



# Linfoma primario de tiroides

## Presentación de un caso y revisión de la literatura.

Juan Girón Márquez,\* Luis Ignacio Guerrero Ruiz,\*\* Pablo Miranda Fraga,\* Gustavo Galicia Velasco,\* Joel Alberto Benítez Sánchez,\*\*\* Rafael Peñavera Hernández,\*\*\* Armando Adolfo Álvarez Flores,\*\*\*\* Juan Girón Villalpando\*\*\*\*\*

### RESUMEN

**Objetivo.** Informar el caso de un paciente con linfoma primario de tiroides. **Diseño.** Informe de un caso. **Sitio.** Hospital de tercer nivel. **Descripción del caso.** Se informa el caso clínico de un paciente masculino de 54 años, con aumento de volumen en cuello de tres años de evolución. Manejado de primera instancia como bocio nodular. Posteriormente se realiza el diagnóstico de neoplasia maligna, realizándosele tiroidectomía total con disección ganglionar. Reporte definitivo de patología de linfoma difuso de células pequeñas hendidas con diferenciación plasmocitoide.

**Palabras clave:** linfoma primario de tiroides.

### ABSTRACT

**Objective.** To report the case of a patient with primary thyroid lymphoma. **Design.** Report of case. **Setting.** Third level health care hospital. **Description of the case.** It is on a 54 years old male with increase of volume of the neck for the last three years. At the beginning it was managed like a nodular goiter, later on the diagnosis was malignant neoplasia. Total thyroidectomy was practiced on with ganglionar dissection. Definitive report of pathology was diffuse lymphoma of small-cells with plasmocytoid differentiation.

**Key words:** Primary thyroid lymphoma.

### INTRODUCCIÓN

El linfoma tiroideo constituye entre el 1 y el 2% de las neoplasias tiroideas malignas, ocurre con mayor frecuencia en la séptima década de la vida, con predominancia femenina 6:1, y se asocia, en ocasiones con tiroiditis de Hashimoto, que constituye un riesgo para su presentación.<sup>1-3</sup>

Dado su rico aporte vascular, el tiroides es una localización habitual de cánceres metastásicos secundarios procedentes de tumores primarios de cualquier localización. También puede ser la localización de una enfermedad linfoproliferativa primaria. El linfoma tiroideo representa entre el 1 y 5% de todos los tumores tiroideos malignos, la mayoría de las lesiones tiroideas primarias es de tipo B no Hodgkin.<sup>3,4,18</sup>

\* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México (HJM), Secretaría de Salud (SS). México, DF.

\*\* Residente de Cirugía General. HJM, SS.

\*\*\* Médico adscrito al servicio de Patología. HJM, SS.

\*\*\*\* Médico adscrito al servicio de Anestesiología. HJM, SS

\*\*\*\*\* Alumno de pregrado.

Los linfomas son tumores de células pequeñas, pueden ser primarios o secundarios. Hasta en 20% de las autopsias de los pacientes con linfomas diseminados, se puede encontrar involucrada a la glándula tiroides. Histológicamente los linfomas histiocíticos de células grandes o inmunoblásticos son la forma más común de linfomas primarios.<sup>2,3,5,7,19</sup>

De hecho, el riesgo de padecer dicho tumor está tan incrementado en pacientes de edad avanzada con tiroiditis linfocitaria crónica (tiroiditis de Hashimoto). Se sugirió que la estimulación linfocitaria antigénica crónica conduce a la transformación linfocítica. Por tal motivo una masa tiroidea que aumenta de tamaño debe de considerarse como linfoma tiroideo hasta que una valoración completa descarte el diagnóstico.<sup>3,4,8,14,15</sup>

Presenta unas características clínicas similares a las del carcinoma anaplásico, con el que no debe confundirse ya que su evolución y pronóstico son muy distintos. El crecimiento del linfoma es más lento y, por palpación, tiene una consistencia firme o elástica distinta de la pétreo, característica de los carcinomas anaplásicos. Con frecuencia, los pacientes presentan otras localizaciones asociadas típicas del linfoma maligno y, ocasionalmente, puede aparecer hipotiroidismo por destrucción del parénquima tiroideo normal.<sup>1,10</sup>

La BAAF casi siempre sugiere el diagnóstico, aunque a veces es necesaria la biopsia con una cánula o abierta para el diagnóstico definitivo. Cuando se realiza una disección ganglionar, la toma de una muestra para biopsia a menudo ayuda a aclarar el diagnóstico.<sup>4</sup>

