

Linfoma no Hodgkin tipo MALT de la glándula parótida

Presentación de un caso

Cinthia Karina Vidal Beckers^{a,*}, Deishi Myreya Vallejo Rodríguez^b,
Mario Alberto García Pérez^c, Miguel Ángel Vázquez Zamora^b



Foto: Freepik

Resumen

Los linfomas de las glándulas salivales son una entidad e incidencia rara. La localización más frecuente es la glándula parótida, seguida de las glándulas submandibular y sublingual. La mayoría de los linfomas parótidos son linfomas no Hodgkin y se consideran derivados de tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT). De manera poco frecuente, estos casos se han notificado y con frecuencia se diagnostican de manera inadecuada, ya que su presentación es relativamente benigna, comportamiento localizado, crecimiento lento y varios años de evolución.

Palabras clave: Linfoma tipo MALT; tumor de glándula parótida.

MALT non-Hodgkin Lymphoma of the Parotid Gland. Presentation of a Case

Abstract

Lymphomas of the salivary glands are a rare entity with a rare incidence. They are more commonly found on the parotid gland, followed by the submandibular and sublingual glands. The majority of parotid lymphomas are non-Hodgkin's lymphomas and are considered to be derived from mucosal-associated lymphoid tissue (MALT). Reports of these cases are scarce and often misdiagnosed since: their manifestation is relatively benign, they have a localized behavior, a slow growth and the evolution takes several years.

Key words: Type MALT lymphoma; parotid gland tumor.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son un grupo de enfermedades malignas, caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial. Se dividen en 2 grupos: linfomas de Hodgkin (LH) y linfomas no Hodgkin (LNH). En el grupo de LNH se encuentran los linfomas derivados del tejido linfoide, asociado a mucosas, que son los del tipo MALT, también son conocidos como linfomas de células B monocitoides, son el tercer subtipo de LNH más frecuente, después del linfoma difuso de células grandes y linfoma folicular¹.

^aEgresada del Hospital Regional de Alta de Especialidad Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Universidad Autónoma de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

^bMédico Residente de Imagenología Diagnóstica y Terapéutica. Cuarto año. Hospital Regional de Alta de Especialidad Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Universidad Autónoma de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

^cServicio de Radiología e Imagen. Hospital Regional de Alta de Especialidad Ciudad Victoria "Bicentenario 2010". Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

*Autor para correspondencia: Cinthia Karina Vidal Becker. Correo electrónico: vidbeck1@gmail.com.

Recibido: 07-noviembre-2018. Aceptado: 10-marzo-2019.

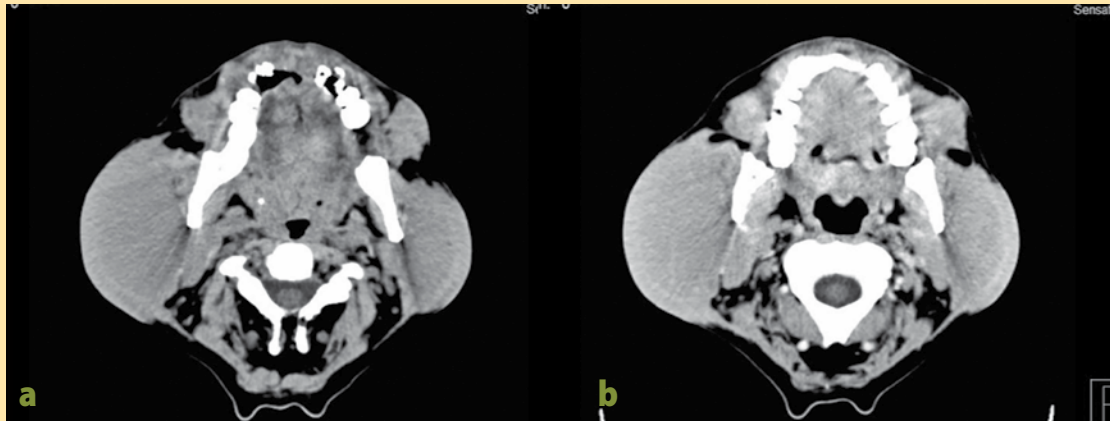


Figura 1. Tomografía computada de cuello en plano axial. **a)** Simple observando ambas glándulas parótidas, aumentadas de tamaño, isodensas a tejidos blandos, homogéneas. **b)** Con medio de contraste intravenoso presenta realce homogéneo significativo asociado a múltiples adenopatías en todos los niveles ganglionares del cuello.

