

## Las otras caras del linfoma

**Poster No.:** S-0929  
**Congress:** SERAM 2014  
**Type:** Presentación Electrónica Educativa  
**Authors:** N. Serrano Usaola, S. Beltran de Otalora Garcia, J. Sagasta Urrutia, O. Ostapenko, M. Martin Egaña, F. Miner Pino; Vitoria-Gasteiz/ES  
**Keywords:** , Ganglios linfáticos  
**DOI:** 10.1594/seram2014/S-0929

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method ist strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

[www.myESR.org](http://www.myESR.org)

## Objetivo docente

Revisar las formas de presentación y manifestaciones extranodales del linfoma en los distintos territorios del cuerpo humano y describir sus hallazgos radiológicos.

## Revisión del tema

El linfoma extranodal o extraganglionar hace referencia a la forma de presentación de la enfermedad linfoproliferativa fuera del tejido ganglionar u órganos linfáticos propiamente dichos tales como bazo, timo o amígdala.

Incluye tanto a la enfermedad de Hodgkin (EH) como al linfoma no Hodgkin (LNH), siendo ésta última la histología más frecuentemente encontrada (20-40%).

Hipotéticamente cualquier órgano de la economía del cuerpo humano podría verse afectado. Y esta afectación puede corresponder tanto a la forma de presentación de la enfermedad primaria (el linfoma se originó allí), como a la forma diseminada de un linfoma de otra localización.

Por lo general, la TC es la técnica de imagen preferida para el diagnóstico de la afectación extranodal del linfoma. Si bien, sus formas de presentación con frecuencia simulan otras entidades, siendo casi siempre necesaria la confirmación histológica que determinará el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Desde el punto de vista radiológico, debemos conocer sus características de imagen que nos obliguen a sugerir su diagnóstico e incluirlo en el diagnóstico diferencial.

A propósito de una serie de casos registrados en nuestro hospital, se revisan algunas de las formas de presentación extranodales.

### AFECTACIÓN TORÁCICA

- **PULMONES:** el linfoma primario pulmonar es muy raro (5%), siendo más frecuente su afectación en el contexto de enfermedad diseminada, siendo en este caso, más frecuente la enfermedad de Hodgkin propiamente dicha. Las formas de presentación son variadas e incluyen nódulos/masas con/sin cavitación, condensaciones con/sin broncograma persistentes, opacidades en vidrio deslustrado, lesiones endobronquiales y/o afectación intersticial tipo reticulonodular. Todas ellas pueden simular patología tumoral y/o inflamatoria de otra naturaleza.

- **PLEURA:** el derrame pleural es la forma de presentación más habitual generalmente de carácter reactivo a linfoma pulmonar por obstrucción del drenaje

**linfático. Sin embargo hasta en un 16% de casos se han descrito engrosamientos pleurales y nódulos aislados o múltiples.**

**- PARED TORÁCICA:** habitualmente en forma de infiltración de tejidos blandos a partir de afectación linfadenopática, aunque ocasionalmente pueden verse masas parietales con/sin afectación intratorácica. Esta forma de presentación supone un 2% de los tumores de partes blandas de la pared torácica. (Fig 1 y 2).

**- MAMA:** en la mayoría de casos corresponde con un nódulo palpable unilateral, indistinguible del carcinoma mamario.

## **AFECTACIÓN ABDOMINOPÉLVICA**

Como en otras localizaciones, en la cavidad abdominal la forma de presentación más común del linfoma es la linfadenopatía paraaórtica y/o mesentérica, que puede llegar a formar grandes conglomerados linfadenopáticos; generalmente sin calcificación, que se puede visualizar tras el tratamiento. No obstante se ha descrito la afectación de órganos sólidos tanto como diseminación de enfermedad ganglionar como en forma primaria.

**- HÍGADO:** el linfoma primario hepático es raro, siendo más frecuente entorno a los 55 años, con una relación hombre:mujer de 2,3:1. La forma de presentación más habitual (50-60%) es la de una masa solitaria, hipodensa y grande que puede alcanzar los 10 cm, sin repercusión vascular ni efecto sobre los conductos biliares. Otras manifestaciones son en forma de múltiples lesiones focales hipodensas, hepatomegalia difusa a menudo asociada a esplenomegalia, o más raramente como un patrón de infiltración periportal o difuso (Fig 3).

