



**Recibido:** 2026-06-25

**Aceptado:** 2026-07-06

**Publicado:** 2026-08-13

**Síndrome mediastínico como presentación de linfoma de Hodgkin clásico,  
subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, en una mujer joven**

**Mediastinal syndrome as the presenting manifestation of classical Hodgkin  
lymphoma, nodular sclerosis subtype, syncytial variant, in a young woman**

**Autores**

**Miguel A. Landázuri Lainez<sup>1</sup>**

Médico especialista en Medicina Interna;

Magíster en Docencia Superior

<https://orcid.org/0009-0003-3995-1858>

[mland.doc@gmail.com](mailto:mland.doc@gmail.com)

**Hospital General Guasmo Sur**

Guayaquil – Ecuador

**Verónica Liseth Jiménez Torres<sup>2</sup>**

Médico; posgradista de Medicina Interna

<https://orcid.org/0009-0009-8190-8611>

[veronicaljimenezt@uees.edu.ec](mailto:veronicaljimenezt@uees.edu.ec)

**Hospital General Guasmo Sur**

Guayaquil – Ecuador

**Cristhian Andrés Velásquez Álvarez<sup>3</sup>**

Médico; residente de Medicina Interna

<https://orcid.org/0000-0003-0400-8889>

[cristhianvelasq@gmail.com](mailto:cristhianvelasq@gmail.com)

**Hospital General Guasmo Sur**

Guayaquil – Ecuador



## Resumen

La variante sincitial del linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, es infrecuente y puede presentarse como masa mediastínica bulky con importante dificultad diagnóstica. El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico con mimetismo vascular inicial y discutir sus principales implicaciones diagnósticas a la luz de la literatura. Se realizó un reporte de caso retrospectivo basado en historia clínica, estudios de laboratorio, radiografía, tomografía, resonancia magnética e informe histopatológico, complementando con una revisión narrativa de la literatura sobre masas mediastínicas en adultos jóvenes. El caso corresponde a una mujer de 21 años con fiebre, pérdida de peso, poliartralgia, edema facial y periférico, tos y ensanchamiento mediastínico. El abordaje inicial se orientó a patología vascular por diferencial tensional y signos compresivos. La tomografía evidenció masa mediastínica izquierda bulky con infiltración pulmonar, derrame pleural y derrame pericárdico. La resonancia descartó origen vascular primario y mostró necrosis central. La toracotomía con biopsia informó linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, grado 2. Como limitaciones no se realizó inmunohistoquímica y la paciente falleció antes de la estadificación formal y del tratamiento específico. Se concluye que el síndrome mediastínico con simulación vascular puede retrasar el diagnóstico del linfoma de Hodgkin; en este contexto, la obtención oportuna de tejido representativo mediante biopsia amplia es decisiva para orientar el diagnóstico y la oportunidad terapéutica en presentaciones atípicas.

**Palabras clave:** linfoma de Hodgkin; mediastino; variante sincitial; síndrome mediastínico; adulto joven



## **Abstrac**

The syncytial variant of classical Hodgkin lymphoma, nodular sclerosis subtype, is an uncommon entity that may present as a bulky mediastinal mass, posing significant diagnostic challenges. The aim of this study was to describe a clinical case with an initial vascular mimicry and discuss its main diagnostic implications in light of the current literature. A retrospective case report was conducted based on the patient's medical records, laboratory findings, chest radiography, computed tomography, magnetic resonance imaging, and histopathological report, complemented by a narrative review of the literature on mediastinal masses in young adults. The case involved a 21-year-old woman presenting with fever, weight loss, polyarthralgia, facial and peripheral edema, cough, and mediastinal widening. The initial diagnostic approach was directed toward vascular pathology because of differential blood pressure measurements and compressive signs. Computed tomography revealed a bulky left mediastinal mass with pulmonary infiltration, pleural effusion, and pericardial effusion. Magnetic resonance imaging ruled out a primary vascular origin and demonstrated central necrosis. Thoracotomy with biopsy established the diagnosis of classical Hodgkin lymphoma, nodular sclerosis subtype, syncytial variant, grade 2. Limitations of the case included the absence of immunohistochemical analysis, and the patient died before formal staging and initiation of disease-specific treatment. In conclusion, mediastinal syndrome with vascular mimicry may delay the diagnosis of Hodgkin lymphoma. In this setting, timely acquisition of adequate tissue through an excisional or sufficiently large biopsy is essential to establish the diagnosis and facilitate prompt therapeutic intervention in atypical presentations.

**Keywords:** Hodgkin lymphoma; mediastinum; syncytial variant; mediastinal syndrome; young adult

## Introducción

El linfoma de Hodgkin clásico es una neoplasia típica del adulto joven y debe sospecharse ante síntomas constitucionales, adenopatías o masa mediastínica (Perry et al., 2021; Takahara et al., 2022). La localización mediastínica tiene especial relevancia por su frecuencia clínica y por la complejidad diagnóstica que aparece cuando la lesión compromete estructuras vecinas o genera un cuadro compresivo dominante (Piña-Oviedo et al., 2016).