Los linfomas que son tipo MALT fueron inicialmente definidos por Isaacson y Wright en 1983, designados posteriormente como una neoplasia de células B periféricas, en el grupo de linfomas de células B de la zona marginal, y de acuerdo a la más reciente clasificación de la OMS, de tipo extranodal¹.

Los linfomas tipo MALT tienen una localización más frecuente en el tracto gastrointestinal, describen además amplia variedad a otros sitios, como anexos del globo ocular, glándulas salivales, tiroides, pulmón, timo, mama, riñón, hígado y próstata; de estos sitios mencionados le siguen los que se sitúan en cabeza y cuello, se incluyen en esta última localización las glándulas salivales; estos últimos son una entidad poco frecuente, con una incidencia muy baja. La localización más habitual es la glándula parótida, seguida de la submaxilar y, por último, la sublingual. La mayoría de los linfomas parotídeos son LN^H y se consideran tipo MALT¹.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino, de 63 años, sin antecedentes de importancia, quien durante 2 años presentó aumento de tamaño progresivo de las glándulas parótidas de manera bilateral, predominio

derecho, asociado a cambios en la coloración de la piel, xerostomía y halitosis, sin acudir a atención médica durante este tiempo, refiriendo que empeoró en los últimos meses agregándose astenia, adinamia e hiporexia; por tal motivo acudió a consulta, el médico general le solicitó estudios de laboratorio y tomografía computada de cuello (**figura 1**): donde se observó aumento de la glándulas parótidas de forma bilateral, con realce homogéneo tras la administración de medio de contraste. Biometría hemática: hemoglobina, 8.5 g/dL; hematocrito, 27.5%; leucocitos, 3,500/mm³; neutrófilos, 40%; y linfocitos, 55%.

Por parte del servicio de imagen se decidió realizar ultrasonido de tejidos blandos (**figura 2**), donde se observaron glándulas parótidas aumentadas de tamaño, heterogéneas, que a la aplicación Doppler color presentaron aumento de la vascularidad; resonancia magnética nuclear (**figura 3**) donde se observó de igual manera aumento de tamaño de las glándulas parótidas en secuencias T1, homogéneas, y se presentó un discreto aumento de señal tras la administración de gadolinio.

Posteriormente, por el servicio de imagenología del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria, le sugirió al paciente realizar biopsia guiada por ultrasonido, el cual fue enviado de manera parti-

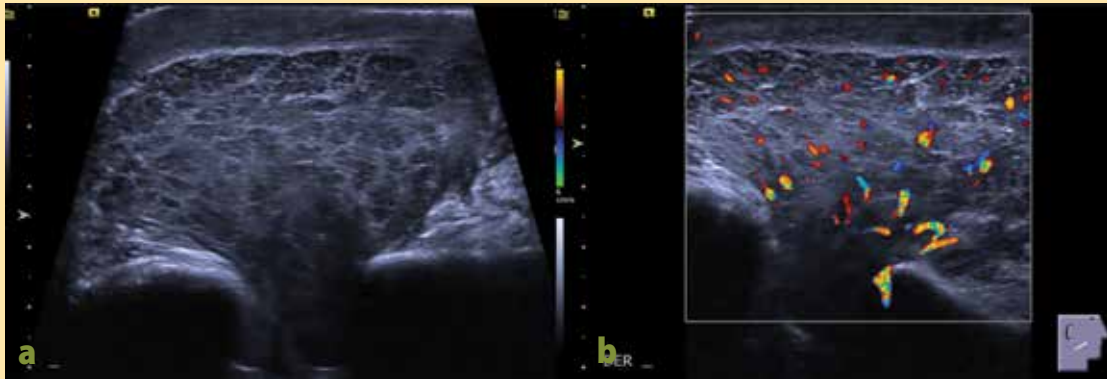


Foto: Vidal et al.