El tratamiento combinado con cirugía, radiación y quimioterapia proporciona cifras de éxito variables. Por lo general los pacientes con linfoma tiroideo responden pronto a la quimioterapia (CHOP: ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) y muchas veces se recomienda el tratamiento combinado con radiación y quimioterapia. La tiroidectomía y la resección ganglionar se usan para aliviar los síntomas de obstrucción respiratoria en pacientes que no tienen una respuesta rápida a la quimioterapia o a la quimioterapia con radiación.<sup>3,4,11,12,20,21</sup>

El pronóstico se relaciona ampliamente con el grado de la enfermedad en el momento del diagnóstico, del tipo celular y de la extensión de la enfermedad más allá del cuello. Cuando el tumor está confinado a la glándula, la supervivencia a cinco años es de 75 a 85%, con radiaciones. Disminuyendo a 35% en pacientes con metástasis regionales y a 5% con enfermedad diseminada. Aunque no hay estudios prospectivos, hay infor-

mes de índices de remisión similares para pacientes que se sometieron a biopsia diagnóstica más tratamiento coadyuvante solo (85%) y para aquellos con cirugía reductiva más tratamiento coadyuvante. Estos hallazgos apoyan el argumento de la quimioterapia y radioterapia para la mayoría de los pacientes.<sup>2-4,9</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 54 años de edad el cual es enviado de hospital de tercer nivel, al servicio de Cirugía general del Hospital Juárez de México, por presentar aumento de volumen en cara anterolaterales de cuello a expensas de glándula tiroides.

Con el antecedente de una hermana con cáncer de mama, sin otros antecedentes de importancia.

Su padecimiento actual, con tres años de evolución con aumento progresivo de volumen en cara anterior y laterales de cuello con predominio derecho. Inició como una masa de aproximadamente 1 cm de diámetro anterior a cartílago tiroides, sin sintomatología agregada. Siete meses previos acude a hospital de tercer nivel, en donde es manejado por el Servicio de Endocrinología, con diagnóstico de bocio nodular, prescribiéndosele triyodotironina y tiroxina. No mejora con el manejo, aumentando el tamaño de la masa, con pérdida ponderal en siete meses de 10 kg y cambios en el tono de la voz (disfonía), siendo referido a nuestro servicio, en donde se continúa su manejo, decidiéndose finalmente ser llevado a tiroidectomía total.

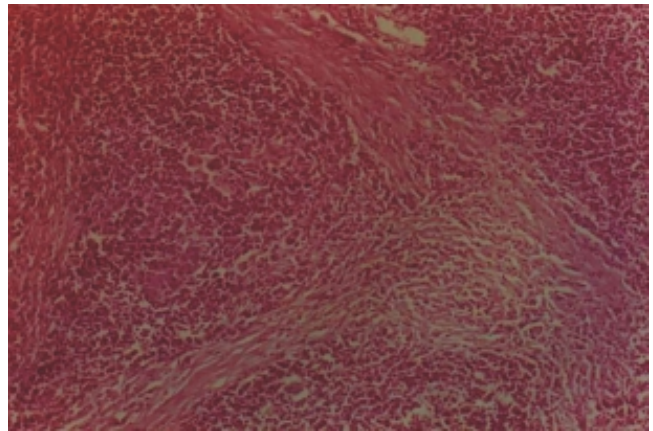
**Exploración física:** Consciente y bien orientado, temperatura de 36.8 °C, tensión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 80 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Peso de 86 kg, con una talla de 1.73 m. Cabeza sin alteraciones. Cuello corto con aumento de volumen a expensas de glándula tiroides de 25 x 20 x 10 cm, consistencia firme, fijo a planos profundos, irregular no doloroso (Figura 1). Ruidos cardíacos rítmicos sin alteraciones. Campos pulmonares bien ventilados sin fenómenos anómalos. Abdomen sin compromiso.

**Estudios de laboratorio:** Grupo sanguíneo: "O" Rh negativo. Biometría hemática: Hb 12.3, Hto 38, Leucocitos 38,700 con linfocitos 30,900, resto normales. Perfil tiroideo T3: 1.0 (0.8 a 2.0 ng/dL), T4: 2.0 (6.1 a 11.8 µg/dL), TSH: 35.0 (0.4 a 3.1 µUI/mL), T4L: 0.35 (0.95 a 2.23 ng/dL).