Desde el punto de vista anatomopatológico, el subtipo esclerosis nodular es el patrón más representativo del compromiso mediastínico. La variante sincitial constituye una forma menos frecuente, caracterizada por cúmulos cohesivos de células de Hodgkin y Reed-Sternberg, a menudo asociada con necrosis central, enfermedad bulky y evolución menos favorable que la esclerosis nodular típica (Wang et al., 2021; Sethi et al., 2017).

El Linfoma de Hodgkin clásico a nivel mundial constituye una de las neoplasias hematológicas con mayor expectativa de curación cuando el diagnóstico y el tratamiento se instauran de forma precoz, debido a la diversidad de variantes histológicas y presentaciones anatómicas inusuales sigue representando un desafío diagnóstico, especialmente cuando predominan manifestaciones clínicas inespecíficas con hallazgos radiológicos que simulan patologías mediastínicas (Ansell, 2024; Eichenauer et al., 2024; National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2025).

En América Latina, las desigualdades en el acceso a recursos diagnósticos especializados como imagen de alta resolución, biopsias guiadas e inmunohistoquímica constituyen una barrera para la confirmación histopatológica y por consiguiente el inicio del tratamiento oportuno y específico (Pan American Health Organization, 2023; World Health Organization, 2021).

En el entorno hospitalario las masas mediastínicas de gran tamaño con compromiso vascular constituyen un importante reto diagnóstico debido a la amplia diversidad de entidades que integran su diagnóstico diferencial y de sus múltiples variantes, la frecuente superposición de sus características clínicas e imagenológica, entre estas entidades se encuentra el Linfoma de Hodgkin clásico, el subtipo esclerosis nodular y su variante sincitial puede presentarse como una masa mediastínica voluminosa (bulky) con invasión o compresión de estructuras adyacentes con patrones radiológicos que simulan tumores tímicos, neoplasias de células

germinales o lesiones de origen vascular lo que puede retrasar la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento específico (Piña-Oviedo et al., 2016; Grant et al., 2011; Shahrzad et al., 2014; Wang et al., 2021).

Varios autores describen que las masas mediastínicas pueden ocasionar desplazamiento, compresión o aparente infiltración de los grandes vasos con alteraciones anatómicas sobre grandes vasos, con aparentes infiltraciones originando patrones imagenológicos que simulan aneurismas, pseudoaneurismas o lesiones vasculares causando un fenómeno de mimetismo vascular por lo que requiere la integración de la información clínica, imagenológica e histopatológica, una evaluación multidisciplinaria integrando la correlación clínica, imagenológica e histopatológica para establecer el diagnóstico (Grant et al., 2011; Shahrzad et al., 2014; Mura et al., 2024).

La importancia de este caso clínico radica en describir una presentación excepcional del linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, cuyo debut fue un síndrome mediastínico con mimetismo vascular representando un importante reto en el diagnóstico, su documentación contribuye a enriquecer la evidencia sobre la presentación atípica de esta entidad con una necesidad de abordaje diagnóstico multidisciplinario que proporciona un reconocimiento precoz del diagnóstico (Gagnier et al., 2013; Piña-Oviedo et al., 2016; Wang et al., 2021).

En el mediastino, la semiología puede ser ambigua. Una masa voluminosa puede simular patología vascular, tumores tímicos, tumores de células germinales, procesos granulomatosos o linfomas mediastínicos de otra estirpe (Grant et al., 2011; Shahrzad et al., 2014; Ahuja et al., 2023; Mura et al., 2024).

Presentamos un caso de linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, en una mujer joven con síndrome mediastínico y mimetismo vascular inicial, y discutimos sus principales implicaciones diagnósticas y clínico-patológicas.

Describir el caso clínico de una paciente con linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, que debutó como una masa mediastínica con mimetismo vascular, y analizar las implicaciones diagnosticas principales en cuanto a la clínica e histopatología de esta forma de presentación con base en la evidencia científica disponible.

## Metodología

El presente trabajo corresponde a la presentación de caso clínico descriptivo y retrospectivo, complementado con una revisión narrativa de la literatura científica relacionada a la presentación mediastínica del linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial. El desarrollo del presente manuscrito se realizó conforme las guías CARE (Case Report Guidelines) con el propósito de estandarizar la presentación de reportes de casos clínicos. El caso corresponde a una paciente atendida en el Hospital General Guasmo Sur durante el año 2025. La revisión de la información clínica se realizó mediante la lectura de historia clínica electrónica institucional, los reportes seriados de laboratorio, la radiografía de tórax, la tomografía computarizada, la resonancia magnética y el informe histopatológico. El caso fue seleccionado por presentar un diagnóstico confirmado de linfoma de Hodgkin linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial. No se realizaron intervenciones adicionales con fines de investigación y el caso fue presentado de forma anonimizada.