Figura 2. Ultrasonido de glándula parótida derecha. **a)** Identificando glándula parótida aumentada de tamaño, ecogenicidad heterogénea. **b)** Presenta aumento de la vascularidad a la aplicación Doppler color.

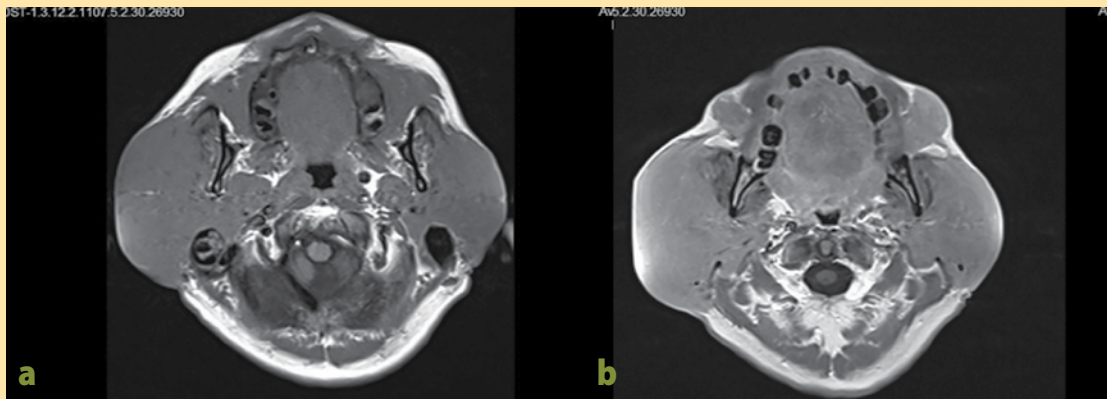


Foto: Vidal et al.

Figura 3. Resonancia magnética en plano axial en secuencias ponderadas en T1 y T2 FS con medio de contraste. **a)** Secuencias T1 glándulas parótidas homogéneas, de predominio hipointensas; T2FS con gadolinio presentando realce homogéneo con discreto aumento en la intensidad de señal.

cular al servicio de patología que reportó: linfoma no Hodgkin tipo MALT de glándula parótida. Se realizó inmunohistoquímica y se encontró: CD5, Positivo; CD20, Positivo; Bcl2, Positivo; CiclinaD1, Positivo; en relación a linfoma de células del manto tipo difuso.

DISCUSIÓN

Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas, caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial. Se dividen en 2 grandes grupos: linfomas de Hodgkin (LH) y linfomas no Hodgkin

(LNH). En estos últimos se estima que del 10 al 40% se presentan como extranodales¹, siendo estos últimos los que comprende los linfomas tipo MALT y constituyen un grupo de neoplasias de células B de bajo grado, que comparten características clínicas, patológicas, inmunológicas y moleculares similares, y surgen en el contexto de la proliferación linfoide prolongada preexistente en los sitios de la mucosa².

La localización más frecuente de los linfomas tipo MALT corresponde al tracto gastrointestinal en un 60 a 70%; sin embargo, se describe una amplia variedad de sitios no gastrointestinales que incluyen:

anexos del globo ocular, glándulas salivales, tiroides, pulmón, timo, mama, riñón, hígado y próstata¹.

Los linfomas primarios de las glándulas salivales son raros y representan el 4.7% o hasta 5% de los linfomas en todos los sitios^{1,3}. Un linfoma no Hodgkin de una glándula salival puede aparecer como una masa indolora y en aumento progresivo³; la localización más habitual de esta es la glándula parótida, en un 75% de los casos; seguida de la glándula submaxilar, 23%; y la sublingual, 1%. La mayoría de los linfomas parotídeos son LNH y se consideran tipo MALT¹.

