

Linfoma no Hodgkin con patrón B de células grandes en glándula parótida

Non-Hodgkin's lymphoma with large B-cell pattern in parotid gland

Yordanys Olivera Ladrón de Guevara¹ <https://orcid.org/0000-0002-1408-3009>

Elizabeth Vázquez Blanco^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-1332-3808>

Jimmy Javier Calás Torres³ <https://orcid.org/0000-0001-8900-7118>

¹Hospital Pediátrico Provincial Docente “Hermanos Cordové”. Granma, Cuba.

²Hospital Clínico - Quirúrgico “Celia Sánchez Manduley”. Granma, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Cuba.

*Autor para la correspondencia: elo1189@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas. Se caracterizan por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial. Los linfomas primarios de las glándulas salivales son raros y representan el 4,7 % o hasta 5 % de los linfomas en todos los sitios.

Objetivo: Describir caso clínico con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin con patrón B de células grandes en glándula parótida.

Caso clínico: Paciente masculino de 4 años. Acude al servicio de Maxilofacial por un aumento de volumen en la región parotídea del lado derecho, con dolor espontáneo y de cambio de coloración local en ocasiones, aunque sin presencia de síntomas generales.

Conclusiones: El Linfoma no Hodgkin con patrón B de células grandes de la glándula parótida constituye una patología poco frecuente, por lo cual es importante el conocimiento de esta enfermedad. Se deberá tener en cuenta los aspectos relacionados con el interrogatorio, examen físico y estudios complementarios para obtener información útil que permita realizar un tratamiento adecuado.

Palabras clave: linfoma; linfomas no Hodgkin; pediatría; tumor de glándula parótida.

ABSTRACT

Introduction: Lymphomas are a heterogeneous group of malignant diseases characterized by neoplastic proliferation of the lymphoreticular portion of the reticuloendothelial system. Primary salivary gland lymphomas are rare, accounting for 4.7% or up to 5% of lymphomas at all sites.

Objective: to describe a clinical case with diagnosis of non-Hodgkin Lymphoma with large cell B pattern in parotid gland.

Clinical Case: a 4-year-old male patient presented to the Maxillofacial Department due to an increase in volume in the parotid region on the right side, with spontaneous pain and occasional local discoloration change, but without general symptoms.

Conclusions: Non-Hodgkin's lymphoma with large B-cell pattern of the parotid gland is a rare pathology, for which it is important to know this entity, and to take into account the aspects related to the interrogation, physical examination, studies complementary, to obtain useful information, which allows to carry out an adequate treatment.

Keywords: lymphoma; non-Hodgkin's lymphoma; pediatrics; parotid gland tumor.

Recibido:14/04/2022

Aprobado: 08/01/2022

Introducción

Los linfomas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas. Se caracterizan 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).^(1,2)

Los linfomas forman la tercera neoplasia maligna infantil más común, precedida de las leucemias y tumores cerebrales.

Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en varones con una relación 2:1 respecto a las niñas.^(3,4)

Se dividen en niños en 4 subtipos como son: linfoma de células pequeñas no hendidas Burkitt o aparente Burkitt, linfoma linfoblástico, linfoma de células grandes y linfoma

anaplásico de células grandes, se adiciona el linfoma de células de manto, que es menos frecuente en Pediatría.^(5,6,7)

La mayoría de los linfomas según la etiología es desconocida, pero hoy se conoce su origen viral. Se citan diferentes tipos de agentes virales en su etiología, como el virus de Epstein-Barr, el virus del Sida y el virus HTLV-1, entre otros.

También se mencionan otros factores etiológicos tales como: las inmunodeficiencias, el uso de inmunosupresores que se emplean en el trasplante de órganos (enfermedad linfoproliferativa postrasplante) y la afectación por ciertos productos químicos como pesticidas, alimentos, disolventes o fertilizantes.⁽⁵⁾

El Linfoma no Hodgkin representa dos terceras partes de los casos de linfoma diagnosticados en la infancia y el 7 % de las neoplasias pediátricas, constituyendo el grupo más frecuente de linfomas hasta los 15 años.⁽⁸⁾ El linfoma de células grandes B es el linfoma más frecuente, constituyendo 35 % de todos los casos de linfoma no Hodgkin.⁽⁹⁾

Los linfomas primarios de las glándulas salivales son raros y representan el 4,7 % o hasta el 5 % de los linfomas en todos los sitios.

