

Linfoma MALT en diferentes localizaciones

MALT lymphoma in different locations

**MsC. Ana Dolores Izquierdo Calzado, MsC. Juan Carlos Espinosa Expósito,
Dr. José Jardón Caballero, Dr. Jesús Díaz Fondén y Dra. Frida Yarina González Núñez**

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describen 3 casos de pacientes con linfoma MALT, diagnosticados, tratados y seguidos en la consulta de hematología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba, a la cual fueron remitidos por gastroenterólogos, otorrinolaringólogos y maxilofaciales de la mencionada institución. Uno de los afectados presentaba una masa tumoral gástrica y en nasofaringe, aparecida en diferentes momentos; otro un tumor linfoide en el paladar duro, que recurrió en ganglios infradiaphragmáticos; y un tercero un nódulo linfoide en la glándula salival parótida unilateral, con recidiva en ganglios regionales después de haber sido extirpado. Todos experimentaron una buena respuesta clínica al inicio del tratamiento convencional, pero en 2 de ellos se confirmaron reapariciones no locales del proceso morboso.

Palabras clave: linfoma MALT, hematología, tratamiento convencional, recidiva.

ABSTRACT

Three cases of patients with MALT lymphoma are described, who were diagnosed, treated and followed up at the hematology department of "Saturnino Lora" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba, to which they were referred by gastroenterologists, otolaryngologists and maxillofacial specialists of that institution. One of those patients presented with a nasopharyngeal and gastric mass, which appeared at different times; another patient had lymphoid tumor of the hard palate, which recurred in infradiaphragmatic lymph nodes; and a third one had a lymphoid node in the unilateral salivary parotid gland with recurrence in regional nodes after having been removed. All experienced a good clinical response at the beginning of conventional treatment, but in 2 of them non-local recurrences of the disease process were confirmed.

Key words: MALT lymphoma, hematology, conventional treatment, recurrence.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (linfomas MALT, por sus siglas en inglés) o maltoma, se refiere al linfoma no Hodgkin de linfocitos B, de la zona marginal, extranodal, introducida por Isaacson y Wright en 1983. Posteriormente, dicho término se amplió y abarcó proliferaciones linfoides, originadas en el epitelio glandular de diferentes órganos, a saber: ¹⁻³ estómago, duodeno, glándulas salivales, lagrimales, tiroides, piel, senos paranasales, orofaringe, paladar blando, traquea, lengua e, incluso, en neoformaciones linfoides de localización no epitelial, como las que asientan sobre el tejido blando orbitario, en el sistema nervioso central y en algunos casos raros en coincidencia con otros tumores.^{4, 5}

Desde el punto de vista clínico, los linfomas MALT extragástricos son poco frecuentes.⁶⁻⁹ En la localización oral se afectan principalmente las glándulas salivales, amígdalas y paladar. Estos tumores tienden a permanecer localizados durante largos períodos en la mucosa de origen, con un pronóstico favorable, y responden bien a la mayoría del tratamiento, por lo que inicialmente se tiende a utilizar opciones terapéuticas poco “agresivas”; sin embargo, las recidivas locales son frecuentes, inclusive, al cabo de varios años del primer diagnóstico.⁸

Los linfomas salivares son poco comunes y la localización más habitual es en la glándula parótida (en 75 % de los casos), seguida de la submaxilar (23 %) y la sublingual (1 %).

Asimismo, predominan en el sexo femenino, en una proporción 1,5:1 y el tratamiento de elección es el quirúrgico, seguido en orden de frecuencia por la radioterapia; la quimioterapia se recomienda en los estadios avanzados.^{8, 9}

En el estómago, la infección crónica por la bacteria *Helicobacter Pylori* es la responsable de la aparición del tejido MALT, con una tasa de infección cercana a 100 %.

Se plantea que el linfoma MALT gástrico es una neoplasia que produce escasas manifestaciones clínicas en sus estadios iniciales e, incluso, puede ser asintomático.¹⁰

El diagnóstico es fundamentalmente histológico y se basa en la gastroscopia, con toma de muestra para biopsia.

La división en linfoma de bajo y alto grado se hace según la proporción de células blásticas en la lesión.^{1, 2}

Se sugieren varias posibilidades terapéuticas: ^{1, 10} para erradicar el *Helicobacter Pylori*, intervención quirúrgica, quimioterapia, radioterapia y, por último, complementación de esas modalidades de tratamientos.