**- TRACTO GASTROINTESTINAL:** constituye el sitio más habitual de afectación extranodal, tanto primaria como secundaria, siendo la frecuencia de afectación en orden decreciente: estómago, intestino delgado, colon y esófago. Independientemente de la localización, se refieren unas características comunes que deben levantar la sospecha del diagnóstico del linfoma: lesiones hipovasculares, preservación de planos grasos con ausencia de infiltración y reacción desmoplásica, multiplicidad de las lesiones y ausencia de oclusión retrógrada a pesar del gran tamaño del tumor. Los patrones de presentación descritos son variados:

- Engrosamiento mural concéntrico difuso o focal, con/sin dilatación, secundaria a la afectación de los plexos mioentéricos (el más frecuente) (Fig 4)
- Nódulo / masa cavitada

- Ulceración mucosa
- Mixta

## **AFECTACIÓN DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Los linfomas del SNC representan el 1% de todos los linfomas y suponen un 16% de los tumores cerebrales primarios. En general su incidencia está aumentada en sujetos inmunodeprimidos, en los que la forma primaria de afectación linfomatosa es más frecuente.

Las formas de presentación varían entre:

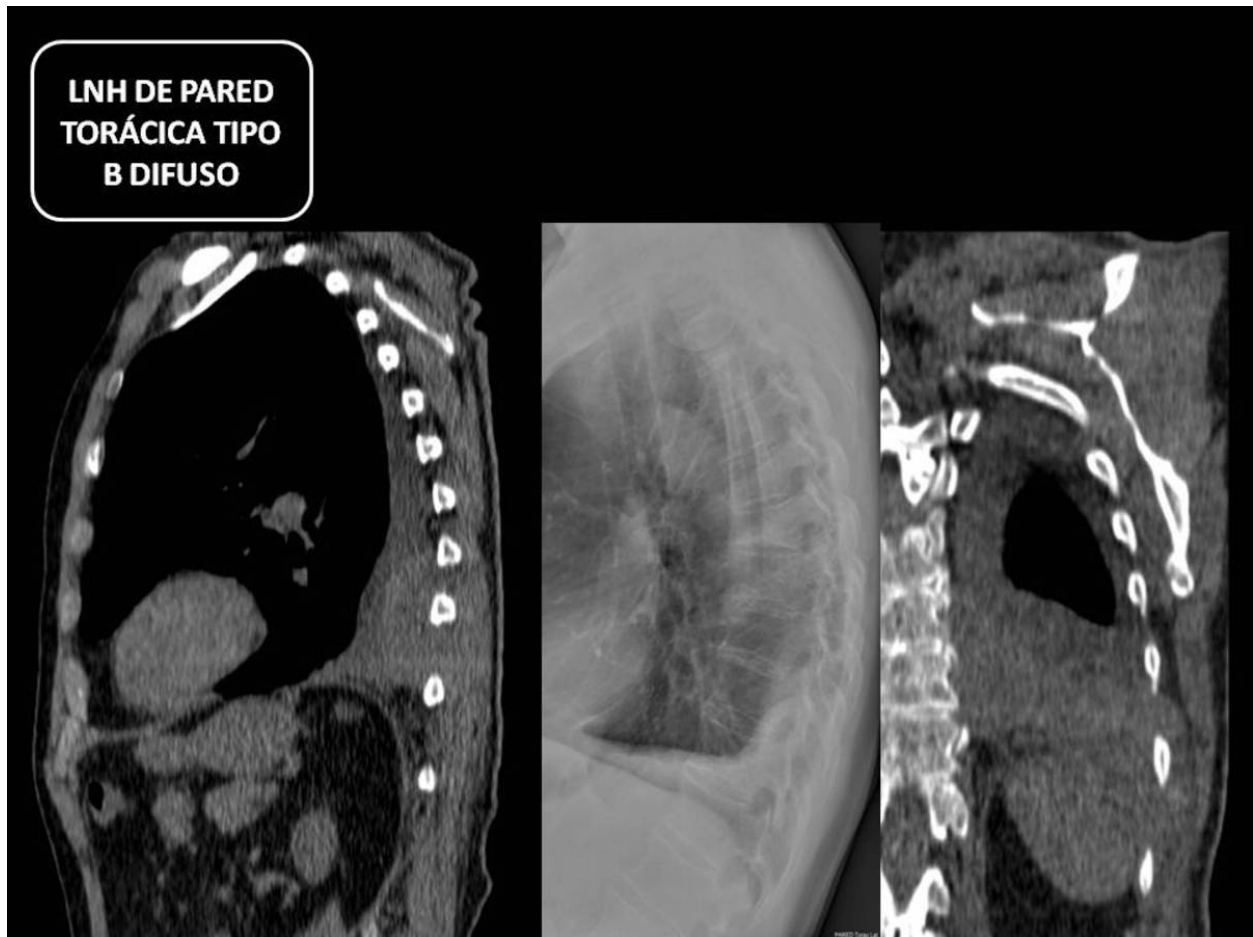
- **Lesiones intraparenquimatosas**, habitualmente una única lesión hiperdensa tras CIV, aunque en sujetos inmunodeprimidos pueden ser múltiples y de pequeño tamaño. Su localización más frecuente es en la sustancia gris profunda, cuerpo calloso, áreas periventriculares y subependimarias y hemisferios cerebrales.
- **Afectación extraaxial y leptomenígea**, frecuentemente asociada a lesión intraparenquimatosa, en forma de realce leptomenígeo nodular o difuso (Fig 5 y 6).

