

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente
«Dr. Gustavo Aldereguía Lima», Cienfuegos

LINFOMA NO HODGKIN DE LA ÓRBITA DIAGNOSTICADO POR BIOPSIA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA PRESENTACIÓN DE CASO

Juan Ramón Alegre Núñez,¹ Bárbara T. Ríos Araujo,¹ Josefina García Granda¹ y Elvira Machado Héctor²

RESUMEN: Se informa el caso de una paciente femenina de 60 años con historia de presentar protrusión de ambos globos oculares de aproximadamente 7 años de evolución con varios estudios realizados sin concluirse diagnóstico. Se le realiza una biopsia de órbita mediante el método de aspiración con aguja fina y bajo control ultrasonográfico. Se diagnosticó Linfoma no Hodgkin.

Descriptores DeCS: LINFOMA NO HODGKIN/ diagnóstico/Linfoma nottidgjub quimioterapia; BIOPSIA CON AGUJA.

Los linfomas son tumores malignos originados en las células del sistema inmuno y se divide en enfermedad de Hodgkin y linfomas malignos.

Los linfomas no Hodgkin son aproximadamente tres veces más frecuentes y se localizan por orden de frecuencia en el aparato gastrointestinal, médula ósea, hígado, bazo, nasofaringe, pulmón y piel, más raramente infiltran tiroides, testículos, riñón, ovario, pericardio y órbita.^{1,2}

Los linfomas son tumores malignos de la órbita, raros, que pueden presentarse por término medio en pacientes mayores de 55 años.³ Es por ello que nos motivamos a presentar el caso, quizás uno de los primeros reportes en el país de Linfoma no Hodgkin

diagnosticado por biopsia de órbita utilizando la aspiración con aguja fina guiado por ultrasonido como método novedoso para el estudio de las enfermedades tumorales orbitarias.

Presentación del caso

Paciente femenina de la raza blanca y de 60 años de edad, con historia de presentar protrusión de los globos oculares, más del derecho, de aproximadamente 7 años de evolución.

APP Operada de Nódulo de mama.
Parálisis facial periférica derecha.

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

² Especialista de I Grado en Oftalmología. Profesora Instructora.

Dos biopsias de tiroides negativas (1994).

Biopsia de órbita: tejido inflamatorio de la retro órbita (1994).

Tomografía Axial Computarizada, resonancia Magnética Nuclear y Ultrasonido años 93 y 94 que evidencian masa tumoral peri y retro ocular mayor en CD.

En febrero de 1996 ingresa en el Servicio de Oftalmología de nuestro hospital.

DATOS AL EXAMEN FÍSICO

Mucosas húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado. No estertores.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos. No soplos.

Tensión Arterial: 120/80.

Abdomen: Suave, depresible. Se palpa borde hepático, no doloroso a la palpación.

No edema en miembros inferiores.

Sistema Hemolinfopoyético: Se palpa adenopatía de 1 cm de diámetro, dura, algo adherida en zona supraclavicular derecha.

Examen Físico Oftalmológico

Agudeza Visual Presión Ocular

OD cd 1m OD 16 mm Hg

OI cd 3m OI 15 mm Hg

Marcada proptosis de ambos ojos con edema palpebral mayor en ojo derecho, quemosis a hiperemia de la conjuntiva en la zona de inserción de ambos rectos medios.

Opacidad de ambos cristalinos que no permite visualizar el fondo de ojo.

Modalidad ocular conservada.

Exoftalmometría: Base 102 mm.

OD - 28 mm.

OI - 24 mm.

Complementarios

Hemograma con diferencial: Normal

Eritrosedimentación: 13 mm/h

Lámina periférica: Leucocitos y plaquetas adecuadas.

Hemoquímicos: Normal

Rx Senos Perinasales: Normales

Rx Tórax: Negativo

UTS Órbita: Masa tumoral retro y periorcular en ambos ojos, mayor en el OD (figuras. 1 y 2).

UTS Abdominal: Hepatomegalia de 2 a 3 cms. Resto sin alteraciones.

Medulograma: No infiltraciones modular.



FIG. 1. Corte sagital de la órbita: Se observa masa tumoral retro y periorcular de ambos globos oculares.



