

IMAGEN 3-2013: LINFOMA DE PARÓTIDA



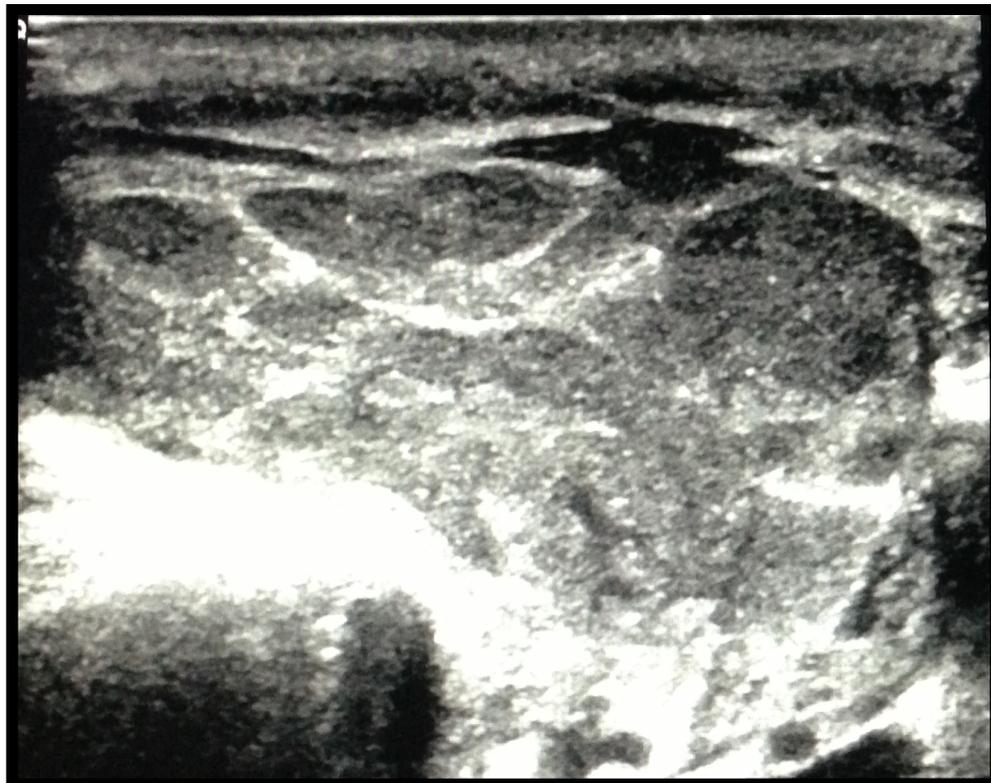
Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 15/04/2013
Aceptado: 24/04/2013

Herman Morera Hidalgo¹

¹Médico Residente en Radiología e Imágenes Médicas. SEP UCR-CENDEISS. Hospital San Juan de Dios. Correo electrónico: drmorera@gmail.com

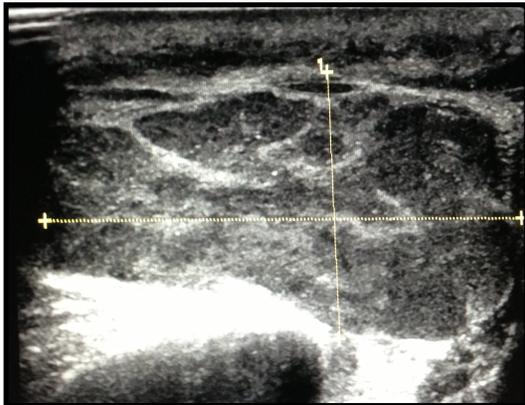


CARACTERIZACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 71 años, hipertensa con control adecuado, sin otros antecedentes médicos o quirúrgicos de relevancia. Consultó por cuadro de 8 meses de evolución, caracterizado por sensación de masa a nivel de parótida izquierda, la cual había aumentado de tamaño en los últimos meses. Lesión indolora, asociada a cambios de pigmentación de la piel y presencia de adenopatías retroauriculares y a nivel del la región II del cuello. Estudios de laboratorio dentro de límites normales.

Se realizó ultrasonido de cuello y parótidas, donde se observó la glándula tiroides aumentada de tamaño en forma difusa, con parénquima homogéneo y presencia de dos imágenes quísticas en el lóbulo derecho, de 2 x 3 mm. A nivel de parótida izquierda se documentó una masa sólida, heterogénea, multilobulada (Fig. 1), con vascularidad aumentada al doppler color (Fig. 2), de al menos 52 x 32 x 56 mm, la cual sustituye el parénquima normal de la parótida izquierda.

