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. e13–4.
- Bertoni H, Girela G, Pardo JI, Magariños E. Incidence and factors influencing medullary ischemia during endovascular treatment of the thoracic aorta. Vol. 84, Revista Argentina de Cardiología. Sociedad Argentina de Cardiología; 2016. p. 358–60.
- Ellen S, Emma H. Primary cardiac lymphoma: a case report. Eur Heart J Case Rep. 2023 Apr 1;7(4).
- Chia AXF, Zhao Z, Lim SL. Primary cardiac lymphoma. BMJ Case Rep. 2019 Dec 2;12(12).
- Jonavicius K, Salcius K, Meskauskas R, Valeviciene N, Tarutis V, Sirvydis V. Primary cardiac lymphoma: Two cases and a review of literature. J Cardiothorac Surg. 2015 Oct 30;10(1).
- Skalec K, Litwin L, Drozd K, Gac P, Jazwicz P, Chabowski M, et al. Primary cardiac lymphoma (PCL) - Diagnostic difficulties. Kardiologia i Torakochirurgia Polska. 2015;12(3):266–8.
- Csizmar CM, Sachs Z, Cayci Z, Bu L, Linden MA. Primary Cardiac Lymphoma: Three Case Reports and a Review of the Literature. Open Journal of Blood Diseases. 2021;11(04):120–32.
- Carras S, Berger F, Chalabreysse L, Callet-Bauchut E, Cordier JF, Salles G, et al. Primary cardiac lymphoma: diagnosis, treatment and outcome in a modern series. Hematol Oncol. 2017 Dec 1;35(4):510–9.
- Cruz Rosas, J., & Oseda Gago, D. (2022). Design thinking en la creatividad de los estudiantes de administración de empresas, en una universidad de Trujillo - 2020. Emergentes - Revista Científica, 2(1), 57-70. <https://doi.org/10.37811/erc.v1i2.13>
- Campos Aráuz , M., & Cordero Céspedes, A. (2022). Investigación de un sistema fotovoltaico y la factibilidad financiera de su implementación para la generación de demanda de energía eléctrica en las instalaciones de una empresa que se dedica a la venta de vehículos, Costa Rica, 2021. Sapiencia Revista Científica Y Académica , 2(1), 114-132. Recuperado a partir de <https://revistasapiencia.org/index.php/Sapiencia/article/view/34>



Martínez Pérez , J. C. (2023). Interpretación del Proceso de Atención de Enfermería entre los Estudiantes de Enfermería. Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica , 3(1), 1-18. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v3i1.14>

Nakata A, Takamatsu H, Eguchi Y, Izumida T, Aburadani I, Hirota S, et al. Primary Cardiac Lymphoma Arising from Both Sides of the Heart. Internal Medicine. 2022;61(22):3377–81.

