

Linfoma tipo MALT de la glándula parótida

Lymphoma type MALT of the parotid gland

Carlos Frómeta Neira^I; Juan Manuel González Gómez^{II}; Miguel Arredondo López^{III}

^IEspecialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Cirujano oncólogo de cabeza y cuello. Investigador Agregado. Asistente. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Cirujano oncólogo de cabeza y cuello. Instructor. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Cirujano oncólogo de cabeza y cuello. Asistente. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Los linfomas tipo MALT (tejido linfoideo asociado a mucosa), constituyen la variedad más recientemente descubierta de los linfomas no Hodgkin, tienen lugar fundamentalmente en la mucosa gástrica asociados a infección por *Helicobacter pylori*, y en la glándula tiroides en relación con la tiroiditis de Hashimoto. Sin embargo, internacionalmente se han descrito casos en glándulas salivales asociados a linfadenitis. La naturaleza de la lesión a menudo no puede ser determinada solo por el estudio citológico; se hace necesario el análisis histopatológico para el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos. El presente estudio muestra un paciente masculino con aumento de volumen bilateral de ambas glándulas parótidas y diagnóstico citohistopatológico de un proceso linfoepitelial benigno, el cual desarrolló un linfoma tipo MALT en relación con la glándula parótida derecha.

Palabras clave: linfoma tipo MALT, tumor de glándula parótida.

ABSTRACT

The lymphomas type MALT or the mucosa-associated lymphoid tissue, are the most recent variety of non-Hodgkin lymphomas present mainly in the gastric mucosa associated with *Helicobacter pylori* infection and in the thyroid gland in relation to Hashimoto's thyroiditis. Frequently the origin of this lesion can't be determined only by cytology study, thus it is necessary the histopathology analysis for a definitive diagnosis in most cases. Present paper includes the case of male patient with bilateral volume increase of both parotid glands and a diagnosis cytopathological of a benign lymphoepithelial process and the development of a type MALT lymphoma in relation to the right parotid gland.

Key words: Type MALT lymphoma, parotid gland tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivales presentan la clasificación histológica más amplia dentro de los tumores glandulares, constituida por un grupo de neoplasias clínica y morfológicamente diversas. Existe una alta proporción de lesiones linfoides, hasta el punto que el 16 % de todas las lesiones parotídeas tienen un origen linfoide. Entre ellas están: los quistes linfoepiteliales, la hiperplasia linfoepitelial, el tumor de Warthin y los linfomas. Estos últimos constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades malignas, caracterizadas por la proliferación neoplásica de la porción linforreticular del sistema reticuloendotelial. Se dividen en dos grandes grupos: linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin; y dentro de estos últimos, con una denominación más reciente y una identidad especial, se destacan los linfomas tipo MALT o linfomas de células B monocitoides, como también se les conoce;¹⁻³ descritos por primera vez en 1983 por Isaacson y Wright, en una serie de pacientes con linfomas B gastrointestinales de bajo grado de malignidad.

Existen diferentes localizaciones, y aunque la más frecuente es la forma gástrica, también se observan en el pulmón, mama, tiroides, glándulas lagrimales y salivales. Aparece en zonas donde no es habitual el tejido linfoide, el cual es previamente adquirido a través de un estímulo antigénico mantenido.²⁻⁴ Desde entonces se han documentado linfomas MALT en las glándulas salivales, frecuentemente en asociación con una enfermedad de Sjögren preexistente, en el anillo de Waldeyer, y también, en casos más excepcionales, en la lengua. Suelen ser precedidos de sialoadenitis, tiroiditis de Hashimoto o infección por *Helicobacter pylori* en las glándulas salivales, tiroides y en el estómago, respectivamente.⁴⁻⁷

El diagnóstico es histopatológico, por lo cual se requiere de la extirpación de un ganglio o tejido linfoide asociado. Las modalidades de tratamiento más utilizadas son la radioterapia y la quimioterapia, sin embargo en la actualidad se vislumbran estudios llamados a revolucionar dicho tratamiento, como son: la terapia génica, la radioinmunoterapia, la terapia biológica, el trasplante de médula ósea, de células madres y sangre periférica, con excelentes resultados.⁷⁻¹⁰

Se presenta un paciente que desarrolló un linfoma tipo MALT de la glándula parotídea derecha, a punto de partida de una lesión linfoepitelial benigna, con el objetivo de describir el tratamiento implantado y su resultado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 45 años de edad, con antecedentes de salud, que presentaba aumento de volumen parotídeo bilateral, móvil, duro elástico, no doloroso, con afectación estética, de un año de evolución ([Fig. 1](#)); con diagnóstico citológico e histológico de un proceso linfoepitelial benigno, el cual desarrolló un linfoma tipo (MALT) en la glándula parótida derecha. Se le realizó parotidectomía subtotal conservadora ([Figs. 2 y 3](#)) bilateral y radioterapia concurrente, con quimioterapia adyuvante.