FIG. 2. Corte coronal de la órbita: Observe tumoración retro y periorcular de ambos globos oculares.

Se decide realizar biopsia por aspiración con aguja fina BAAF el 28 de febrero de 1996, con la paciente en decúbito supino se le instila colirio anestésico y se procede a la asepsia y antisepsia de la zona de punción en el cuadrante nasal inferior. Respetando las estructuras anatómicas de la órbita se introduce aguja calibre 22, de 3,5 cms de longitud, concentrada a una jeringuilla de 10 ml. Se comprueba mediante equipo de ultrasonido Combinson que estamos en la zona tumoral donde se procede a hacer leves giros desde distintas posiciones a la vez que se iba aspirando. Al retirar la aguja, el contenido fue expelido en cuatro portaobjetos y se procedió a realizar frotis.

Se informó: Sangre con abundantes linfocitos que muestran atipia de diversos grados, algunos tumorales compatibles con Linfoma no Hodgkin.

El 29 de febrero de 1996 se realiza exéresis para biopsia de la adenopatía supraclavicular. Se reafirma el diagnóstico: Linfoma no Hodgkin de células pequeñas y grandes según Keiles y Controblástico.

Se interconsulta la paciente con Oncología y se decide comenzar poliquimioterapia indicada.

A los 4 meses de tratamiento se repite oxofthalmometría. Base 102 mms; OD: 19 mms, OI: 16 mms.

Se realiza tomografía evolutiva al año, donde se aprecia la hiperdensidad que engloba la musculatura y el nervio óptico que han disminuido notablemente.

Comentario

El abordaje de la órbita para el estudio de las lesiones retrooculares hasta ahora se hacía algo difícil. Sin embargo, al comenzar a utilizar este método de biopsia por aspiración con aguja fina y si seguimos la técnica publicada para los aspirados tiroideos,^{4,5} con la ayuda, además, de un equipo de ultrasonido que nos permita comprobar que estamos aspirando justamente en la lesión que deseamos estudiar, conside-

ramos que facilita el trabajo a los oftalmólogos, que a diario penetramos por punción la órbita para producir anestesia. Recomendamos comenzar a incorporarlo como uno de los primeros exámenes que debemos realizar en el estudio de las enfermeda-

des retrorbitarias. Por lo que se demuestra una vez más que la biopsia por aspiración con aguja fina es un procedimiento rápido, indoloro, barato, de fácil realización y que nos puede llevar a un diagnóstico con escasa molestia y sin riesgos para el paciente.

SUMMARY: The case of a 60-year-old female patient that presented protrusion of both eyeballs of approximately 7 years of evolution is reported. Several studies had been conducted, but there was not a final diagnosis. A biopsy of the orbit was performed by fine needle aspiration under ultrasonographic control. A non-Hodgkin lymphoma was diagnosed.

Subject headings: LYMPHOMA, NON-HODGKIN/ diagnosis/ Linfoma, non-ttodgkin/drug therapy; BIOPSY, NEEDLE.

Referencias Bibliográficas

1. Miller TP, Jones SE. Enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin. En: Stein JH. Medicina interna. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1988;t1, vol 2:1134-43.
2. Pomilla PV, Morris AB, Jawarek A. Sinonasal non-Hodgkin's lymphoma in patients infected with human immunodeficiency virus: report of three cases and review. Clin Infect Dis 1995;21(1):137-49.
3. Allen JH. May Manual de las Enfermedades de los ojos. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1979:294-308.
4. Yakulis R, Dawson RR, Wang SE, Kennerdell JS. Fine needle aspiration diagnosis of orbital plasmacytoma with amyloidosis. A case report. Acta Cytol 1995;39(1):104-10.
5. Bäckdahl M, Wallin G, Cöwhagen T, Aver 6, Grandberg. Citología de biopsia con aguja fina y análisis de DNA: Su importancia para valorar y tratar pacientes con neoplasia tiroidea. Clin Quir Norteam 1988;211-13.

Recibido: 1 de abril de 1999. Aprobado: 3 de abril de 1999.

Dr. *Juan Ramón Alegre Núñez*. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente «Dr. Gustavo Aldereguía Lima», Cienfuegos.