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica mediante una búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Scopus, ScienceDirect y Google Scholar. Se consideraron estudios publicados en inglés y español durante el periodo comprometido entre enero del 2000 hasta diciembre 2025. Se emplearon términos de búsqueda como Hodgkin lymphoma; mediastinum; syncytial variant; mediastinal syndrome; young adult, combinados mediante operadores booleanos AND y OR. Fueron incluidos estudios originales, revisiones narrativas, series de casos, reportes de casos con información correspondiente de acuerdo a la pertinencia del análisis del cuadro clínico descrito. La selección de los artículos se realizó mediante un proceso de evolución de títulos, resúmenes y lectura de texto completo, tomando en cuenta aquellos con mayor relevancia clínica científica contextualizando los hallazgos del caso reportado.

Consideraciones éticas: se utilizaron exclusivamente registros asistenciales institucionales anonimizados. No se realizaron intervenciones adicionales con fines de investigación, proporciono las garantías de confidencialidad de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki.

## Resultados y discusión

### Resultados

Mujer de 21 años, estudiante universitaria, previamente sana, con antecedente quirúrgico de fibroadenoma mamario y antecedentes familiares de hipertensión arterial materna y diabetes mellitus paterna.

Consultó por un cuadro clínico de mes de evolución caracterizado por fiebre de predominio nocturno, malestar general, anorexia y pérdida ponderal no cuantificada. Asociada a poliartralgia inflamatoria con compromiso de muñecas, codos, hombros, rodillas y pies, además de edema facial, periorbitario y distal de extremidades. Refirió tos con escasa expectoración y dolor durante la marcha. Al ingreso hospitalario se documentaron taquicardia, palidez cutaneomucosa, facies de abotagada, edema periorbitario y distal de las cuatro extremidades, asociado a ingurgitación yugular y diferencia de presión arterial entre miembros superiores mayor de 10 mmHg no se indicaron adenopatías periféricas ni visceromegalias palpables. Durante la hospitalización presentó deterioro respiratorio con descenso de la saturación de oxígeno hasta 91%.

Los estudios de laboratorio mostraron leucocitosis neutrofílica de 30.93 mil/ $\mu$ L con 86% de neutrófilos, trombocitosis de 465 mil/ $\mu$ L, anemia microcítica hipocrómica con hemoglobina inicial de 10.6 g/dL y descenso posterior a 7.5 g/dL. Se documentó elevación marcada de reactantes inflamatorios con proteína C reactiva de 320 mg/L, fibrinógeno de 801 mg/dL, procalcitonina de 0.67 ng/mL. Además presentó hipoalbuminemia (3.02 g/dL), hiponatremia leve (133 mmol/L) y elevación de fosfatasa alcalina (694 U/L). El uroanálisis, urocultivo y serologías para VIH y sífilis no evidenciaron alteraciones relevantes.

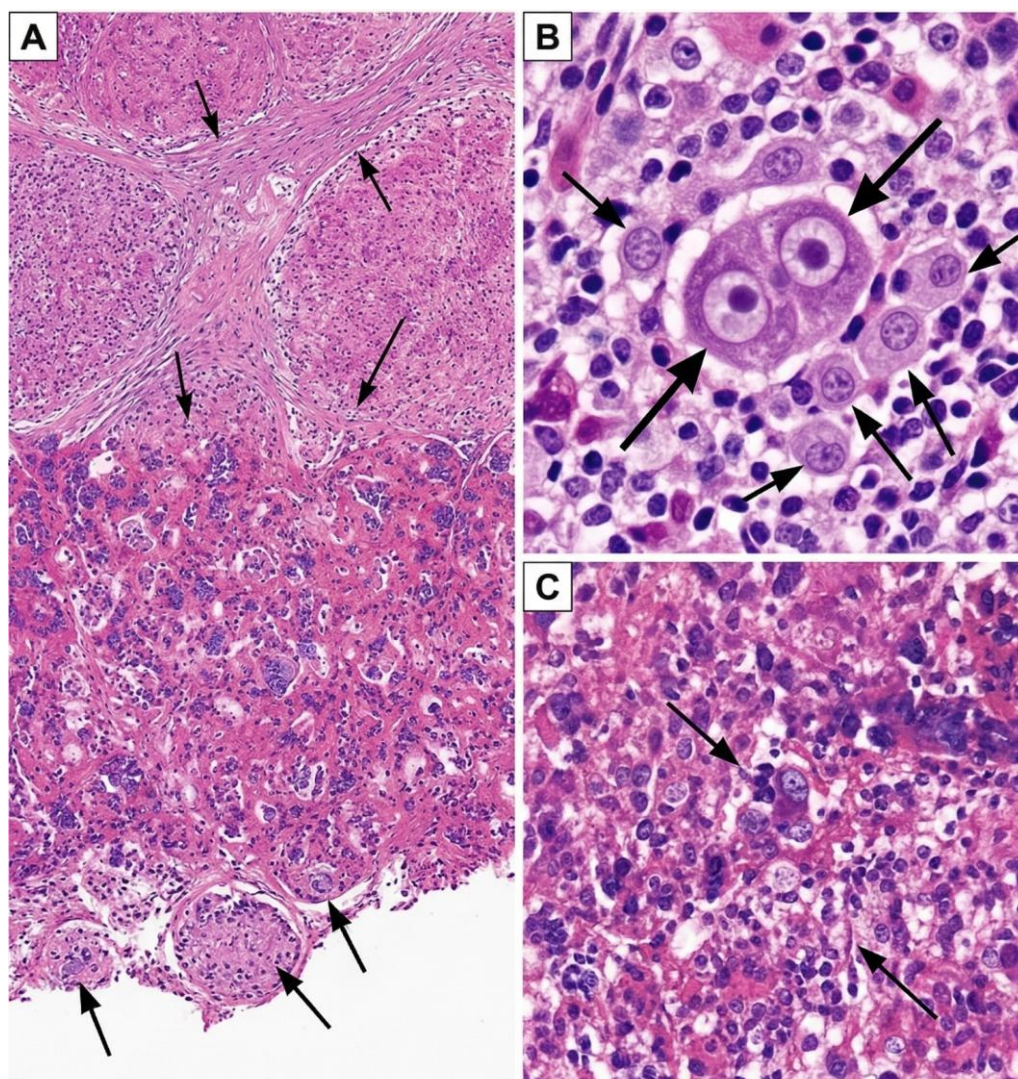
La radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastínico con imagen radiopaca a nivel del cayado aórtico, por lo que inicialmente se consideró patología vascular de grandes vasos. El ecocardiograma y el Doppler arterial descartaron aneurisma, coartación aórtica y estenosis arterial, aunque identificaron derrame pericárdico leve. Posteriormente, la tomografía de tórax reveló una masa mediastínica izquierda heterogénea de 11.2  $\times$  11.9  $\times$  5.6 cm, de comportamiento bulky, asociada a infiltración del pulmón izquierdo, derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico leve. La resonancia magnética descartó compromiso vascular primario y mostró necrosis central intratumoral. Debido a la sospecha inicial de una lesión vascular mediastínica, se realizó una toracotomía abierta con biopsia.



