

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Correspondencia: revistaorl@revistaorl.com
web: www.revistaorl.com

Caso clínico

Linfoma primario bilateral de la glándula parótida

Bilateral primary lymphoma of the parotid gland

Eduardo Antonio Mena-Domínguez, Luis Miguel Torres-Moriente, Teresa Millás-Gómez, Juan Jose Tavárez-Rodríguez, Michael Bauer, Dario Morais-Perez

Servicio de ORL. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.
Contacto: eamena@saludcastillayleon.es

Recibido: 11/08/2012

Aceptado: 27/08/2012

Publicado: 14/09/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

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;3(22):198-202

Resumen

Los linfomas primarios de las glándulas salivales representan menos del 1% de todos los linfomas no Hodgkin (LNH). Se presentan entre los 50 y 80 años, con predominio claro en mujeres y en la glándula parótida. La mayoría de los casos son localizados (estadios I-II: 75-100%), y presentan síntomas debido a la aparición de una tumoración en la glándula afectada, generalmente indolora.

Palabras clave: linfoma; tumor de parótida; glándulas salivales

Bilateral primary lymphoma of the parotid gland**Summary**

Primary Lymphoma of the salivary glands represent less than 1% of all non-Hodgkin's lymphomas (NHL). They have a clear predominance in female, between 50 and 80 years old. And they are more common in parotid gland. Most of the cases are localized (stage I-II: 75-100%), and symptoms are shown due to the appearance of a tumor in the gland affected, usually painless.

Keywords: lymphoma; parotid tumor; salivary gland

Introducción

Los linfomas malignos primarios de las glándulas salivares son muy infrecuentes, representan el 1.7% al 3.1% de todas las neoplasias salivares y el 0.6% al 5% de todos los tumores y/o lesiones de la glándula parótida [1, 2, 3]. Suponen menos del 1% del total de LNH. Se presentan entre los 50 y 80 años [1, 3], con un predominio en mujeres [1,4]. En el 80% de los casos se localizan en la parótida [1, 5], seguidos de las glándulas submaxilares y glándulas salivares menores. Están asociados a pacientes con síndrome de Sjögren, sialoadenitis mioepitelial, artritis reumatoide y lupus [1, 3].

La histología más frecuente es indolente (55-75%), generalmente LNH de tipo MALT aunque están descritos LNH foliculares. El resto suelen ser linfomas difusos de células grandes B [1].

Descripción

Paciente con tumoración en región preauricular derecha de varios meses de evolución, de aproximadamente 2 cm, dependiente de la glándula parótida, móvil, no dolorosa y sin adenopatías laterocervicales palpables. La ecografía muestra una tumoración quística en lóbulo superficial de parótida derecha de 2x1,5cm compatible con tumor de Warthin. El estudio citológico mediante punción aspiración (PAAF) fue sugestivo de proceso linfoproliferativo. Se realiza una resonancia magnética (RM) que muestra una tumoración sólida de 1,6x1,7x1,5cm en lóbulo superficial de parótida derecha (Fig. 1) compatible con los resultados de la PAAF.

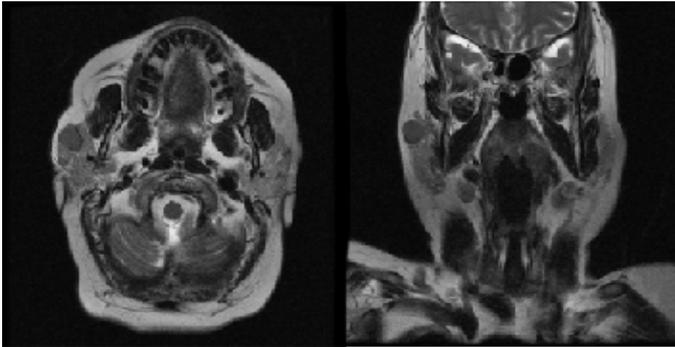


Fig. 1. RM, corte axial y coronal

Se realiza una parotidectomía superficial derecha, extirpando tumoración redondeada, pretragal, previa disección de tronco y ramas del nervio facial.

El post-operatorio inmediato cursa sin complicaciones, al tercer día fue dado de alta. En el transcurso del mes el paciente presentó un seroma, que fue tratado con aspiraciones y compresión sin complicaciones a mayores.