Figura 1. Linfoma de Parótida. La escala de grises en un corte transversal del US muestra una masa sólida, multilobulada y heterogénea que sustituye la parótida izquierda



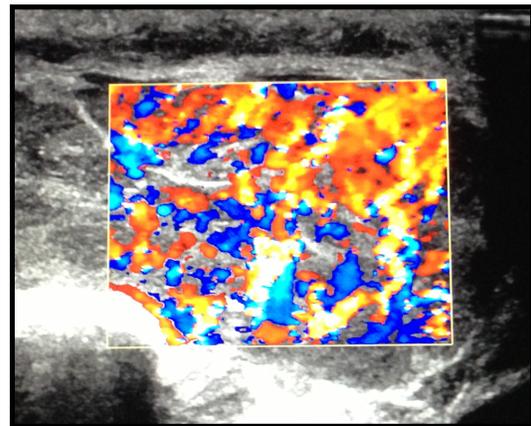
Fuente: Servicio de Radiología HSJD

Posteriormente, la paciente fue sometida a parotidectomía izquierda radical y el material se envió al Servicio de Patología del Hospital San Juan de Dios, para revisión y diagnóstico.

Hallazgos histopatológicos

La pieza quirúrgica (parótida izquierda) era de consistencia blanda, forma irregular, heterogénea, con áreas blancas y algunas amarillo claro que mostraron la presencia de un linfoma no Hodgkin, que infiltraba además el nervio facial.

Figura 2. Linfoma de Parótida. El US doppler color muestra el tumor altamente vascularizado a nivel de parótida izquierda.



Fuente: Servicio de Radiología HSJD

DISCUSIÓN

Los procesos linfoproliferativos primarios de las glándulas salivales son muy poco frecuentes. Corresponden sólo al 2 a 4.5% de todas las neoplasias de glándulas salivales. Cuando se presentan, la glándula parótida es la más frecuentemente comprometida, con una incidencia que oscila entre 50 y 93%, seguida por la glándula submandibular.

De estos procesos linfoproliferativos, la mayoría corresponde a linfomas no Hodgkin, de los cuales las formas más frecuentes son linfoma folicular y linfoma difuso de células grandes.

La incidencia de linfoma de Hodgkin de la parótida es extremadamente rara y probablemente secundaria al compromiso ganglionar intraparotídeo.

Debido a que normalmente la glándula parótida contiene numerosos ganglios linfáticos intraparenquimatosos y periglandulares, es que en

muchas ocasiones es difícil determinar si el origen de la neoplasia es primario ganglionar con infiltración a la glándula o del tejido linfóide del parénquima glandular propiamente dicho.

Clínicamente, los linfomas salivales más a menudo se manifiestan como una inflamación indolora y progresiva. Por lo general se asocian con enfermedades autoinmunes, más frecuentemente con el Síndrome Sjögren y algunas veces también con la Artritis Reumatoide.

Dentro de los hallazgos ecográficos de los casos de linfoma en la glándula salival se puede observar una lesión solitaria, hipoecoica, homogénea o heterogénea, que puede ser oval o lobulada, con bordes irregulares y algunas veces contiene tabiques ecogénicos.

Sin embargo, estas características no son patognomónicas y el linfoma no puede ser diferenciado acertadamente de otros tumores de las glándulas salivales, neoplásicos o no neoplásicos, con ultrasonido solamente.

Un patrón de múltiples lesiones hipoecoicas con aumento del flujo sanguíneo también puede ser visto. Este patrón requiere la diferenciación con procesos inflamatorios, Síndrome de Sjögren, enfermedad granulomatosa (por ejemplo sarcoidosis) y metástasis hematogena.

CONCLUSIONES

Los procesos linfoproliferativos de la glándula parótida son raros, sin embargo deben ser sospechados ante la presencia de una masa indolora, con adenomegalia regional.

El linfoma de Hodgkin es la causa más frecuente de lesión linfomatosa de las glándulas salivales.

El estudio ultrasonográfico es útil en el abordaje inicial del paciente con una masa parotídea, sin embargo, los patrones descritos en la literatura no son patognomónicos y debe hacerse diagnóstico diferencial con entidades autoinmunes e infiltrativas, de modo que está indicada la confirmación histológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahuja AT Griffith JF Wong KT. *Diagnostic imaging Ultrasound*. Amirsys Madrid España. 2007.
2. Bialek E Jakubowski W Zajkowski P Szopinski K Osmolski A. *US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls*. Radiographics 2006;26:745-763.
3. Middleton W Kurtz A Hertzberg B. *Ecografía*. 1ª ed. Marbán. Madrid España. 2007.
4. Ahuja T. *Expertddx Ecografía*. 1ª ed. Marbán. Madrid España. 2013.
5. Sofferman R. *Interpretation of ultrasound*. Ultrasound clinic 2012;7:167-190.
6. Check W Chan JKC. *Salivary gland tumors*. In: Fletcher CDM. Diagnostic histopathology of tumors. 2ª ed. New York NY: Churchill Livingstone 2002;293-297.