## **AFECTACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA**

- **ÓSEO**: tanto el linfoma primario óseo como el secundario tienen predilección por la afectación de huesos largos y ambos pueden tener la misma apariencia radiológica. Típicamente suele presentarse como una lesión metafiso/diafisaria única, lítica y permeativa; en ocasiones con reacción perióstica adyacente. (Fig 7, 8 y 9).

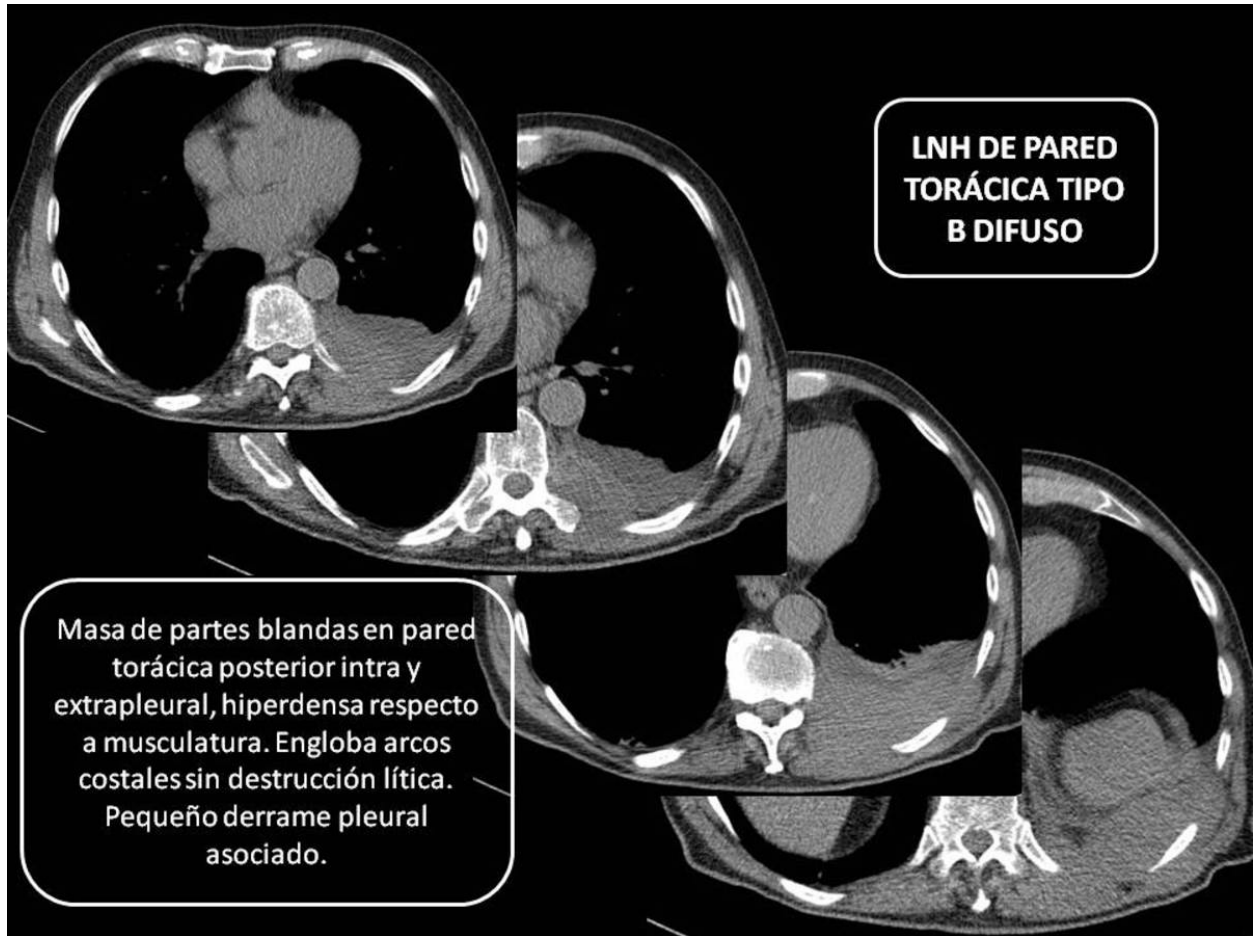
- **MUSCULAR**: la mayoría de las veces la invasión de la musculatura adyacente se produce por invasión por contigüidad.