CASOS CLÍNICOS

- Caso 1: Estómago-rinofaringe

Paciente de 68 años, con antecedente de molestias digestivas gástricas, sin mucha relevancia.

Se realizó endoscopia, mediante la cual se visualizó un tumor gástrico (*Helicobacter Pylori* positivo) y se tomó muestra para biopsia.

Tratamiento inicial: gastrectomía parcial

Diagnóstico anatomopatológico: linfoma MALT

Tratamiento: amoxicilina, claritromicina y omeprazol. A los 3 meses, como mantenía cifras bajas de hemoglobina y nivel inferior normal de leucocitos y plaquetas, se le añadieron vitamina B-12 e hierro por vía parenteral.

Exámenes de hemoquímica e imagenológicos: resultados normales.

Al cuarto mes el paciente presentaba voz nasal y obstrucción nasal progresiva, sin secreciones, por lo cual se le realizó nasofibroendoscopia, donde se observó una gran masa tumoral que ocluía las coanas y un tumor neovascularizado en rinofaringe, que infiltraba la pared posterior.

Teniendo en cuenta el resultado de la biopsia se diagnosticó un linfoma no Hodgkin linfocítico B.

Se indicó quimioterapia con protocolo CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) y comenzó a evolucionar favorablemente, pues desde el segundo ciclo de tratamiento se le había normalizado la voz y reducido el tumor.

Clínicamente presentó mejoría general, con ganancia de peso corporal y elevación de los parámetros del hemograma. Esperaba culminar el octavo ciclo de quimioterapia para ser evaluada mediante endoscopia.

• Caso 2: Paladar duro

Mujer de 60 años de edad, de procedencia urbana, con antecedentes de hipertensión arterial, quemaduras graves (de 70 %), portadora del virus de la hepatitis B, así como fumadora inveterada, quien acudió a la Consulta de Maxilofacial por presentar, desde hacía 4 meses, una masa tumoral en el lado derecho del paladar duro, de crecimiento lento, que le desplazaba la prótesis.

Todos los exámenes complementarios efectuados (radiografía de tórax, senos paranasales, cráneo y ecografía abdominal) resultaron normales.

Los resultados de la biopsia de la lesión confirmaron el diagnóstico de linfoma no Hodgkin de bajo grado de malignidad. Se indicó quimioterapia con protocolo CHOP (8 ciclos completos), luego de la cual el tumor desapareció totalmente y pudo reutilizar su prótesis desde los primeros ciclos.

Posteriormente, 12 años más tarde, le aparecieron ganglios en las regiones crural derecha, periaórtica e hilio hepático, así como linfedema en miembro inferior derecho. La fémina mantenía buen estado general y no presentaba síntomas B.

Los resultados de la biopsia de ganglio crural corroboraron que se trataba de un linfoma linfoplasmocitario, por lo cual la paciente volvió a recibir 8 ciclos de quimioterapia. Esta vez la remisión fue parcial, pues permaneció una adenomegalia de 3 cm aproximadamente en la región crural y a los 5 meses habían aumentado los ganglios en las regiones retroauricular izquierda, en ambas regiones crurales y existía una masa tumoral superficial de 4 cm en el lado izquierdo del tórax.

Se indicó 6 ciclos de tratamiento con Leukeran-prednisona y se obtuvo mejor respuesta clínica; solo persistió un ganglio de 3 cm aproximadamente en la región crural. Esta paciente, quien mantenía excelente estado general, recibió radioterapia.

- Caso 3: Glándula parótida

Hombre mestizo de 76 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes de adenoma prostático asintomático y artrosis en la columna cervical lumbosacra, quien acudió a la Consulta de Maxilofacial por presentar un tumor en la glándula salival parótida izquierda (con diámetro de 2,5 cm aproximadamente), bien delimitado y de consistencia firme. No presentaba adenomegalia cervical ni en otras regiones exploradas clínicamente o mediante imágenes.

Los resultados de los exámenes complementarios efectuados (hematimetría y hemoquímica) no presentaron alteraciones.

El tumor fue extirpado, con recepción parcial de la glándula parótida comprometida.

Diagnóstico: Linfoma de glándula salival.