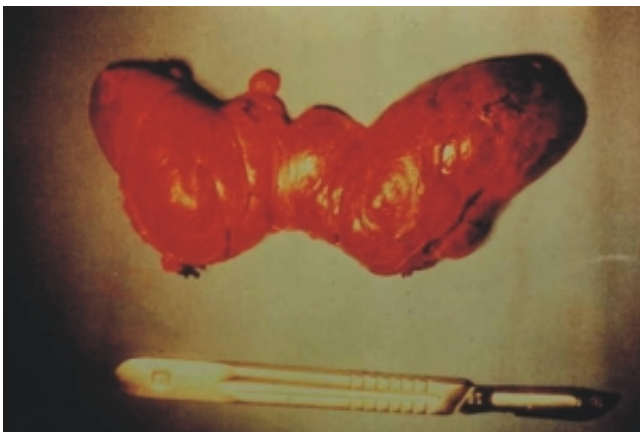
**Estudios de gabinete:** El gammagrama tiroideo con aumento de volumen y bloqueo de tiroides, en proyección anterior captación de I-131 al 25% en 24 horas.



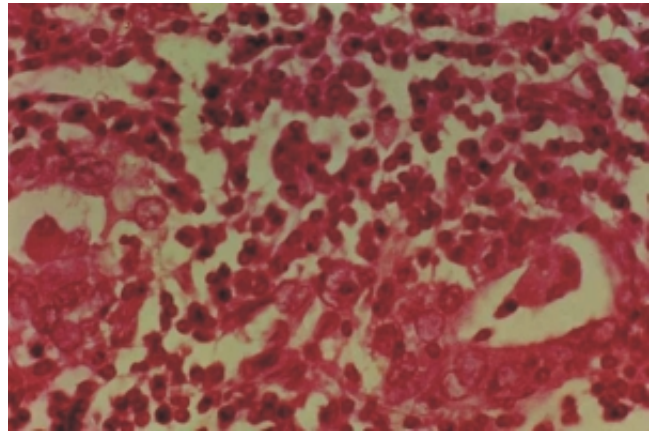
**Figura 1.** Tumoración tiroidea.



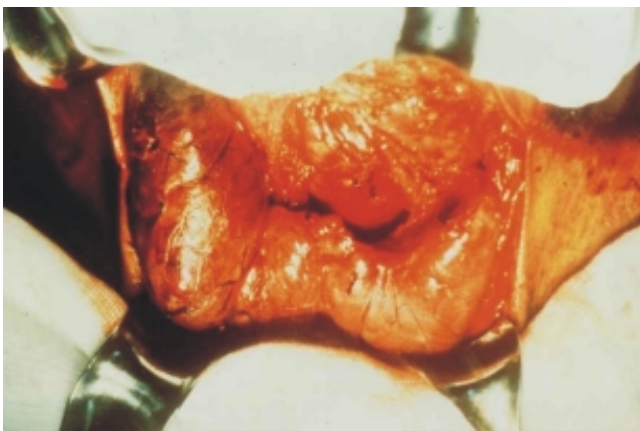
**Figura 4.** Panorámica. Infiltración difusa de células linfoides neoplásicas.



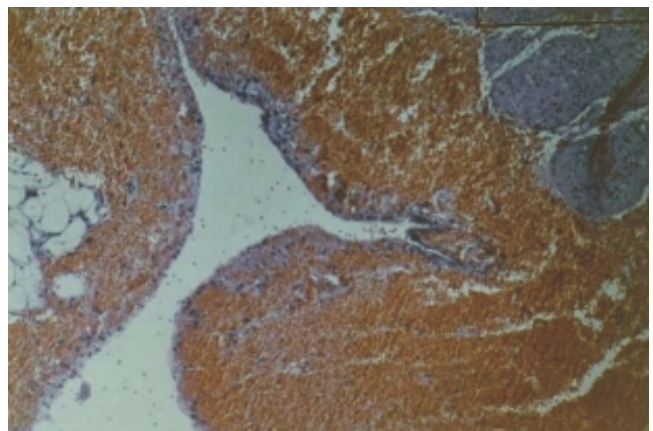
**Figura 2.** Tiroides. Pieza quirúrgica, cara anterior



**Figura 5.** Aumento mayor de folículos tiroideos, con infiltración linfocitaria neoplásica.



**Figura 3.** Tiroides. Pieza quirúrgica, cara posterior.



**Figura 6.** Hiperplasia reactiva células epiteliales incipientes.

Biopsia por aspiración con aguja fina con datos de hiperplasia y células de Hurtle.

**Hallazgos operatorios:** El 29 de septiembre del año 2000 se le realiza tiroidectomía total con linfadenectomía cervical bilateral. Lóbulo izquierdo de 10 x 6 cm, nodulado, no calcificado. Lóbulo derecho de 15 x 7 cm. Istmo de 5 x 4 cm muy vascularizado (Figuras 2 y 3). Ganglios cervicales aumentados de tamaño. Diagnóstico transquirúrgico: neoplasia maligna.