Un linfoma no Hodgkin de una glándula salival puede aparecer como una masa indolora y en aumento progresivo; la localización más habitual de esta es la glándula parótida, en un 75 % de los casos y un 25 % en el resto de las glándulas.⁽¹⁾

Este artículo tuvo como objetivo describir un caso de Linfoma no Hodgkin con patrón B de células grandes en glándula parótida.

Caso clínico

Paciente masculino, 4 años de edad, mestizo, procedencia rural, con antecedentes de asma bronquial. Refieren sus padres que hace aproximadamente un año comenzó con aumento de volumen en la región parotídea del lado derecho, motivo por el cual acuden en dos ocasiones a su área de salud y le indicaron tratamiento con antibiótico.

Al no observarse mejoría del proceso y al constatar un crecimiento progresivo de la lesión, con presencia de dolor espontáneo y cambio de coloración local en ocasiones, aunque sin presencia de síntomas sistémico, se decide trasladar al Hospital Pediátrico “Hermanos Cordové”, de Manzanillo, Granma, siendo valorado por el servicio de Maxilofacial. Se le realizaron una serie de estudios complementarios, y una vez obtenido los resultados se

ingresa para tratamiento quirúrgico, decidiéndose como técnica quirúrgica parotidectomía subtotal conservadora.

Al examen físico presentaba asimetría facial dado por aumento de volumen en la región parotídea derecha, de aproximadamente 2,5 cm de diámetro, redondeado, bien circunscrito, bordes bien definidos, superficie lisa, con piel que lo recubre de aspecto y color normal, consistencia duroelástico, ligeramente movable, no doloroso a la palpación.

Se le realizó estudios de laboratorio tales como: hemograma completo, coagulograma mínimo y glicemia siendo normales. Además de un ultrasonido donde se observó; imagen compleja predominante ecolúcida, con tabiques y elementos ecogénicos en suspensión que mide 33 x 22 mm localizada en proyección de la glándula parótida derecha.

Se realizó citología aspirativa con aguja fina (CAAF) con muestras múltiples de grupos de células acinares glandular, con apariencia papilar dispuestas en un fondo de linfocitos y hematíes e histiocitos. Hallazgo citológico compatible con posible Tumor de Whartin.

El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo con anestesia general endotraqueal, posición del paciente en decúbito supino, con la cabeza lateralizada al lado opuesto a la cirugía con hiperextensión cervical, se realiza la antisepsia del campo operatorio, colocación del paño de campo (Fig. 1).



Fig. 1 - Se observa hiperextensión cervical con aumento de volumen en región parotídea derecha, como preparación de intervención quirúrgica.

Se infiltró anestésico local con vasoconstrictor, luego se realizó una incisión de Blair o en forma de “S” itálica, partiendo de la raíz del hélix y descendiendo por delante del trago, se arquea por debajo del lóbulo de la oreja hacia la punta de mastoide derecha, tras una nueva

curvatura que desciende por el borde anterior del esternocleidomastoideo, teniendo en cuenta dos traves de dedo del ángulo mandibular y el borde inferior del cuerpo mandibular, que ocupó piel, tejido celular subcutáneo y fascia parotídea. Se realizó la disección con pinzas hemostáticas tratando de no sobrepasar el borde anterior del parénquima glandular (Fig. 2).



Fig. 2 - Disección de piel y tejido celular subcutáneo hasta el borde anterior de la glándula parótida, observándose la lesión.

Luego se continuó realizando la disección cuidadosa de la lesión una vez ubicado el nervio facial para la conservación del mismo (Fig. 3).

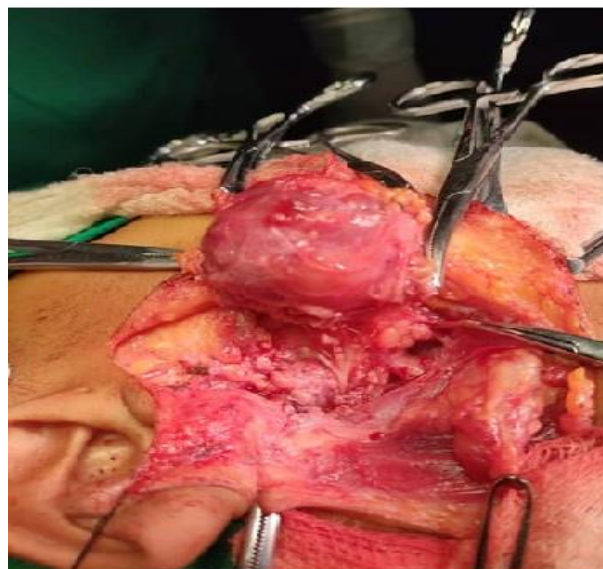


Fig. 3 – Disección cuidadosa de la lesión conservando el nervio facial.

