

Tumor de Warthin asociado a linfoma no Hodgkin primario nasofaríngeo: presentación de un caso

Quesada-Laferte Y¹, Llerena-Moreno D², Cristo-Pérez V¹, Arias-Galán L¹, Casa del Valle-Castro M³, Hernández-Puentes Y Z³.

¹Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay, Especialista de I grado en Hematología; ²Instituto de Hematología e Inmunología, Especialista de I grado en Hematología; ³Hospital Universitario Dr. Carlos J. Finlay, Especialista en Anatomía Patológica.

La Habana. Cuba

agpianos@cubarte.cult.cu

RESUMEN

Los tumores de glándulas salivales son poco frecuentes y sus cambios celulares pueden producir tumores benignos como el adenoma pleomorfo (también llamado tumor mixto benigno) o el cistoadenoma papilar linfomatoso (también llamado tumor de Warthin). Mientras que los linfomas derivados del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) corresponden al 7,6 % del total de LNH. La localización más frecuente de los linfomas tipo MALT corresponde al tracto gastrointestinal, seguidas al área de cabeza y cuello. Presentamos un joven de 21 años de edad, raza negra, que en el año 2014 comienza con aumento de volumen de la parótida derecha con adenopatías asociadas, precedida de fiebre, sin otro síntoma acompañante. Lo remiten al servicio de otorrinolaringología en enero del 2016 detectando una lesión localizada en la pared posterior de la nasofaringe que se realizó exceresis y biopsia de la misma, recibiendo resultado de Linfoma no Hodgkin. Se impuso tratamiento con 8 ciclos de CHOP y profilaxis del SNC (5 PL). Es evaluado post-quimioterapia y detectamos fluctuación del tamaño de la parótida derecha, realizándosele biopsia, informando resultado de glándula salival con Tumor de Warthin. Actualmente está asintomático, estable y sin tratamiento. Es infrecuente la presencia de Tumor de Warthin asociado a LNH nasofaríngeo. ⁽¹⁻⁴⁾

Palabras clave: linfomas extraganglionares.

INTRODUCCIÓN



Los linfomas extraganglionares (LEG) son un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden afectar cualquier órgano. Es indudable que el estímulo antigénico crónico a un sistema inmune desregulado, la inestabilidad genómica, la pérdida de control de la infección por 3 organismos potencialmente oncogénicos, son componentes importantes en la causa y patogénesis de estas enfermedades ⁽⁴⁾. El linfoma extraganglionar (LEG) es el linfoma que se origina en un órgano diferente al ganglio linfático, que puede permanecer circunscrito u originarse inclusive donde no existe normalmente tejido linfático ⁽⁵⁾. Existen ciertas diferencias entre los LEG y los LG, tanto en sus características histopatológicas, inmunofenotípicas como en su etiopatogenia. ⁽¹⁻²⁾

El mejor conocimiento de los linfomas se ha producido desde la aplicación de marcadores de superficie para la identificación de las células linfáticas, lo que se ha complementado con los estudios de genética molecular, permitiendo tener éstos últimos años una clasificación más racional de los linfomas. Las estructuras linfáticas se agrupan en varios grupos de disposición circular las cuales forman el anillo linfático de Waldeyer, éstas son: la pared posterior de la faringe en su parte más alta (nasofaringe), las llamadas adenoides en forma de varios cordones de tejido linfoide que ocupan la parte central en la misma zona hacia las paredes laterales en las foveoladas. Aparecen otras formaciones del mismo tipo, pero de tamaño mucho menor. Las mayores estructuras linfáticas del anillo son las amígdalas palatinas, la pared posterior de la faringe y pilares musculares anteriores y posteriores ^(1,3,4).

Mientras que el tumor de Warthin es la segunda neoplasia benigna más frecuente de la glándula parótida (6 a 10 %). Se originan de tejido salival glandular ductal heterotópico y entre los ganglios incluidos o adyacentes de la glándula parótida. Casi 20% de estas neoplasias se presentan como masas extraparotídeas en el cuello. Las recurrencias ocurren en 12% y se explican por el carácter multicéntrico de esta enfermedad ⁽⁵⁾.