Fig. 1. Aumento de volumen parotídeo bilateral por lesión linfoepitelial benigna.

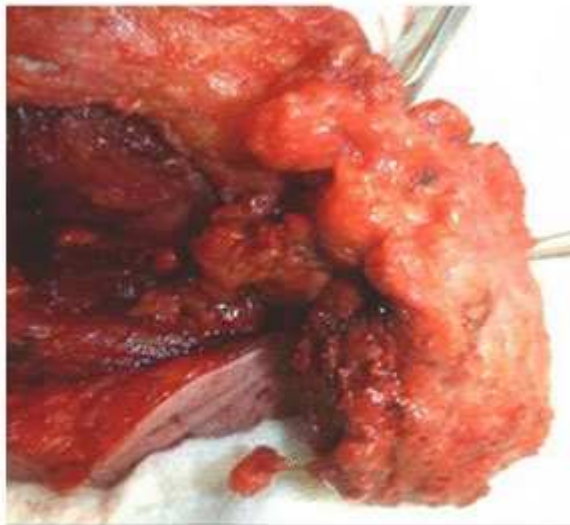


Fig. 2. Resección del tumor, que incluyó parotidectomía subtotal.



Fig. 3. En **A** se muestra el lecho quirúrgico delimitado por el nervio facial, el tercio superior del esternocleidomastoideo, la porción posterior del músculo digástrico y en **B** el cierre de la herida quirúrgica.

Los linfomas tipo MALT se forman de la zona marginal externa a la del manto, reconocibles con facilidad en el bazo y en las placas de Peyer, pero de difícil diferenciación en los ganglios linfáticos o tejidos linfoides. Por tal motivo, estas neoplasias en glándulas salivales son de difícil diagnóstico por BAAF, y en la mayoría de los casos requieren de la exéresis parcial o total de la glándula para su correcto diagnóstico.

Cerca del 40 % de los linfomas orbitarios, tiroideos, pulmonares y de glándulas salivales corresponden a este tipo tumoral. El sustrato para el desarrollo de este tipo de tumores corresponde a la inflamación crónica iniciada por una enfermedad autoinmune como el síndrome de Sjögren o infección por *Helicobacter pylori*. Generalmente se confirman en el área en la que se inician y no se propagan. Afecta con mayor frecuencia a la sexta década de vida. Es de crecimiento lento y puede ser curado en sus etapas iniciales. El cuadro clínico dependerá de la víscera afectada. Generalmente son tumores de buen pronóstico, con sobrevida cercana al 80 % a los cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kinoshita T, Ishii K, Naganuma H, Okitsu T. MR imaging findings of parotid tumors with pathologic diagnostic clues: a pictorial essay. Clin Imaging. 2004;28:93-101.
2. Meer S, Altini M. CK7+/CK20-immunoexpression profile is typical of salivary gland neoplasia. Histopathology. 2007;51:26-32.
3. Thieblemont C, Berger F, Coiffier B. Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. Curr Opin Oncol. 1995;7:415-20.

4. Auclair P, Van der Wal JE. Salivary glands: adenocarcinoma NOS. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editor. World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics of the Head and Neck Tumours. Lyon: IARC; 2005. p. 238-9.
5. Jaffee ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW (Eds). World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of Hematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon: IARC Press; 2001.
6. Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;104:94-100.
7. Yih W-Y, Kratochvil FJ, Stewart JCB. Intraoral minor salivary gland neoplasms: Review of 213 cases. Oral Maxillofac Surg. 2005;63:805-10.
8. Ferry JA, Yang WI, Zukerberg LR, Wotherspoon AC, Arnold A, Harris NL. CD5+ extranodal marginal zone B-cell (MALT) lymphoma. A low-grade neoplasm with a propensity for bone marrow involvement and relapse. Am J Clin Pathol. 1996;105:317.
9. Di Palma S, Simpson RHW, Skalova A, Leivo I. Major and minor salivary glands. Salivary duct carcinoma. In: Cardesa A, Sliotweg PJ, editor. Pathology of the head and neck. Berlin Heidelberg New York: Springer; 2006. p. 154-5.
10. Loré J, Medina J. Cirugía de cabeza y cuello. 4ta. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.

Recibido: 10 de marzo de 2010.

Aprobado: 5 de mayo de 2010.

Dr. Carlos Frómeta Neira. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, Ciudad Habana, Cuba. E-mail: cfrometan@infomed.sld.cu