Se realizó la excéresis de la lesión y la correcta hemostasia (Fig. 4 A y Fig.4 B).



Fig. 4 - A Excéresis de la lesión **B** Correcta hemostasia y conservación del nervio facial.

Se colocó drenaje tipo penrouse, se cerró la piel con nylon 4/0, además de colocar vendaje compresivo y administrar como profiláctico la ceftriazona como antibiótico.

El postoperatorio transcurrió sin dificultad y no hubo problemas de cicatrización.

Se retiró la sutura a los 7 días (Fig. 5) y fue valorado nuevamente al mes en consulta para el resultado de biopsia.



Fig. 5 - Observe la herida quirúrgica a los 7 días con evolución satisfactoria.

El resultado de la biopsia fue Linfoma no Hodking con patrón B de células grandes. Fragmento de parótida sin evidencia de histológica tumoral.

Se remitió al servicio de Oncología y actualmente presenta como tratamiento la quimioterapia.

Discusión

Los linfomas representan el quinto cáncer más común y la quinta causa de muerte por cáncer a nivel mundial, afectando de 3 a 6 personas por cada 100 000 habitantes cada año.⁽¹⁰⁾

La mayoría de los estudios^(1,3,4,8,11) coinciden que el sexo masculino presenta predominio de estas patologías.

Worawut y otros⁽¹²⁾ exponen que el linfoma difuso de células B y el linfoma de células grandes fueron evidentes con mayor proporción en adolescentes. Según *Soria*⁽⁷⁾ representa entre 10 - 20 % del LNH pediátrico. Estos pacientes tienen un pronóstico significativamente mejor que los adultos.

La incidencia aumenta con la edad durante las dos primeras décadas de la vida hasta alcanzar los 29 casos por millón en el grupo de edad entre 15 y 19 años, siendo una de las neoplasias más frecuentes del adolescente.⁽⁸⁾

Mientras que otros estudios reportan que dentro de los LNH el linfoma de células grandes B es el subtipo más frecuente en los adultos. Constituyen entre 30-40 % de los casos y representa alrededor del 90 % de los linfomas agresivos derivados de las células B. Su incidencia aumenta con la edad y la mitad de los pacientes con linfoma de células grandes B debutan después de los 60 años.⁽¹³⁾

La identificación oportuna de los linfomas suele ser diagnosticada en estadios tardíos. De ahí que, ante la presencia de adenopatías crónicas y otros signos o síntomas sugerentes de algún tipo de neoplasia, es importante la identificación en el paciente de antecedentes personales, familiares o de factores de riesgos comúnmente asociados a linfomas, para posteriormente indicar la realización de estudios que permitan la confirmación del diagnóstico.

Se indican exámenes complementarios que incluyen análisis sanguíneos, estudios de imágenes como radiografías, tomografías computarizadas, resonancia magnética, ultrasonido. Además del uso de la punción aspirativa con aguja fina en linfomas de cabeza y cuello que presenta una tasa del 32 % de falsos negativos, por lo que nunca se puede descartar su sospecha ante resultados inespecíficos. Cuando el diagnóstico del linfoma ya ha sido confirmado por biopsia, esto permitirá la estadificación y el valor pronóstico del paciente.^(8,10,11)

Aunque el paciente del caso clínico no presentó síntomas generales, sin embargo, los linfomas se pueden presentar con manifestaciones sistémicas tales como: tos, dificultad

respiratoria, dolor abdominal, prurito crónico, dolor y alteración de la sensibilidad, así como algunos síntomas sistémicos como astenia, fiebre, pérdida de peso inexplicable y sudores nocturnos, pueden presentarse en estadios avanzados de enfermedad.

