

Linfoma no Hodgkin primario de glándula salival derecha: presentación de un caso

Quesada-Laferte Y¹, Llerena-Moreno D², Arias-Galán L¹, Cristo-Pérez V¹, Casa del Valle-Castro M¹, Hernández-Puentes Y Z¹

¹ Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay; ² Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana, Cuba.

Email: agpianos@cubarte.cult.cu

RESUMEN

Los linfomas de las glándulas salivales son una entidad poco frecuente con una incidencia estimada del 5 %. La localización más habitual es la glándula parótida con 75 % de los casos, seguida de la submaxilar (23 %) y la sublingual (1 %). La mayoría de los linfomas parotídeos son LNH y se consideran tipo MALT. Se presenta un caso masculino de 75 años de edad, raza blanca sin APP de relevancia. Hace 1 año comenzó con aumento de volumen submandibular derecha acompañada de febrículas en las tardes, anoréxico, asténico, pérdida de peso (10 l). Se constató al examen físico presencia de adenopatías de aspecto inflamatoria en región cervical derecha, además gran aumento de tamaño en forma de masa tumoral de 6 cm en la región submandibular derecha. Le realizaron biopsia de glándula salival submandibular derecha con infiltrado de proceso linfoproliferativo maligno no Hodgkin. Medulograma con elementos de reactividad y biopsia de médula ósea sin infiltración tumoral. Se administraron 8 ciclos de CHOP logrando remisión completa y actualmente se encuentra asintomático y con interferón alfa recombinante 2 veces por semana.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin tipo MALT, glándula salival.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los linfomas no Hodgkin (LNH) se encuentran los linfomas derivados del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) que corresponden el 7,6 % del total de LNH y representan el tipo más común de linfomas extranodales primarios. La localización más frecuente de los linfomas tipo MALT es en el tracto gastrointestinal (60-70 %), seguidos al área de cabeza y

cuello con el 34 % de los casos. Los tumores de glándulas salivales constituyen un grupo de neoplasias clínica y morfológicamente diversos, que podrían representar un reto significativo en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, incluso en manos de expertos¹.

Las glándulas salivales producen un líquido llamado saliva que ayuda a digerir los alimentos y a proteger la boca y la garganta de las infecciones. Hay 3 pares de glándulas salivales mayores que son las parótidas, las submaxilares y las sublinguales². Las glándulas parótidas están en frente de cada oreja, a cada lado de la cara. Las glándulas submandibulares se encuentran detrás de la mandíbula inferior, justo debajo de la lengua. Las glándulas sublinguales están debajo de la lengua, en el suelo de la boca. También hay cientos de pequeñas glándulas salivales menores en las vías respiratorias superiores y el tracto digestivo.

Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linfoterricular del sistema retículo endotelial, se divide en dos grandes grupos en LNH y linfomas de Hodgkin (LH). Los linfomas de glándulas salivales son una entidad poco frecuente, estimándose una incidencia de un 3-5%, con localización más habitual en la glándula parótida en el 75 % de los casos, seguida de la submaxilar 23 % y la sublingual 1 %^{2,5}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un caso masculino, piel blanca de 75 años de edad con APP de síndrome ansioso depresivo para la cual lleva tratamiento alternativo con ansiolíticos, además de diverticulitis, siendo operado de hernia inguinal derecha hace 7 años. Hace 18 meses comenzó con aumento de volumen submaxilar derecho acompañado de febrículas en las tardes, anoréxico, asténico, pérdida de peso de más 10 libras. Se ingresó en el centro donde se constató al examen físico positivo: palidez cutáneo mucosa ligera, presencia de adenopatías cervicales posteriores hacia la base, de menos de 1cm, fibroelásticas, móviles, no dolorosas. Región submandibular derecha adenopatía de 6 cm de aspecto tumoral. Resto de las regiones presencia de adenopatías inflamatorias.

Ecografía de cadenas ganglionares: se observaron múltiples adenopatías en cadenas cervicales y supraclaviculares bilaterales a predominio derecho, con tendencia a la formación de paquete próximo al ángulo mandibular derecho de ecoestructura hipocóica y heterogénea. En proyección

a la glándula submandibular derecha se observa distorsión del patrón marcadamente heterogéneo, con múltiples nódulos hipocoicos, la glándula mide 60.6 x 21.4 mm.

TAC cráneo-cervical, toraco-abdominal y pelvis: atrofia subcortical, llama la atención en la glándula submandibular derecha se observa distorsión del patrón marcadamente heterogéneo, con múltiples nódulos hipocoicos, la glándula mide 60.6 x 21.4 mm. Presencia de múltiples adenopatías en región cervical con iguales características descritas en el ultrasonido previo. BAAF de la glándula salival derecha: infiltrado de linfocitos con aspecto tumoral. Sospecha de linfoproliferativo crónico posible LNH.