Hildebran lo describe por primera vez en 1895 considerándolo como una variante de quiste congénito lateral del cuello y no fue hasta 1929 después de un estudio exhaustivo durante 35 años, realizado en Michigan por Aldred Scott Warthin, que nombra al tumor: cistoadenoma papilar linfomatoso. Para Warthin este tumor era causante del desarrollo entorpecido de la trompa de Eustaquio, la cual había crecido lentamente a través de los años y asumido una tendencia

neoplasia tardía.⁽⁴⁾ Presentamos un caso clínico que se le diagnosticó Tumor de Warthin asociado a LNH nasofaríngeo de acuerdo a las características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas correspondientes.



PRESENTACIÓN DE UN CASO

Se presenta un caso masculino de 21 años de edad, raza negra, con antecedentes de rinitis alérgica desde la niñez, con hipertrofia de senos perinasales que concomitaba con parotiditis. En el 2014 comienza con aumento de la parótida derecha con adenopatías asociadas, precedida de fiebre esporádica, sin otro síntoma acompañante. Fue valorado por otorrino en enero del 2016 presentando al examen físico positivo (3/1/2016) Cuello: aumento de volumen polilobulado, masa T blanda, no adherida a planos profundos localizado en región retromandibular derecho, sin otras alteraciones. Complementarios al debut con validez para diagnóstico fueron: Nasovideoscopia (4/1/2016) se observó aumento de volumen en la nasofaringe derecha exofílica de aspecto T que se extiende desde el techo y sobrepasa la línea media. Se realizó excéresis de la lesión para biopsia. Disminuyó progresivamente a más de 50% el tamaño de la glándula parótida, después de la extirpación de la lesión. Ecografía de cadenas ganglionares: se observaron múltiples adenopatías encadenas cervical lateral derecha de menos de 1cm, llamó la atención la parótida derecha con aspecto heterogéneo con aumento de su ecogenicidad mide 31.8mm x 6.7mm, se comparó con parótida izquierda no presentando alteraciones.

TAC cráneo-cervical, toraco-abdominal y pelvis: estudio craneal corte de 3 mm donde se observan artefactos por amalgamas, sugiriendo complementar con U/S la glándula parótida, pólipo maxilar izquierdo, no otras alteraciones.

Biopsia de lesión nasofaríngea derecha: Linfoma no Hodgkin linfocítico pequeño de bajo grado. IHQ: CD 20, CD 79, CD 5, BCL-2 y Zap70 positivos; CD 3 + en zonas T; CD 21-, clínica D1.

Aspirado de médula ósea: Normocelular, con integridad de los tres sistemas hematopoyéticos, con elementos de reactividad asociado. BMO: Normocelular, integridad de las tres series, no infiltración tumoral.

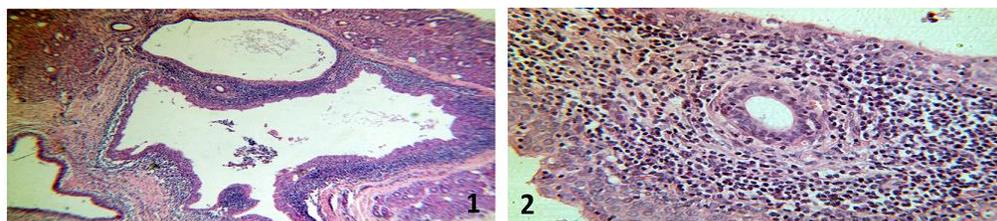
Tratamiento: CHOP 8 ciclos, 5 P-L profilaxis del SNC con Metrotexate.

Complementarios evolutivos al concluir Tratamiento (4/8/2016).

Nasovideoscopia (4/8/2016): Se observó fosas nasales normales, orofaringe normal. Ecografía de cadenas ganglionares: se observan ambas parótidas de tamaño normal con múltiples calcificaciones, la derecha con varias imágenes hipocóicas la mayor de 30x 16 mm, resto sin alteración.

TAC cráneo-cervical, toraco-abdominal y pelvis: estudio craneal corte de 3 mm donde se observan sinusitis esfenoidal izquierda, pólipos maxilares bilaterales, no otras alteraciones encefálicas, resto del estudio sin alteración.