Estas manifestaciones pueden ser explicadas en parte, por la compresión estructural del tumor en crecimiento, ocasionada por los linfomas de alto grado, pudiendo originar el síndrome de la vena cava, compresión epidural maligna de la médula espinal o derrame pericárdico maligno, presentándose así como emergencias oncológicas. Además, puede explicarse por la capacidad de los linfomas de diseminarse, por vía hematológica o por invasión directa, a sitios extraganglionares como médula ósea, hígado, bazo y pulmones. Aunque los síndromes paraneoplásicos son raros en el linfoma, se ha descrito la dermatomiositis y polimiositis en el LNH.⁽¹⁰⁾

Los linfomas de glándula parótida son una enfermedad poco frecuente: se estima una incidencia del 0,3 % de todos los tumores malignos del organismo y de 4 % de todos los linfomas. Dentro de los linfomas parotídeos, 80 % corresponde a linfomas no Hodgkin.⁽¹¹⁾ Con respecto al presente caso las características clínicas coinciden con *Garcés y otros*⁽¹⁰⁾ y *Mena y otros*,⁽¹⁴⁾ que la manifestación clínica más frecuente del linfoma de parótida es una tumoración de crecimiento lento, no dolorosa, de consistencia blanda, sin ninguna otra sintomatología en la mayoría de los casos. Aunque se presentó con una afectación unilateral de la glándula, *Vidal y otros*⁽¹⁾ y *Mena y otros*⁽¹⁴⁾ presentan casos bilaterales, lo cual es poco frecuente.

Los autores de la presente investigación consideran que el diagnóstico diferencial se puede realizar con toda aquella lesión tumoral en la región parotídea, ya sea con procesos inflamatorios agudos y crónicos, neoplasias benignas y malignas.

Con respecto al tratamiento del caso, se le realizó parotidectomía subtotal conservadora, seguimiento por el servicio de oncología, además de la quimioterapia, esto coincide con algunos autores,^(1,2,14) que exponen que el tratamiento de los linfomas de la glándula parótida implica la extirpación quirúrgica del nódulo y la glándula a través de la parotidectomía, aunque describen mayor riesgo de diseminación solo con tratamiento local y recomiendan asociar siempre quimioterapia o radioterapia postoperatoria.

La parotidectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos que más preocupación genera en el cirujano debido a las potenciales complicaciones y secuelas que se pueden originar en el paciente,⁽¹⁵⁾ principalmente durante el transquirúrgico se puede lesionar el nervio facial

ocasionando parálisis parcial o total, con respecto al caso hubo conservación del nervio y no ocurrieron complicaciones.

Bencomo y otros,⁽⁴⁾ en su estudio muestran que los pacientes con linfomas de tipo B, con tumores localizados y fácilmente resecables alcanzan cura en el 100 % de los casos. Mientras que *Garcés* otros,⁽¹⁰⁾ expone que en relación al abordaje terapéutico, actualmente se considera a la quimioterapia y a la radioterapia como estrategias de primera línea, aunque con el pasar de los años, algunas terapias biológicas como la inmunoterapia o la terapia regenerativa, han ganado relevancia clínica gracias a su eficacia, seguridad y menor tasa de toxicidad.⁽¹⁰⁾

En los niños, adolescentes y adultos jóvenes presentan, en su mayoría, linfomas agresivos que son tratados con esquemas de multi-quimioterapia o inmuno-quimioterapia, lográndose tasas altas de sobrevida con el tratamiento. Sin embargo, la enfermedad refractaria o recaída presenta resultados diferentes.

El resultado del tratamiento en niños con LNH es generalmente superior al observado en adultos, contribuyendo a esto diferencias en la biología del tumor, la terapia y factores psicosociales del paciente.⁽⁷⁾

Se concluye que el Linfoma no Hodgkin con patrón B de células grandes de la glándula parótida constituye una patología poco frecuente, por lo cual es importante el conocimiento de esta enfermedad. Se deberá tener en cuenta los aspectos que se relacionan con el interrogatorio, examen físico y los estudios complementarios, para obtener una información útil, que permita realizar un tratamiento adecuado.