El estudio histopatológico informó linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, grado 2. No se realizó inmunohistoquímica. La paciente persistió con fiebre y deterioro hematológico, y falleció antes de iniciar tratamiento oncohematológico específico y antes de completar la estadificación formal.

**Figura 1.**

*Hallazgos histopatológicos de linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial, grado 2.*

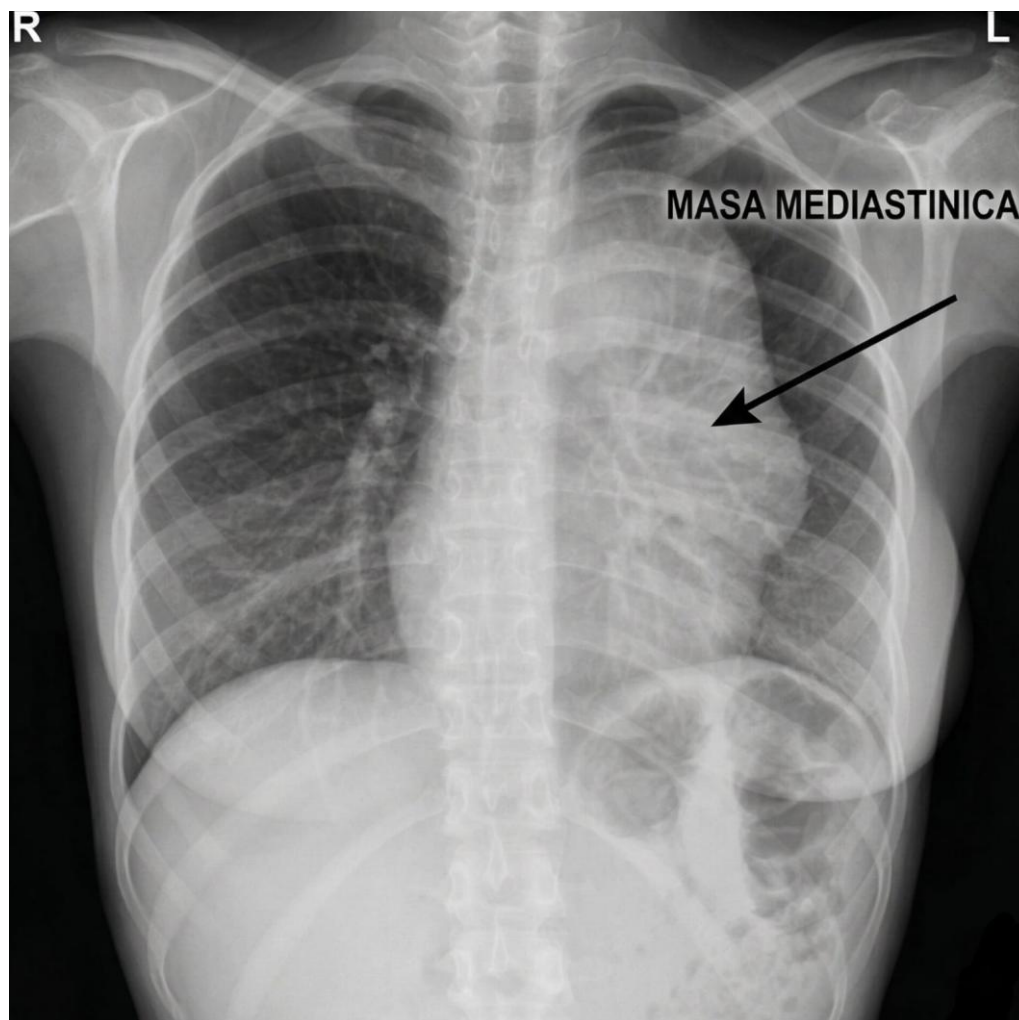


**Nota:** A: Vista de bajo aumento con arquitectura multinodular delimitada por septos fibrosos prominentes (hematoxilina-eosina,  $\times 40$ ). B: Células de Reed-Sternberg binucleadas clásicas y células de Hodgkin mononucleadas en infiltrado inflamatorio polimorfo (hematoxilina-eosina,  $\times 400$ ). C: Áreas de necrosis con satelitosis leucocitaria prominente (hematoxilina-eosina,  $\times 400$ ).