Se realiza parotidectomía superficial derecha con biopsia e informó: Sialoadenitis crónica, glándula salival con Tumor de Warthin asociado. (Figura 1,2)



(Figura 1,2) Corte Histológico de Tumor de Warthin a menor (1) y mayor (2) aumento teñido con H-E.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos nasofaríngeos son raros y en adultos en que prácticamente la totalidad de tumores malignos de la región son carcinomas, con un elevado índice de asociación con el hábito tabáquico. El pte no presentó hábitos tóxicos y es adulto joven. Al igual que en el resto del organismo, en el área de cabeza y cuello el tipo de linfoma más frecuente es el Linfoma no Hodgkin y la mayor parte son del tipo difuso de células grandes y de grado intermedio de malignidad presentando afectación ganglionar en el 90 % de los casos. Solo el 10 % debutan en un territorio extranodal (Anillo de Waldeyer: Amígdala 40 %, Nasofaringe 18 %, Base lingual 8 %), Fosa y senos 13 %, Cavidad oral 10 %, Laringe 2 %, Glándulas salivales 9 %.⁽¹⁻⁴⁾

Es el primer caso reportado en nuestro centro con LNH nasofaríngeo. No utilizamos radioterapia por no presentar infiltración del SNC⁽⁴⁾.

El tumor de Warthin predomina en varones en relación 5:1 y su mayor frecuencia es entre la sexta y séptima décadas de la vida. Estos tumores pueden ser multicéntricos y aparecer en varias regiones de la misma glándula; en 6 a 10 % son bilaterales. Casi 20 % de estas neoplasias se

presentan como masas extraparotídeas en el cuello. Las recurrencias ocurren en 12 % y se explican por el carácter multicéntrico de esta enfermedad⁽⁵⁾. Se presenta como un bulto blando e irregular en la glándula parótida, el 85 % de ellos ocurren en el polo inferior superficial de la glándula⁽⁴⁾. Estos tumores han sido reportados predominantemente en blancos, menos frecuentemente en orientales, y como raros en la raza negra⁽¹⁻³⁾.

La transformación maligna es rara. Si consideramos la patología del tumor, se sabe que su crecimiento es muy lento y que, por lo tanto, puede permanecer estático durante muchos años. Éste se presenta más comúnmente como un bulto no doloroso en un paciente masculino. El promedio del tamaño del tumor al momento del diagnóstico es de alrededor de 2 a 4 cm, aunque éste puede variar de 1 a 10 cm en el diámetro; sin embargo, se han reportado casos de tumores de Warthin extremadamente largos^(4,5). La fluctuación en el tamaño del tumor aparentemente no ocurre.

Estos tumores son fácilmente removidos de su posición superficial y rara vez recurren; los cambios malignos pueden presentarse si existe el antecedente de radioterapia regional. El tumor posee ciertas características las cuales pueden ser de valor diagnóstico: está rodeado por una delgada y fuerte cápsula, la superficie puede ser lisa o lobulada y es comúnmente de color rosa-grisáceo.

El diagnóstico sólo puede ser establecido con base en el examen histológico. Microscópicamente, los componentes esenciales del tumor de Warthin son un parénquima epitelial y un estroma linfoide, el tejido parenquimatoso está formado de túbulos y espacios quísticos dilatados dentro del lumen del cual se proyectan procesos papilares delgados como dedos dándole al tumor su apariencia característica^(2,3,5).

CONCLUSIONES

El LNH nasofaríngeo es poco frecuente en adulto joven y más raro cuando se relaciona con tumor de Warthin. El estudio histopatológico con inmunofenotipo son de gran importancia para el diagnóstico definitivo y conducta terapéutica posterior. No existen exámenes que demuestren el mecanismo por el cual se produjo la asociación entre ambas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueroa Sandoval JF. Linfomas extraganglionares. GacMedMex [serie en Internet]. 2002 Abr [citado 12 Jun 2007]; 138 Suspl1: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gms021s.pdf>.
2. Chang A, Seminario V, Navarrete J, Meléndez R, Torres E, Barrionuevo C, et al. Linfomas extraganglionares en Lima Metropolitana. [serie en internet] 2002;63(1).
3. Viveros Añorbe, Sánchez Marle JF: Tumor de Warthin. Reporte de un caso bilateral. An Med Asoc Med Hosp ABC 2001; 46(2):88 – 91.
4. Osorio J, Faraggi M, Cardemil F: Linfoma no Hogkin laríngeo; Reporte de un caso. Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2013;73(19).
5. 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/san 18312.htm](http://bus.sld.cu/revistas/san/vol.16-3-12/san18312.htm).