Resultado histopatológico de glándula salival derecha: tejido con presencia de proceso linfoproliferativo Linfoma no Hogkin con linfocitos pequeños y medianos con alto índice proliferativo Ki 67:90 % (Figura), con presencia de población B y T numerosa. IHQ:CD 79 +.

Medulograma: normocelular, con integridad de los tres sistemas hematopoyéticos, con elementos de reactividad asociado.

Biopsia de médula ósea (BMO): Normocelular, integridad de las tres series, no infiltración tumoral.

Tratamiento: CHOP 8 ciclos e interferón pegilado 2 V semanal.

Se evaluó al concluir tratamiento y se constató en la ecografía de cadenas ganglionares adenopatías de menos de 1cm en ambas regiones inguinales y en axila izquierda. Mientras que en las cadenas laterales del cuello se visualiza adenopatía de pequeño tamaño sin mediastino, la mayor de localización supraclavicular de 9x 7 mm.

TAC cráneo toraco-abdominal-pelvis: atrofia subcortical, no otras alteraciones craneales. No alteraciones pleuropulmonares, marcados cambios artrósicos degenerativos en columna lumbosacra, adenopatías intrabdominales retroperitoneales no tumorales menos 1cm

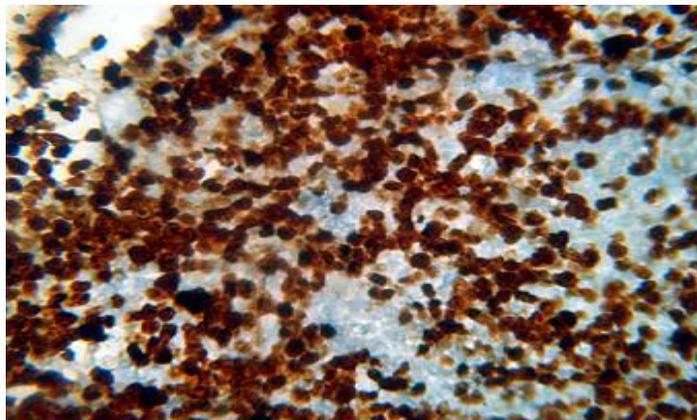


Figura. Corte histológico de glándula salival derecha con Ki 67 en 90 %.

DISCUSIÓN

Los linfomas tipo MALT surgen a partir de una proliferación linfoide prolongada, preexistente en tejido linfoide normalmente presente en sitio de origen o adquirido por infección crónica o proceso autoinmune. Se caracterizan por un bajo grado de malignidad, con compromiso de nodos linfáticos y otros órganos en su evolución. En el hospital es el primer caso con diagnóstico de LNH de glándula salival.¹

La presentación de los tumores de glándulas salivales tanto benignos como malignos aparece alrededor de los 45 años, alcanzándose un pico de incidencia, entre sexta y la séptima década de vida y leve predominio del sexo femenino. El comportamiento clínico difiere según sitio de origen, con curso menos agresivo de una masa difusa de crecimiento lento, siendo confundida en ocasiones con un proceso inflamatorio benigno o pseudolinfoma^{2,3}.

El diagnóstico por Imagenología es útil para la evaluación, pero continúa siendo controversial entre la TAC y la resonancia nuclear magnética para varios autores, aunque ambas demuestran las características específicas de la lesión, extensión, compromisos de tejidos blandos y estado ganglionar².

El diagnóstico positivo de los MALT se realiza también con las técnicas de inmunohistoquímicas, expresando los antígenos pan B: CD 19,20,22, 79a, coincidiendo solamente el Cd79 en el resultado del paciente en estudio. Las estrategias terapéuticas más usadas en todo el mundo es la combinación de cirugía con radioinmunoquimioterapia, previniendo las recurrencias y diseminación, logrando supervivencia mayor de 10 años en 80 % de los pacientes²⁻⁵.

CONCLUSIONES

Los MALT de glándulas salivares son infrecuentes, con muy buen pronóstico y larga sobrevida global si se emplea las terapéuticas trazadas. El diagnóstico histológico con inmunofenotipo es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Zayas Y, Frómeta C. Valor de BAAF en el manejo de la patología tumoral de glándulas salivales. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba.2008-2009.
2. Izquierdo Calzado D, Espinosa Expósito JC, Jardón Caballero J, Díaz Fondén J, González Núñez FY: Linfoma MALT en diferentes localizaciones; Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, 2011. <http://bus.sld.cu/revistas/san/vol.16-3-12/san18312.htm>.
3. Fernández F, Espinoza C, Mercado V, Vallejos H: linfoma MALT de parótida, presentación de un caso clínico y revisión del tema. Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2012; 72:79-86.
4. Mehanna H, McQueen A, Paleri V: Tumefacción de las glándulas salivales; Salivary gland swellings. BMJ 2012;345: e6794
5. Bradley PJ. General epidemiology of salivary gland tumours (benign and malignant). In: McGurk MC, Cascarini L, eds. Controversies in the management of salivary gland diseases. Oxford:University Press, 2012.