**Gráfico 2.**

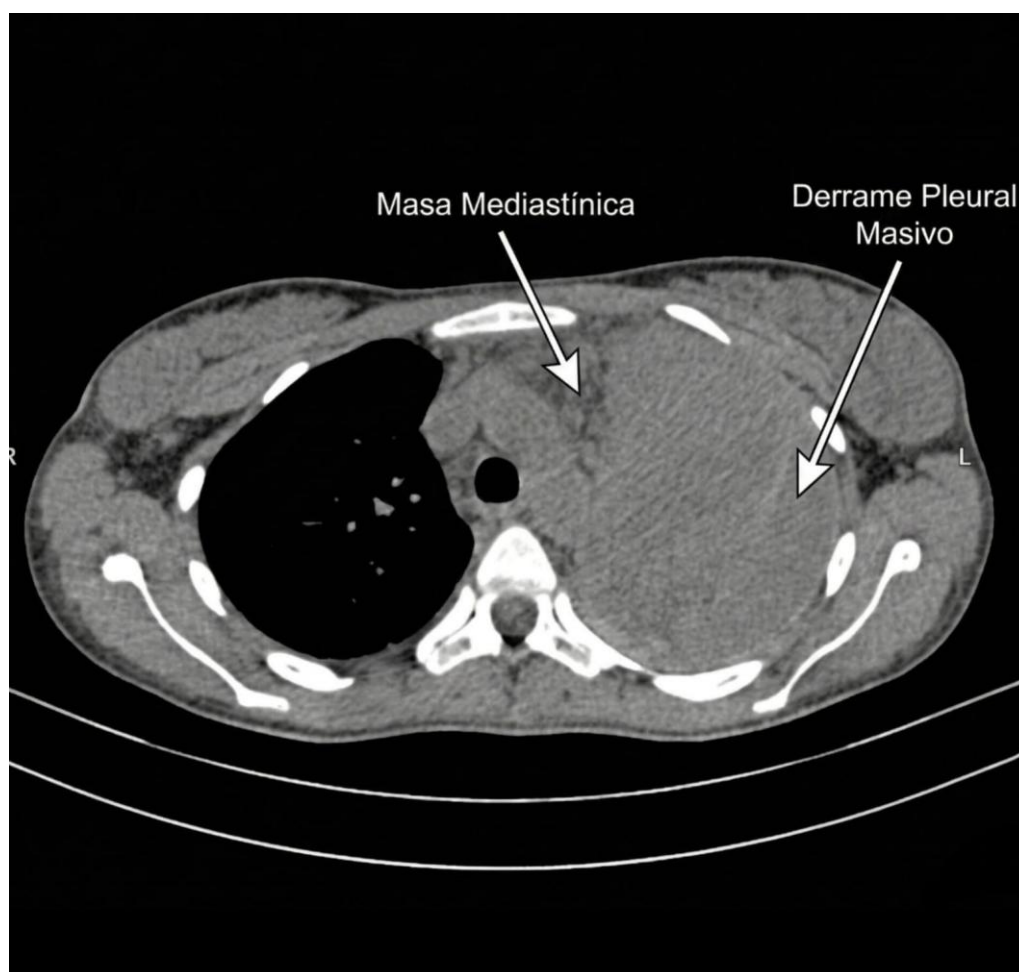
*Radiografía de tórax.*



**Nota:** Radiografía posteroanterior que muestra ensanchamiento mediastínico izquierdo compatible con masa mediastínica. No se observan identificadores directos de la paciente.

**Gráfico 3.**

*Tomografía computarizada axial de tórax.*



**Nota:** Corte axial que evidencia masa mediastínica izquierda heterogénea asociada a derrame pleural izquierdo importante.

**Gráfico 4.**

*Resonancia magnética coronal de tórax.*



**Nota:** Corte coronal que muestra masa mediastínica izquierda en íntima relación con el corazón y la aorta, sin evidencia de lesión vascular primaria.