**Diagnóstico definitivo:** Linfoma difuso de células pequeñas hendidas con diferenciación plasmocitoide (Figuras 4 a 6). Ganglios linfáticos negativos.

**Evolución:** Postoperatorio inmediato satisfactorio, no hipocalcemia, no disfonía. Tres semanas después es enviado a oncología para radioterapia (13 sesiones, 3,800 rads), posteriormente paresia bilateral de cuerdas vocales. Tomografía abdominal con quiste en lóbulo hepático derecho sin características metastásicas.

## DISCUSIÓN

Lo relevante de este caso es con base en su rareza de presentación. Dentro de nuestro ámbito hospitalario es el segundo caso que se presenta en los últimos 10 años.

## CONCLUSIÓN

La literatura mundial reporta que el linfoma primario de tiroides ocupa el segundo lugar de los linfomas tiroideos; siendo más frecuente la variedad B no Hodgkin.

Su tratamiento es quirúrgico y con radioterapia, con lo que mejora mucho la sobrevida.

## REFERENCIAS

1. Farreras. Medicina interna. 14 edición, ediciones Hardcour.
2. The M.D. Anderson. Surgical Oncology Handbook. Department surgical oncology Houston. David H. Berger, et. al.
3. Harrison. Medicina Interna. 14a ed. Vol 2. Interamericana.
4. Schwartz, et. al. Principios de cirugía. 7ª ed, volumen 2, México, Interamericana McGraw Hill, 2000.
5. Hedinger C, et. al. The who histological classification of thyroid tumors. Cancer 1989; 63: 908-11.
6. David C, Sabiston, Jr, MD. Tratado de patología quirúrgica. 15va ed, tomo 1. México: Interamericana McGraw Hill 2000.
7. DeVita VT. Cancer. Principles and practice of Oncology. 4<sup>th</sup> ed vol 2, USA: Lippincott Co.

8. Takashima S, et al. Primary thyroid lymphoma: Diagnosis of immunoglobulin heavy chain gene rearrangement with polymerase chain reaction in ultrasound-guided fine needle aspiration. Thyroid 2000; 10(6): 507-10.
9. Aziz Belal A, et al. Primary thyroid lymphoma: A retrospective analysis of prognosis factors and treatment outcome for localized intermediate and high-grade lymphoma. Am J Clin Oncol 2001; 24(3): 299-305.
10. Hernandez JA, et al. Primary thyroid lymphoma with bone marrow and central nervous system infiltration at presentation. Med Clin (Barc) 2001; 116(9): 357-8.
11. Wirtzfeld D A, et al. Clinical presentation and treatment on non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid gland. Ann Surg Oncol 2001; 8(4): 338-41.
12. Perez JA, et al. Thyroid lymphoma. A case report. Rev Med Chil 2000; 128(7): 783-6.
13. Skacel M, et al. A reassessment of primary thyroid lymphoma: High grade MALT-type lymphoma as a distinct subtype of diffuse large B-cell lymphoma. Histopathology 2000; 37(1): 10-8.
14. Pasieka J L. Hashimoto's disease and thyroid lymphoma: Role of the surgeon. World J Surg 2000; 24(8): 966-70.
15. Gabrys K, et al. A case of primary thyroid lymphoma with Hashimoto thyroiditis. Pol Arch Med Wewn 1999; 102(6): 1101-4.
16. Vicentini L, et al. Primary large B cell lymphoma of the thyroid. Apropos of 2 cases. Minerva Chir 2000; 55(7-8): 545-8.
17. Manresa JM, et al. Thyroid lymphoma. A medical emergency. Med Clin (Barc) 1992; 99(1): 38-9.
18. Takakuwa T, et al. Expression of interleukin 7 and its receptor in thyroid lymphoma. Lab Invest 2000; 80(10): 1483-90.
19. Motoko Yamaguchi, et al. T cell lymphoma of the thyroid gland. 1997; 336(19): 1391-2.
20. Derringer GA, et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathology study of 108 cases. Am J Surg Pathol 2000; 24(5): 623-39.
21. Irving B Rosen, et al. The role of surgery in the management of thyroid lymphoma. Surgery 1988; 104(6): 1095- 99.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan Girón Márquez

Calle 41 No. 164-2

Col. Ignacio Zaragoza

Delegación Venustiano Carranza

15000 México D.F.

Tel: 57 86 12 40

Recibido para publicación: 10 de julio de 2001.

Aceptado para publicación: 28 de agosto de 2001.