El resultado anatomopatológico definitivo fue de linfoma B folicular grado 2 multifocal (Fig. 2 y 3).

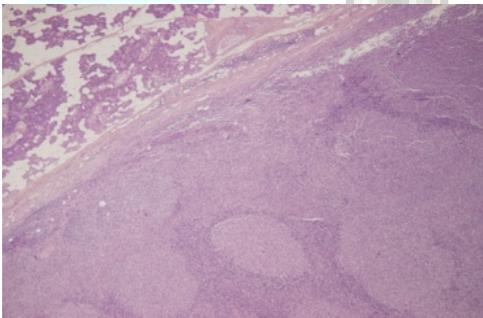


Fig. 2. Parótida + linfoma. Proliferación linfocitaria con patrón vagamente nodular. Hematoxilina 150x

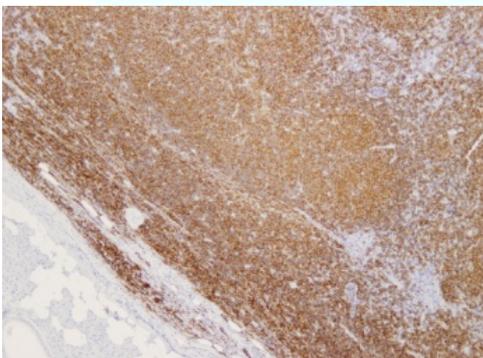


Fig. 3. Inmunohistoquímica CD20, linfocitos representando el linfoma

A los 2 meses post-quirúrgico el paciente presenta una tumoración en región parotídea izquierda, se realiza PAAF compatible con proceso linfoproliferativo. En las pruebas complementarias no se hallaron alteraciones o indicios de enfermedades autoinmunes.

En el estudio de extensión por el servicio de hematología, no se muestra alteración a nivel de médula ósea ni afectación y/o diseminación a otros órganos del cuerpo, estadio Ia, por lo que se decide tratamiento con radioterapia.

Discusión

La manifestación clínica más frecuente del linfoma de parótida es una tumoración de crecimiento lento, no dolorosa [2, 5, 6], de consistencia blanda, sin ninguna otra sintomatología en la mayoría de los casos [6]. La PAAF no suele ser concluyente para el diagnóstico y los estudios de imagen tampoco [2], por lo que en la mayoría de los casos se prefiere el abordaje quirúrgico [5]. Se ha descrito afectación bilateral de las parótidas [1, 3] en un 4% a 21% de pacientes [3].

La mayor afectación, de los linfomas de glándulas salivales, es por un linfoma no hodgkin y al momento del diagnóstico la mayoría están en un estadio I o II [1]. Siempre es conveniente descartar patologías autoinmunes en estos pacientes, ya que en estos suelen ser más frecuentes los LNH [4, 6], sobre todo los tipo MALT [6]. El grado histológico es lo que mejor pronóstico nos da de cara a la supervivencia, a menor grado mejor pronóstico [3, 4, 5].

En el tratamiento de los linfomas indolentes localizados la radioterapia de campo afectado proporciona un excelente control de la enfermedad, así como una prolongada supervivencia [1, 4, 7].

Bibliografía

1. Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons JL. Hematología clínica. 5ta ed. Elsevier; 2006.
2. Nassie DI, Berkowitz M, Wolf M, Kronenberg J, Talmi YP. Parotid mass as presenting symptom of lymphoma. IMAJ 2010; 12: 416-418.
3. Barnes L, Myers EN, Prokopakis EP. Primary malignant lymphoma of the parotid gland. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124: 573-577.
4. Dispenza F, Cicero G, Mortellaro G, Marchese D, Kulamarva G, Dispenza C. Primary non-hodgkins lymphoma of the parotid gland. Braz J otorhinolaryngol 2011; 77(5): 639-644.
5. Sente M, Canji V, Dukic Z. Lymphoma of the parotid salivary gland. Med Pregl 1998; 51(1-2): 77-81.
6. Konofaos P, Spartalis E, Katsaronis P, Kouraklis G. Primary parotid gland lymphoma: a case report. Journal of medical case reports 2011; 5: 1-5.

7. Hirokawa N, Hareyama M, Akiba H, Satoh M, Oouchi A, et al. Diagnosis and treatment of malignant lymphoma of the parotid gland. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28(4): 245-249.