**Tabla 1.**

*Diagnóstico diferencial inicial de masa mediastínica en mujer joven con síndrome mediastínico*

| Diagnóstico                                                               | Dato que lo apoyó                                                | Dato que orientó en contra                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Patología vascular de grandes vasos                                       | Ensanchamiento mediastínico, diferencial tensional, claudicación | Ecocardiograma, Doppler y resonancia sin lesión vascular primaria |
| Tuberculosis u otro proceso inflamatorio                                  | Fiebre, pérdida de peso, reactantes elevados                     | Biopsia compatible con linfoma                                    |
| Timoma o tumor germinal                                                   | Masa mediastínica anterior voluminosa                            | Histología definitiva no compatible                               |
| Linfoma mediastínico primario de células B grandes o linfoma de zona gris | Masa mediastínica en paciente joven                              | Anatomía patológica final: linfoma de Hodgkin clásico             |
| Linfoma de Hodgkin clásico                                                | Síntomas B, masa bulky, derrames serosos                         | Confirmado solo tras biopsia quirúrgica                           |

*Nota:* La tabla resume los principales diagnósticos considerados durante la evaluación inicial del caso.

## Discusión

El perfil clínico de la paciente es congruente con el patrón epidemiológico del linfoma de Hodgkin clásico mediastínico. El subtipo esclerosis nodular predomina en adolescentes y adultos jóvenes y se asocia con masa mediastínica voluminosa y síntomas B (Piña-Oviedo et al., 2016; Perry et al., 2021). La variante sincitial agrega una dificultad morfológica especial: forma láminas y cúmulos cohesivos, puede acompañarse de necrosis y ha sido relacionada con enfermedad de mayor riesgo clínico (Wang et al., 2021; Sethi et al., 2017; Al-Antary et al., 2019). En este caso, la arquitectura multinodular con septos fibrosos prominentes, las células de Reed-Sternberg clásicas, las células de Hodgkin mononucleadas y la necrosis con satelitis leucocitaria sustentaron el diagnóstico morfológico.

La principal limitación diagnóstica fue la ausencia de inmunohistoquímica. Esto impidió documentar un panel inmunofenotípico completo y obliga a interpretar con cautela el diferencial con linfoma mediastínico primario de células B grandes y linfoma de zona gris.

Aun así, la correlación clínico-radiológica y el informe histopatológico permitieron sostener el diagnóstico de linfoma de Hodgkin clásico, variante sincitial. La literatura subraya que en esta variante el tejido escaso puede inducir error diagnóstico y que la biopsia por aspiración con aguja fina puede ser insuficiente (Grant et al., 2011; Bosch-Schips et al., 2022; Park et al., 2008).

El rasgo clínico más singular de este caso fue el mimetismo vascular. El ensanchamiento mediastínico, el diferencial tensional, la claudicación y el edema facial orientaron inicialmente hacia una etiología vascular primaria. Aunque el síndrome de vena cava superior es infrecuente en el linfoma de Hodgkin clásico, una masa mediastínica bulky puede comprimir estructuras vasculares y generar un cuadro semejante (Rizvi et al., 2012; Arriola Salazar & Velazco, 2018). La tomografía y la resonancia fueron determinantes para descartar lesión vascular primaria y redefinir el problema como una masa mediastínica compleja (Levine et al., 2020; Ahuja et al., 2023; Mura et al., 2024).

Desde el punto de vista clínico, el caso correspondía al menos a enfermedad bulky con síntomas B. La infiltración pulmonar ipsilateral sugiere probable extensión extranodal contigua, por lo que, en ausencia de estadificación completa, el escenario clínico era compatible al menos a un estadio IIB bulky o probablemente IIEB. El derrame pleural y el derrame pericárdico reforzaron la impresión de alta carga tumoral y mayor complejidad clínica (McCarten et al., 2018; Moisi et al., 2019; Qi et al., 2020; Eichenauer et al., 2018).

El curso clínico previo al diagnóstico resalta la importancia de mantener una alta sospecha de enfermedad linfoproliferativa en pacientes jóvenes con masa mediastínica, síntomas constitucionales y signos derivados de compresión vascular, según su manifestación clínica pudiera sugerir una etiología inflamatoria o vascular, de acuerdo a la literatura con reportes previos, la óptima caracterización histológica requiere la obtención de muestras tisulares representativas, ya que en variante sincitial del linfoma de Hodgkin Clasico, biopsias insuficientes pueden limitar la visualización de las células de Hodgkin/Reed-Sternberg y llevar a diagnosticos iniciales incorrectos (Grant et al., 2011; Bosch-Schips et al., 2022; Wang et al., 2021).



**Tabla 2.**

*Diagnóstico diferencial anatomopatológico e inmunofenotípico entre linfoma de Hodgkin clásico variante sincitial, linfoma mediastínico primario de células B grandes y linfoma de zona gris*

