

LINFOMA: Dos casos infrecuentes de Localización Glandular

SANTARELLI, LUIS A. y CARIGNANO, FERNANDO *

Resumen Se presentan dos pacientes con localizaciones infrecuentes de linfoma no Hodgkin, en glándulas parótida y tiroides. Ambas enfermas fueron intervenidas con diagnóstico de tumor adenomatoso. No obstante, se coincide en que el tratamiento de elección es la radioterapia con quimioterapia. La reseña bibliográfica indica como principales exámenes complementarios previos, a la citología por punción aspirativa con aguja fina con o sin ultrasonografía y, eventualmente, la biopsia a cielo abierto. Se destaca la asociación de estos tumores con el síndrome de Sjögren y la tiroiditis de Hashimoto.

Summary Two patients with uncommon localizations of non Hodgkin lymphoma, in parotid and thyroid glands, were presented. Both patients were operated with diagnosis of gland tumour. However, we agree that the radiotherapy with chemotherapy are the accurate treatment. The bibliography points the cytological examination of a fine-needle-puncture aspiration materials with or without sonography and, even, the intraoperative biopsy, as the main methods of diagnosis. We emphasize the association of these tumours with Sjögren syndrome and Hashimoto's thyroiditis.

Introducción

Motiva la presente comunicación, la asistencia de dos pacientes afectos de linfoma no Hodgkin, en las glándulas tiroides y parótida. Ambas localizaciones, infrecuentes según la bibliografía consultada, fueron diagnosticadas luego de la cirugía mediante el estudio histológico. Se enumeran someramente los medios actuales de diagnóstico y tratamiento.

Caso I: F.I. Mujer. 73 años

Concurre a la consulta por primera vez, el 23/2/94 con diagnóstico de bocio nodular izquierdo. Su enfermedad actual comienza un año antes cuando nota una formación en la cara anterior del cuello sin signosintomatología agregada. Durante el último mes refiere dificultad en la inspiración, que ocurre ocasionalmente y que reputa como de origen obstructivo. No relata síntomas de disfunción tiroidea ni cambios en la fonación. No refiere antecedentes patológicos.

En el examen físico se muestra una paciente de hábito hiperesténico, adelgazada. En la cara anterior del cuello se palpa una formación nodular, renitente e indolora que excursiona con los movimientos deglutorios y parece corresponder al lóbulo izquierdo de la glándula tiroides.

(*) Médicos Cirujanos
Moreno 645 - (8000) Bahía Blanca

Se detectan adenomegalias en ambas cadenas yugulares internas, móviles e indoloras. No se palpan formaciones similares en axilas o ingles. El resto del examen físico no arroja otros datos.

La centellografía y la curva de captación de ^{131}I no proporcionan datos por estar inhibidas por la ingesta de T4.

Los análisis clínicos preoperatorios se encuentran dentro de límites fisiológicos.

La Rx de tórax muestra un ensanchamiento del mediastino superior por formaciones irregulares, asimilables a adenomegalias.

La T.A.C. de cuello muestra adenomegalias en ambas cadenas yugulares, que se extienden a tórax.

La ecografía abdominal es normal.

Es operada el 4/3/94, realizándose tiroidectomía total y adenomectomía de la cadena yugular interna izquierda, observándose que los ganglios progresan hacia el tórax.

Evoluciona sin complicaciones, externándose a las 72 horas de postoperatorio.

Informe H.P.: "Linfoma folicular mixto a pequeñas y grandes células clivadas (nodular mixto). 8 de los 13 ganglios estudiados están comprometidos, al igual que el tejido extratiroideo."

Actualmente se encuentra en tratamiento con radio y quimioterapia (metotrexate, prednisona y clorambucilo) con remisión total de sus signos y síntomas.

Caso II: D.N. Mujer. 77 años.

Consulta el 30/12/92 por tumor de parótida derecha. Meses antes observa la aparición de una tumoración de crecimiento lento, sin otra sintomatología relacionada con ella.

Refiere como antecedentes personales una artritis reumatoidea asociada a Síndrome de Sjögren; pancreatitis crónica idiopática con reagudizaciones.

Fue colecistectomizada y tratada repetidamente por úlcera péptica.

Al examen físico se observa una paciente de hábito hipersténico y adelgazada; con deformaciones osteoarticulares en ambas manos y una queratoconjuntivitis.

En la región parotídea derecha se ve una tumoración redondeada y emergente; palpatoriamente dura, fija, de aproximadamente 5 cm. de diámetro. No se observan ni se palpan adenomegalias cervicales.

Los estudios preoperatorios se hallan dentro de los parámetros normales.

Se opera el 25/2/93, realizándose parotidectomía derecha. Tras buena evolución, egresa a las 72 hs.

Diagnóstico H.P.: "Linfoma folicular mixto a pequeñas y grandes células, clivadas, que infiltra el tejido adiposo vecino".

Discusión y Conclusiones:

Las localizaciones glandulares primarias de los linfomas no Hodgkin son de escasa frecuencia (1,2) y deben diferenciarse los linfomas iniciados en la glándula de los difusos o sistémicos que la comprometen en su evolución.

Las neoplasias de glándulas salivares representan el 3% de los tumores de cabeza y cuello, siendo el 75% al 85% de ellos de origen parotídeo (2). Los linfomas se inician habitualmente en los ganglios peri e intraparotídeos y, más raramente, en el parénquima (2).