Referencias bibliográficas

1. Vidal Beckers CK, Vallejo Rodríguez DM, García Pérez MA, Vázquez Zamora MA. Linfoma no Hodgkin tipo MALT de la glándula parótida. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2020;63(3):19-22. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.63.3.03>
2. Frómata Neira C, González Gómez JM, Arredondo López M. Linfoma tipo MALT de la glándula parótida. Revista Cubana de Estomatología. 2010 [acceso 26/01/2022];47(3):336-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072010000300007

3. Gálvez C, Mendoza M, Espíritu N, Paz E. Características clínicas, epidemiológicas y patológicas de los linfomas en pacientes del Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña. Perú, 2015-2019. An Fac med. 2021;82(1):27-33. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.19362>
4. Bencomo García B, Herrera Rodríguez L. Caracterización clínicoepidemiológico de los linfomas en la edad pediátrica en Pinar del Río. 2010-2016. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2017 [acceso 26/01/2022];21(4):488-94. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000400007
5. Verdecia Cañizares C, Santos Labarcena ME, Lam Díaz RM. Comportamiento del linfoma no Hodgkin en la edad pediátrica. Revista Cubana de Pediatría. 2015 [acceso 26/01/2022];87(4):460-67. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/9>
6. Pérez Zúñiga JM, Aguilar Andrade C, Álvarez Vera JL, Augusto Pacheco M, Báez Islas PE, Bates Martín RA *et al.* Generalidades sobre linfomas. Hematol Méx. 2018 [acceso 26/01/2022];19(4):174-88. Disponible en: <https://revistadehematologia.org.mx/article/generalidades-sobre-linfomas/>
7. Soria ME. Linfomas no Hodgkin en niños, adolescentes y adultos jóvenes: nuevos desafíos. HEMATOLOGÍA (Congreso Argentino). 2019 [acceso 26/01/2022];23(XXIV):39-53. Disponible en: http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol23/n2_educacional/3-LINFOMAS%20NO%20HODGKIN%20EN%20PEDIATRIA-soria-n23-ext.pdf
8. Guerra García P, Plaza López de Sabando D. Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. Pediatr Integral. 2021 [acceso 26/01/2022];XXV(6):308-19. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-09/linfomas-de-hodgkin-y-no-hodgkin-2021/>
9. Alfonso G, Ardaiz M, Basquiera A, Castro Ríos M, De Dios Soler M, Dragosky M *et al.* Linfomas. Sociedad Argentina de Hematología. Guías de diagnóstico y tratamiento. 2019 [acceso 26/01/2022];481-623. Disponible en: <http://sah.org.ar/docs/2017/009-Linfomas.pdf>
10. Garcés Ortega JP, González Bracho JR, Ortiz Benavides RE, Quijije Castro JJ, Pacuruco Cajas JI, Vázquez Maita EG *et al.* Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. 2021 [acceso 26/01/2022];40(3):302-13. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712014/55969712014.pdf>

11. Moya Martínez R, Cruz Toro P, Callejo A, Domènech I. Linfoma de la zona marginal de glándula parótida. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2018 [acceso 26/01/2022];40(4):187-89. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582018000400187
12. Worawut C, Usanarat A, Nongnuch S, Duantida S, Surapong L, Suradej H *et al.* Pediatric non-Hodgkin lymphoma: Characteristics, stratification, and treatment at a single institute in Thailand. *Pediatrics International.* 2019 [acceso 26/01/2022];61(1):49-57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30734424/>
13. Fondo Nacional de Recursos. Resultados de 15 años de tratamiento del Linfoma Difuso a Grandes Células B con Rituximab en primera línea en el Uruguay. 2021 [acceso 26/01/2022];1-42. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/publicaciones/informe_linfomas_2021.pdf
14. Mena Domínguez EA, Torres Moriente LM, Millás Gómez T, Tavárez Rodríguez JJ, Bauer M, Morais Perez D. Linfoma primario bilateral de la glándula parótida. *Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla Leon Cantab. La Rioja.* 2012 [acceso 26/01/2022];3(22):198-202. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo187993-linfoma-primario-bilateral-de-la-gl%C3%A1ndula-par%C3%B3tida-bilateral-primary-lymphoma-parotid-gland
15. Cubas Escobar D, Corrales Reyes IE. Caracterización de pacientes con neoplasias de glándulas salivales mayores tratadas quirúrgicamente en un hospital universitario cubano. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas.* 2021 [acceso 26/01/2022];40(3):e1136. Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/1136>

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.