| Entidad                                                                    | Morfología orientadora                                                                                                                      | Perfil inmunofenotípico típico en la literatura                                                                                                 | Comentario diferencial práctico                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, variante sincitial | Arquitectura nodular con bandas fibrosas; células de Hodgkin y Reed-Sternberg en láminas cohesivas; células lacunares y necrosis frecuente. | CD30 positivo, CD15 positivo en la mayoría de casos, PAX5 débil; CD20 y CD45 negativos o débiles; PD-L1 frecuentemente positivo; EBER variable. | La cohesión celular y la necrosis pueden simular carcinoma, seminoma, PMBL o linfoma de zona gris.        |
| Linfoma mediastínico primario de células B grandes                         | Proliferación difusa de células B grandes, a menudo con fibrosis compartimentalizante y citoplasma claro.                                   | CD20 positivo, CD79a positivo, PAX5 fuerte, CD45 positivo; CD30 variable o focal; CD15 usualmente negativo.                                     | Comparte localización y edad de presentación, pero muestra fenotipo B más definido.                       |
| Linfoma de zona gris mediastínico                                          | Morfología intermedia entre Hodgkin clásico y PMBL, con solapamiento arquitectural y citológico.                                            | Expresión variable de CD20, PAX5, CD30 y CD15; con frecuencia combina marcadores de ambas entidades.                                            | Debe considerarse cuando existe solapamiento morfológico e inmunofenotípico entre Hodgkin clásico y PMBL. |

**Nota:** La tabla resume rasgos descritos en la literatura. En la paciente presentada no se realizó inmunohistoquímica.

## Conclusiones

La variante sincitial del linfoma de Hodgkin clásico es una entidad clínica que se manifiesta con frecuencia como síndrome mediastínico con simulación vascular. Esta presentación atípica genera un retraso significativo en la sospecha diagnóstica inicial al simular patologías de grandes vasos. Los hallazgos de masa bulky, síntomas constitucionales B, necrosis central y la presencia de derrames serosos constituyen indicadores objetivos de una elevada carga tumoral y severidad clínica. En adultos jóvenes que presentan estrechamiento mediastínico y signos de compresión, la obtención inmediata de tejido representativo a través de una biopsia amplia es el factor determinante para establecer el diagnóstico definitivo e iniciar un esquema terapéutico oportuno.

El presente reporte de caso tiene como principales limitaciones la ausencia de pruebas de inmunohistoquímica y la falta de una estadificación formal completa, debido al fallecimiento prematuro de la paciente antes del inicio de tratamiento oncohematológico. Se recomienda para investigaciones futuras profundizar en el estudio de biomarcadores precoces y protocolos quirúrgicos de rápido abordaje para reducir el tiempo de retraso en el diagnóstico histopatológico de masas mediastínicas atípicas.

### Referencias Bibliográficas

- Ahuja, J., Strange, C. D., Agrawal, R., Erasmus, L. T., & Truong, M. T. (2023). Approach to imaging of mediastinal masses. *Diagnostics*, 13(20), 3171. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13203171>
- Al-Antary, E., Jesudas, R., George, A., Poulik, J., & Savaşan, S. (2019). Syncytial variant nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma in an adolescent and review of the literature: A unique entity. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 41(3), e167–e170. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001245>
- Arriola Salazar, A. S., & Velazco, C. L. E. (2018). Linfoma de Hodgkin... una “pequeña masa” mediastinal. *Revista de Ecocardiografía Práctica y Otras Técnicas de Imagen Cardíaca*, 1(3), 39–41. <https://doi.org/10.37615/retic.v1n3a9>
- Banerjee, A., Bhuller, K., Sudhir, R., & Bajaj, A. (2021). Diagnostic dilemma of Hodgkin’s lymphoma versus tuberculosis: A case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*, 15(1), 351. <https://doi.org/10.1186/s13256-021-02927-x>
- Bosch-Schips, J., Granai, M., Quintanilla-Martinez, L., & Fend, F. (2022). The grey zones of classic Hodgkin lymphoma. *Cancers*, 14(3), 742. <https://doi.org/10.3390/cancers14030742>
- Eichenauer, D. A., Aleman, B. M. P., André, M., Federico, M., Hutchings, M., Illidge, T., Casasnovas, R.-O., Engert, A., & Ladetto, M. (2018). Hodgkin lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 29(Suppl 4), iv19–iv29. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy080>
- Göknar, N., Çakır, E., Çakır, F. B., Kasapçopur, O., Yegen, G., Gedik, A. H., & Teber, S. (2015). A difficult case of Hodgkin lymphoma with differential diagnosis of tuberculosis and sarcoidosis. *Hematology Reports*, 7(2), 5644. <https://doi.org/10.4081/hr.2015.5644>
- Grant, C., Dunleavy, K., Eberle, F. C., Pittaluga, S., Wilson, W. H., & Jaffe, E. S. (2011). Primary mediastinal large B-cell lymphoma, classic Hodgkin lymphoma presenting in the mediastinum, and mediastinal gray zone lymphoma: What is the oncologist to do? *Current Hematologic Malignancy Reports*, 6(3), 157–163. <https://doi.org/10.1007/s11899-011-0090-1>