El linfoma maligno primario de parótida siempre está relacionado con enfermedades inflamatorias autoinmunes de las glándulas salivares o a lesiones linfocitiales preexistentes con síndromes de Sjögren (3,4). El tumor de la zona anatómica es el signo más común y el diagnóstico se establece, en la mayoría de los casos, luego de la intervención quirúrgica. (5).

La tomografía axial computarizada de las glándulas salivares en pacientes afectos del síndrome de Sjögren, puede sugerir el diagnóstico de linfoma maligno. (6).

La punción aspirativa con aguja fina puede determinar el diagnóstico en forma previa a la cirugía y, dada la alta sensibilidad de estas neoplasias, la conducta aconsejada es la radio y quimioterapia, que evitaría además la morbilidad quirúrgica. (3).

Es infrecuente que el linfoma no Hodgkin tome la glándula tiroidea (1), no obstante, si lo hace, suele presentarse en mujeres, sin relación con la edad (rango 26/76 años) (7) y con antecedentes de enfermedad de Hashimoto (7-9).

Al igual que en la parótida, es difícil establecer el origen glandular o sistémico (1). En general son masas de crecimiento rápido que originan bocio notable con síntomas compresivos, como disnea, insuficiencia respiratoria o síndrome de vena cava superior (7, 10). El 41 % de estos pacientes cursan con hipotiroidismo (8).

La ultrasonografía y la punción aspirativa con aguja fina son los medios de diagnóstico más recomendados, describiéndose un patrón ecográfico seu-doquístico y asimétrico en el 93% de los casos. La

citología mostrará una infiltración monomórfica de células linfáticas en el 78% de los casos (8). A pesar de ello, la confirmación se obtiene, generalmente, con la cirugía (1). La biopsia por congelación, en caso de sospecha, podría constituirse en medio de diagnóstico indicado, evitando la tiroidectomía, habida cuenta que con radio y quimioterapia se obtienen sobrevividas del 100% a los 8 años (8).

La centellografía con Ga67 no se usa rutinariamente en tiroides, pero ha sido informada como útil en tiroiditis subagudas, carcinoma anaplásico y linfoma de tiroides (11).

De lo expuesto, podemos concluir que estos linfomas deben sospecharse ante la detección de masas glandulares con antecedentes de enfermedades linfopiteliales o autoinmunes. En estos casos, en primera instancia, debe realizarse la punción biopsia con aguja fina que, en centros entrenados, permite establecer diagnóstico en el 84% de los casos, con un 3% de falsos negativos (12).

En personas jóvenes debe tratar de establecerse el origen local o sistémico de la afección, habida cuenta que puede variarse la conducta terapéutica y el control evolutivo.

Bibliografía

- 1.- Herranz MT, Corrales A, Molina MA, Redondo E, Almagro M, Martí J: "Thyroid lymphoma in a 51-year-old woman". *An Med Interna*, 10 (3): 132/4, 1993.
- 2.- Saunders JR, Hirata RM y Jaques DA: "Salivary glands". *Surg-Clin-N-A*, vol. 66 N° 1: 59, 1986.
- 3.- Tombari M, Sacco R, Poletti EM, Giovannelli A y Motta T: "Primary malignant lymphoma of the parotid gland. Report of a case." *Minerva Chir.*, 47(11): 1043/6, 1992.
- 4.- Myssiorek D, Alvi A y Bhuiya T: "Primary salivary glands amyloidosis causing sicca syndrome". *Ann-Otol-Rhinol-Laryngol*, 101 (6): 487/90, 1992.
- 5.- Kempf HG: "Non Hodgkin lymphoma of the parotid gland". *Universitat-HNO-Klinik Tubingen*, 38(5): 166/9, 1990.
- 6.- March DE, Rao VM, Zwillenberg D: "Computed tomography of salivary glands in Sjögren's syndrome". *Arch- Otolaryngol-Head-Neck-Surg*. 115(1): 105/6, 1989.
- 7.- Ampudia X, Puig M, Matias X, Soldevilla J, Piera J y Deleiva A: "Thyroid lymphoma: a clinical-pathological study". *Rev-Clin-Esp.*, 190(5): 249/53, 1992.
- 8.- Matsuzuka F, Miyauchi A, Katayama S, Narvayashi I, Ikeda H y Kuma K: "Clinical aspects of primary thyroid lymphoma: cases". *Thyroid*, 3(2): 93/9, 1993.
- 9.- Gaskin D, Parai SK y Parai MR: "Hashimoto's thyroiditis with medullary carcinoma". *Can-J-Surg*, 35(5): 528/30, 1992.
- 10.- Smallridge RC: "Metabolic and anatomic thyroid emergencies: a review". *Crit-Care-Med*, 20(2): 276/91, 1992.
- 11.- Sjöberg RJ, Blue PW y Kidd GS: "Galium 67 uptake by the thyroid associated with progressive systemic sclerosis". *Am-J-Med-Sci*. 297(1): 42/5, 1989.
- 12.- Godinho Matos L, Kocjan G. y Kurtz A.: "Contribution of fine needle aspiration cytology to diagnosis and management of thyroid disease". *J-Clin-Pathol*, 45(5): 391/5, 1992.