Images for this section:



**Fig. 1: LNH PARED TORACICA**

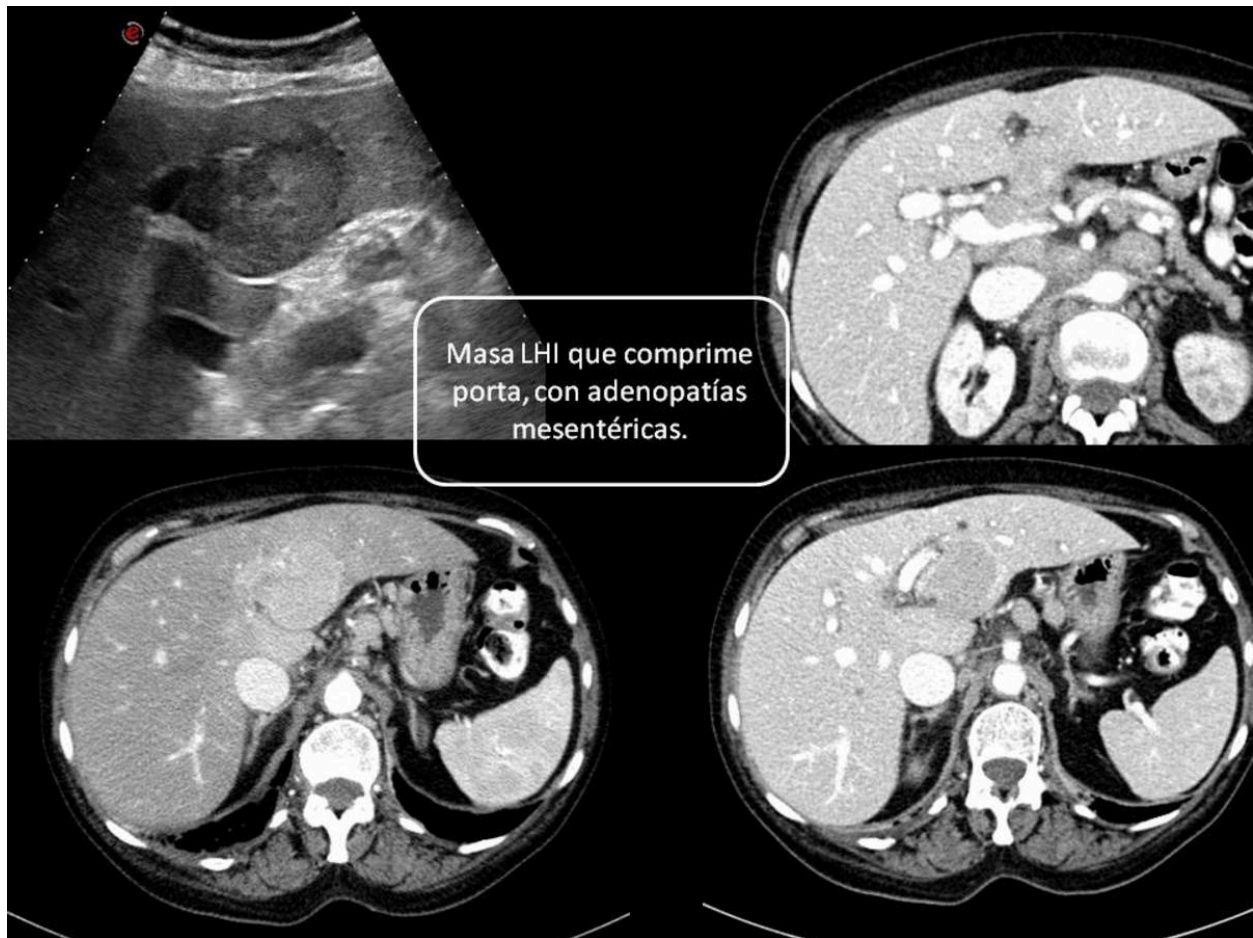
© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES



**Fig. 2:** LNH PARED TORACICA

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES

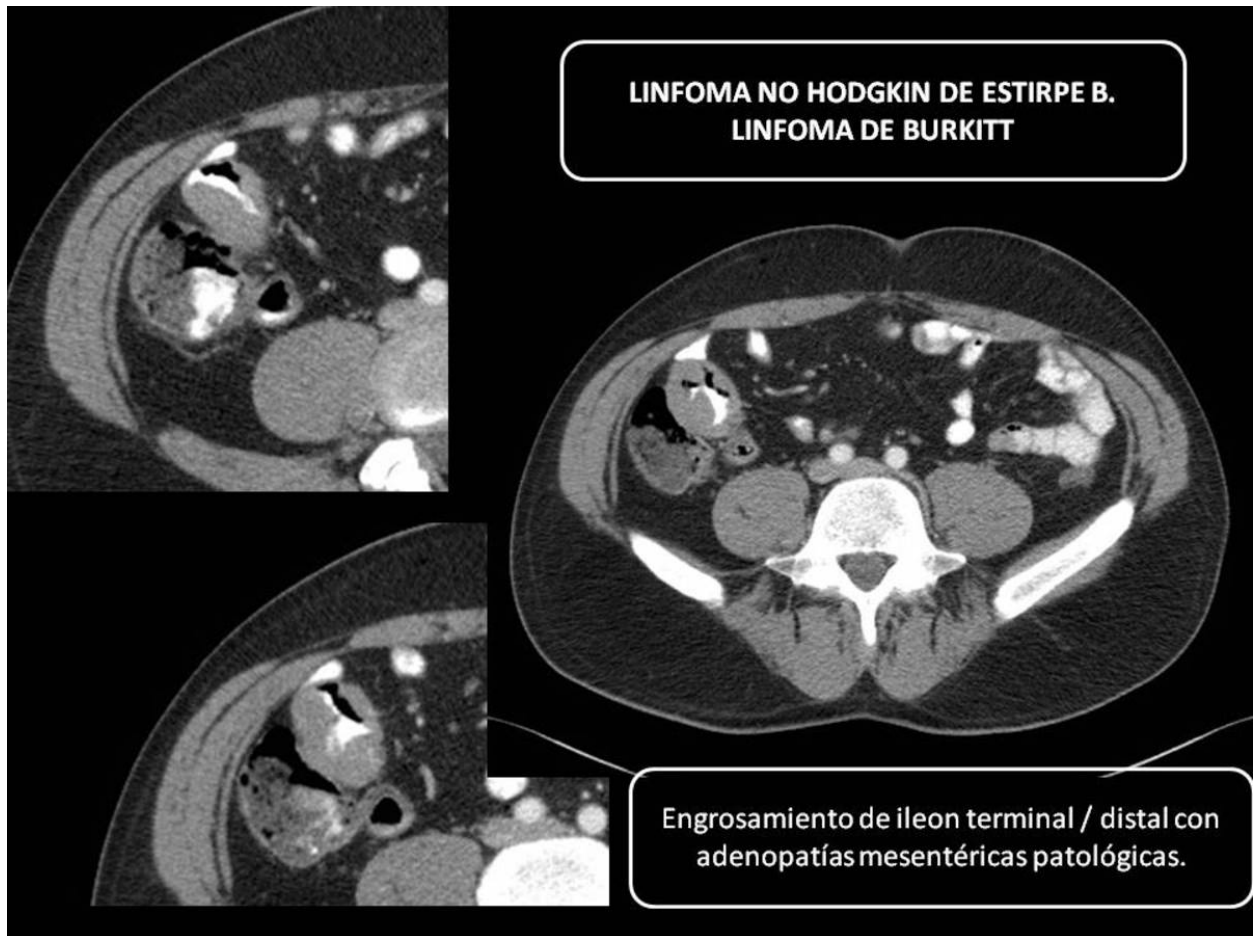