- Hayakawa, M., Nakaoka, K., Mizutani, S., & Takao, T. (1992). A case of mediastinal Hodgkin's disease. *Journal of the Japanese Practical Surgical Society*, 53(2), 333–337. <https://doi.org/10.3919/ringe1963.53.333>
- Levine, I., Kalisz, K., Smith, D. A., Tirumani, S. H., Ramaiya, N. H., & Alessandrino, F. (2020). Update on Hodgkin lymphoma from a radiologist's perspective. *Clinical Imaging*, 65, 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2020.04.021>
- McCarten, K. M., Metzger, M. L., Drachtman, R. A., Pei, Q., Friedman, D. L., Schwartz, C. L., & Kelly, K. M. (2018). Significance of pleural effusion at diagnosis in pediatric Hodgkin lymphoma: A report from Children's Oncology Group protocol AHOD0031. *Pediatric Radiology*, 48(12), 1736–1744. <https://doi.org/10.1007/s00247-018-4197-6>
- Moisi, M. I., Vesa, C., Roşan, L., Vlad, L., Badiu, K., & Popescu, M. I. (2019). The tumoral etiology of the superior cava vein syndrome presenting as exudative pericarditis in a young patient. *Internal Medicine*, 16(5), 77–84. <https://doi.org/10.2478/inmed-2019-0087>
- Mura, R., Pochepnia, S., Kifjak, D., Khenkina, N., & Prosch, H. (2024). A diagnostic approach to mediastinal masses in clinical practice. *BJR|Open*, 7(1), tzaf009. <https://doi.org/10.1093/bjro/tzaf009>
- Park, I. S., Kim, L., Han, J. Y., Kim, J. M., Chu, Y. C., & Choi, S. J. (2008). Syncytial variant of nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma assessed by fine needle aspiration cytology. *Cytopathology*, 19(6), 394–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2303.2007.00533.x>
- Perry, A. M., Smith, L. B., & Bagg, A. (2021). Classic Hodgkin lymphoma—Old disease, new directions: An update on pathology, molecular features and biological prognostic markers. *Acta Medica Academica*, 50(1), 110. <https://doi.org/10.5644/ama2006-124.329>
- Piña-Oviedo, S., & Moran, C. A. (2016). Primary mediastinal classical Hodgkin lymphoma. *Advances in Anatomic Pathology*, 23(5), 285–309. <https://doi.org/10.1097/PAP.0000000000000119>
- Qi, S., Milgrom, S., Dabaja, B., Tsang, R., Levis, M., Ricardi, U., & Hoppe, R. T. (2020). Two distinct prognostic groups in advanced-stage Hodgkin lymphoma revealed by the presence and site of bulky disease. *Blood Advances*, 4(9), 2064–2072. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2019001265>
- Rizvi, I., Zaman, S., Zaidi, N., Ashraf, S. M. K., Kumar, A., Gupta, A., & Ahmad, M. (2012). Superior vena cava syndrome caused by Hodgkin's lymphoma in an adolescent girl. *BMJ Case Reports*, 2012, bcr0120125487. <https://doi.org/10.1136/bcr.01.2012.5487>
- Satou, A., Takahara, T., & Nakamura, S. (2022). An update on the pathology and molecular features of Hodgkin lymphoma. *Cancers*, 14(11), 2647. <https://doi.org/10.3390/cancers14112647>
- Sethi, T., Nguyen, V., Li, S., Morgan, D., Greer, J., & Reddy, N. (2017). Differences in outcome of patients with syncytial variant Hodgkin lymphoma compared with typical nodular sclerosis Hodgkin lymphoma. *Therapeutic Advances in Hematology*, 8(1), 13–20. <https://doi.org/10.1177/2040620716676256>

- Shahrzad, M., Le, T. S. M., Silva, M., Bankier, A. A., & Eisenberg, R. L. (2014). Anterior mediastinal masses. *American Journal of Roentgenology*, 203(2), W128–W138. <https://doi.org/10.2214/AJR.13.11998>
- Strickler, J. G., Michie, S. A., Warnke, R. A., & Dorfman, R. F. (1986). The “syncytial variant” of nodular sclerosing Hodgkin’s disease. *The American Journal of Surgical Pathology*, 10(7), 470–477. <https://doi.org/10.1097/00000478-198607000-00004>
- Takahara, T., Satou, A., Tsuzuki, T., & Nakamura, S. (2022). Hodgkin lymphoma: Biology and differential diagnostic problem. *Diagnostics*, 12(6), 1507. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12061507>
- Takeda, T., Yamaguchi, Y., Urabe, N., Saitoh, H., Momiki, S., & Fuzisawa, T. (1990). Nodular sclerosis type of mediastinal Hodgkin’s disease: A case report. *Journal of the Japanese Association for Chest Surgery*, 4(3), 392–397. <https://doi.org/10.2995/jacsurg1987.4.392>
- Wang, W., Zhang, Q., & Medeiros, L. J. (2021). Syncytial variant of nodular sclerosis Hodgkin lymphoma: An under-emphasized variant. *Human Pathology*, 117, 115–125. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2021.05.008>

**Contribuciones de los autores:**

**Miguel A. Landázuri Lainez:** conceptualización del estudio, obtención y análisis de los datos clínicos, interpretación clínica, redacción del borrador inicial y revisión final.

**Verónica Liseth Jiménez Torres:** búsqueda bibliográfica, organización de referencias, apoyo en la redacción y revisión crítica del manuscrito.

**Cristhian Andrés Velásquez Álvarez:** análisis de la información clínica, apoyo en la discusión, corrección editorial y aprobación de la versión final.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

**Financiamiento:** No existió financiamiento externo para el presente estudio.