Las glándulas salivales normalmente no contienen tipo MALT, pero pueden adquirirla como resultado de un trastorno inflamatorio autoinmune, generalmente el síndrome de Sjögren, que conduce a las características histológicas de la sialadenitis mioepitelial y las lesiones linfoepiteliales⁴. De acuerdo a Kassan et al, creían que los pacientes con síndrome de Sjögren tenían 44 veces más probabilidades de desarrollar linfomas MALT, en comparación con los individuos normales⁵.

Los hallazgos de TC y RMN del linfoma MALT parotídeo descritos en informes de casos, incluyeron una inflamación significativa del parénquima parotídeo en lados unilaterales o bilaterales, nódulos sólidos, múltiples cambios microquísticos y múltiples cálculos tanto en la porción intraquística como en la glándula parenquimatosa⁴.

Las características histológicas de los linfomas MALT de bajo grado son similares, independientemente del lugar de origen. Este tumor se caracteriza por un infiltrado de células “centrocíticas” (linfocitos de tamaño pequeño a mediano con abundante citoplasma y núcleos de forma irregular), pero también están presentes blastos transformados dispersos (células grandes). Los folículos reactivos no malignos se observan con frecuencia. Una característica fundamental es la presencia de lesiones linfoepiteliales, con invasión y destrucción parcial de glándulas mucosas y criptas por agregados de células tumorales². La primera manifestación morfológica de la aparición de un linfoma MALT es la presencia de halos o collares de células B monocitoides pálidas alrededor de las islas epimioepiteliales, que son islas sólidas de epitelio ductal proliferación de infiltrado por pequeños linfo-

citós B. Tales infiltrados usualmente muestran una restricción de la cadena ligera de inmunoglobulina, y en su presencia una población de células B clonal puede, por lo general, ser demostrada por PCR⁶.

El tratamiento de los linfomas tipo MALT de la glándula parótida implica la extirpación quirúrgica del nódulo y la glándula, con radioterapia o quimioterapia postoperatoria⁵.

CONCLUSIÓN

Este reporte de caso ha presentado las características de los diferentes estudios por medio de ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética nuclear, en un paciente con linfoma tipo MALT de glándulas parótidas; patología poco frecuente con una incidencia baja; sin embargo, tomando en cuenta los hallazgos encontrados, se podrá hacer un diagnóstico diferencial oportuno, además de proporcionar información útil para los médicos en general, para la conducta a seguir, predecir el pronóstico y seleccionar un procedimiento de tratamiento adecuado. ●

REFERENCIAS

1. Francisca Fernández A, Carlos Espinoza N, Víctor Mercado M, Humberto Vallejos A. Parotid MALT lymphoma, presentation of a clinical case and review of subject. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2012;72:79-86. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162012000100011>.
2. Cohen SM, Petryk M, Varma M, Kozuch PS, Ames SM, Grossbard ML. Non-Hodgkin's lymphoma of mucosa-associated lymphoid Tissue. *The oncologist Lymphoma*. 2006;11:1100-17. doi:10.1634/theoncologist.11-10-1100.
3. Petros Konofaos, Eleftherios Spartalis, Paraskevas Katsaronis and Grigorios Kouraklis. Primary parotid gland lymphoma: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2011;5:380. Doi: 10.1186/1752-1947-5-380.
4. Zhu L, Wang P, Yang J, Yu Q. Non-Hodgkin lymphoma involving the parotid gland: CT and MR imaging findings. *Dentomaxilofacial Radiology*. 2013;42:1-8. doi: 10.1259/dmfr.20130046.
5. Yue Dong, Feng Wen, Aijun Shi, Hong Wei Guan, Ying Ge, Yuan Jiang. Value of multidetector computed tomography in the diagnosis of mucosa associated lymphoid tissue lymphomas in the parotid gland: A case report and review of the literature. *Oncology Letters*. 2014;7:781-6. doi:10.3892/ol.2013.1769.
6. Chris M Bacon, Ming-Qing Du, Ahmet Dogan. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma: a practical guide for pathologists. *J Clin Pathol*. 2007;60:361-72. doi: 10.1136/jcp.2005.031146.