**Fig. 3:** HEPÁTICO

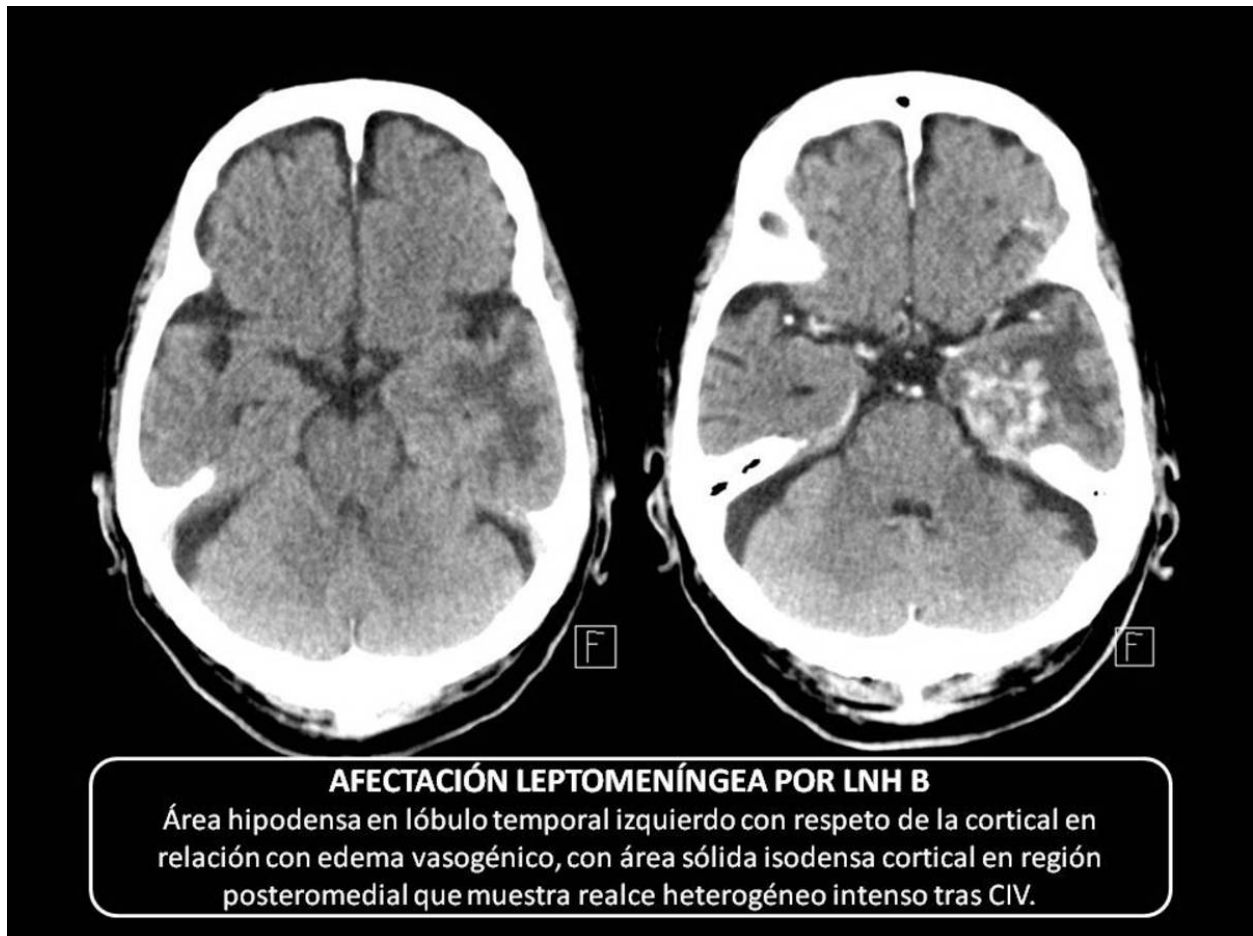
© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES





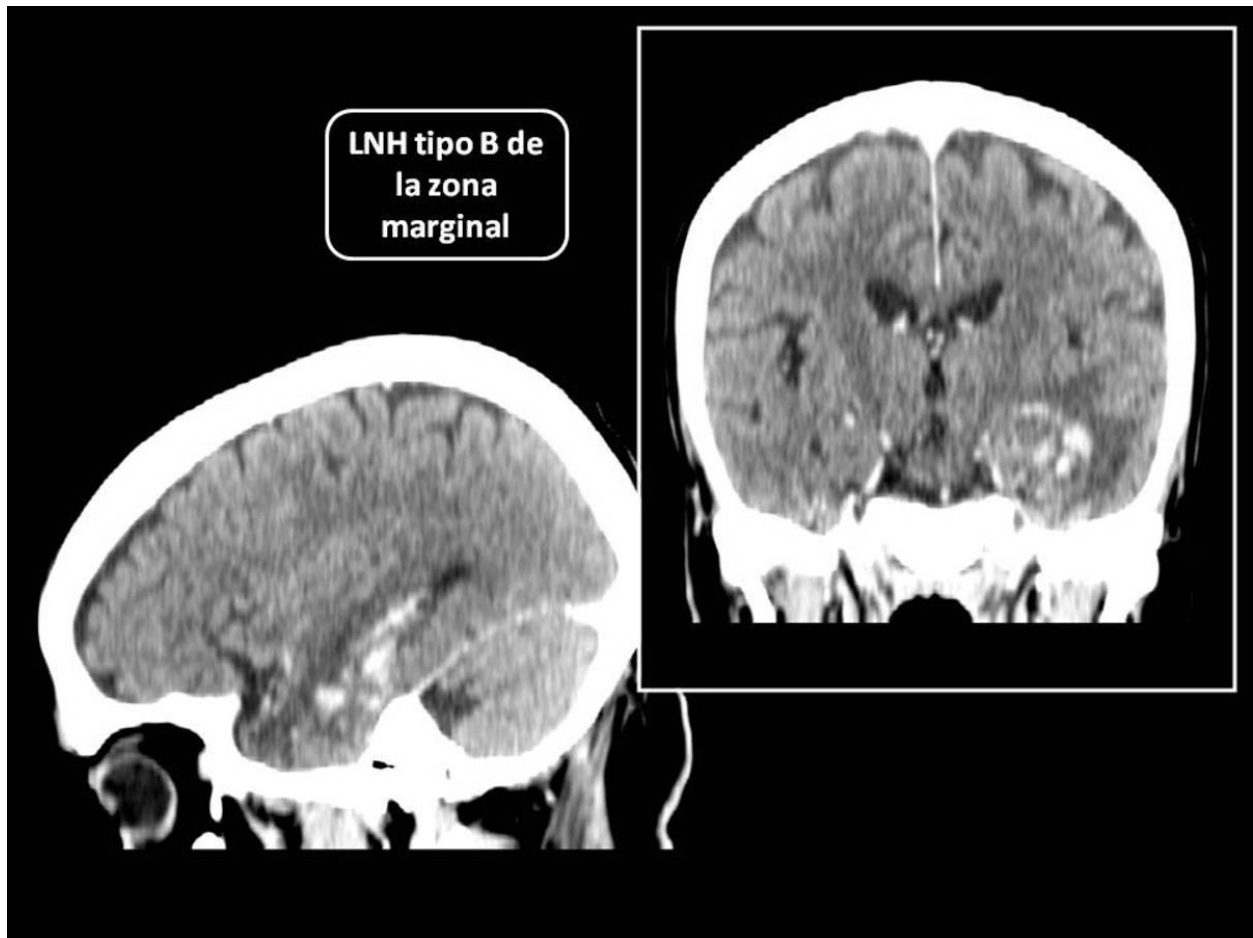
**Fig. 4:** LNH ILEON TERMINAL

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES



**Fig. 5:** AFECTACION LEPTOMENINGEA LNH

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES



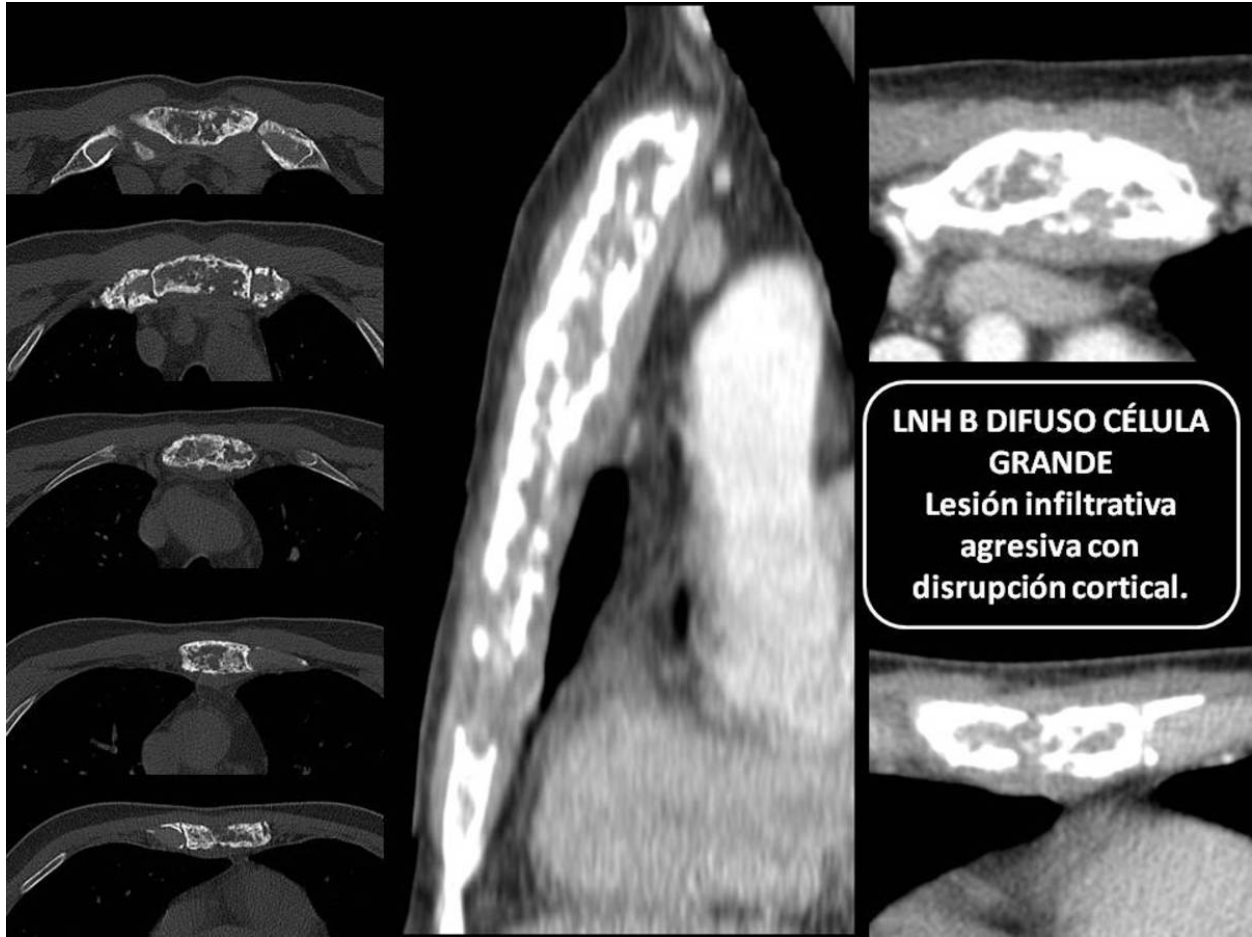
**Fig. 6:** AFECTACION LEPTOMENINGEA LNH

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES



**Fig. 7:** LNH OSEO PRIMARIO

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES



**Fig. 8:** LNH OSEO PRIMARIO

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES





**Fig. 9:** LNH OSEO PRIMARIO

© HUA-Txagorritxu - Vitoria-Gasteiz/ES

## Conclusiones

Las formas de presentación extraganglionares del linfoma aunque infrecuentes, se describen tanto en forma de enfermedad primaria como de diseminación de linfoma previo, siendo la etiología más frecuentemente encontrada la del LNH.

Cualquier órgano puede verse afectado y sus hallazgos de imagen simular otras entidades, por lo que el linfoma debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de las mismas.

Algunos signos que sugieren su diagnóstico son: apariencia hipovascular, ausencia de infiltración y destrucción ósea, y la discordancia entre el tamaño tumoral y la clínica / complicaciones asociadas.



## Bibliografía

1. E. Frampas. Lymphomas: basic points that radiologists should know. *Diagnostic and Interventional Imaging* 2013; 94: 131-144.
2. A. Thomas, R. Vaidhyanath, R. Kirke, A. Rajesh. Extranodal lymphoma from head to toe: Part I, the head and spine. *AJR* 2011; 197: 350-356.
3. A. Thomas, R. Vaidhyanath, R. Kirke, A. Rajesh. Extranodal lymphoma from head to toe: Part 2, the trunk and extremities. *AJR* 2011; 197: 357-364.
4. S.C. Chua, F.I. Rozalli, S.R. O'Connor. Imaging features of primary extranodal lymphomas. *Clinical Radiology* 2009; 64: 574-588.