El paciente recibió 8 ciclos de quimioterapia (protocolo CHOP), con el cual logró la remisión de este proceso, pero 2 años después la lesión reapareció sobre la misma glándula (con diámetro de 1,5 cm). Este fue extirpado y los resultados de la biopsia corroboraron la presencia de un linfoma difuso maligno no Hodgkin de células grandes, de alto grado de malignidad. Se indicó radioterapia y nuevamente tratamiento con el mismo protocolo.

A partir de entonces alcanzó aparente remisión, pero a los 6 meses fue extirpado otro tumor, esta vez en la glándula submaxilar del mismo lado.

Informe anatomopatológico: linfoma no Hodgkin de bajo grado.

En esta ocasión no se indicó tratamiento y al cabo de los 2 meses el paciente comenzó a presentar fuertes dolores articulares, con predominio en la región lumbar y en las rodillas, que lo llevaron al encamamiento y a la infección pulmonar extrahospitalaria, hasta que finalmente falleció.

COMENTARIOS

Los primeros hallazgos de linfoma MALT, registrados desde 1983, eran asociados a glándulas. Estos se desarrollaban en sitios donde el tejido linfoide es escaso; sin

embargo, las localizaciones son cada vez más inusuales, aunque con buena respuesta terapéutica inicial, como lo observado en los casos presentados en este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Umpiérriz García I, Castellini Román V, Alonso Pereira Y, Madruga Vázquez K, Restoy Chantes A. Linfoma MALT. Presentación de 3 casos. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2008 [citado 25 Ago 2011]; 30(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol5%202008/tema14.htm>
2. Pineda Daboin KM, Rosas García G, Rosas García MI, Rosas Uribe A. Linfomas no Hodgkin extraganglionares y extraexoplénicos en la zona marginal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT). Características clinicopatológicas de 76 pacientes venezolanos. Patol Rev Latin. 2009; 47: 331-40.
3. Swerdlow SH. Classification of tumours of haemopoietic and lymphoid tissues. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008: 180-2.
4. Frómeta Neira C, González Gómez JM, Arredondo López M. Linfoma tipo MALT de glándula parótida. Rev Cubana Estomat [Internet]. 2010 [citado 25 Ago 2011]; 47(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Contreras Ibañez JA, Díaz Gómez L, Muriel Cueto P. Carcinoma renal de células claras sincrónico con linfoma no hodgkiniano de fenotipo B de tipo MALT. Actas Urol Esp [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2011]; 34(9):818-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062010000900014&script=sci_arttext
6. Sarmiento Chaveco M, Gabino López NB, De Cosio Farias A, Smith Pliego M, Durán Padilla MA. Linfomas tipo MALT de la conjuntiva. Estudio clinicopatológico de 12 casos del Hospital General de México. Rev Esp Patol [Internet]. 2011 [citado 12 Sep 2011]; 44(3): 173-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-patologia-297/linfomas-tipo-malt-conjuntiva-estudio-clinicopatologico-12-90025340-revisiones-2011>
7. Azúa Romeo J, Alfaro Torres J, Rivero D, Sánchez Marín B. Linfoma MALT primario de duramadre en una mujer de 33 años. Med Clin (Bar) [Internet]. 2003 [citado 12 Sep 2011]; 121(20): 797-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/linfoma-malt-primario-duramadre-una-mujer-33-13055417-cartas-al-editor-2003#ef3e899d4aad926f4be50f95565a3358>
8. Peces R, Vega Cabrera C, Peces C, Pobes C, Fresno MF. Linfoma de células B tipo MALT con afectación renal y gammapatía monoclonal: presentación de un caso y revisión de la literatura. Nefrología (Madrid) [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2011]; 30(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952010000600013&script=sci_arttext

9. García García J, López García F, Catarralá Torregrosa JA, Huertas Valero E. Linfoma MALT Traqueal. Primer caso en España. Med Clin (Barc) [Internet]. 2008 [citado 12 Sep 2011]; 131(12):478-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2067938>
10. Asenjo LM, Gisbert JP. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en el linfoma MALT gástrico: una revisión sistemática. Rev Española Enfermer Dig [Internet]. 2007 [citado 12 Sep 2011]; 99(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082007000700006&script=sci_arttext

Recibido: 26 de septiembre de 2011

Aprobado: 18 de octubre de 2011

Ana Dolores Izquierdo Calzado. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: anadolores@medired.scu.sld.cu