

Archivos de Medicina  
Asociación Española de Médicos Internos Residentes  
editorial@archivosdemedicina.com  
ISSN (Versión impresa): 1698-9465  
ESPAÑA

2005

Aránzazu Ronzón Fernández / Carmen Maciá Bobes / Olvido Fernández Diéguez /  
José Antonio Fernández Fuentes  
LINFOMA TIRODEO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO  
*Archivos de Medicina*, octubre - noviembre, año/vol. 1, número 005  
Asociación Española de Médicos Internos Residentes  
Madrid, España

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

LINFOMA TIRODEO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO  
A CASE OF PRIMARY THYROID LYMPHOMA

Autores:

Aránzazu Ronzón Fernández \*

Carmen Maciá Bobes \*\*

Olvido Fernández Diéguez \*\*\*

José Antonio Fernández Fuentes \*\*\*

\* MIR de Medicina de Familia. Centro de Salud "La Magdalena", Avilés

\*\* Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín, Avilés

\*\*\* Medicina de Familia. Área de Avilés

Correspondencia:

Carmen Maciá Bobes

Correo electrónico: [cmacb@arrakis.es](mailto:cmacb@arrakis.es)

Centro de trabajo:

Hospital San Agustín

Camino de Heros 4. 33400 Avilés. Asturias

Resumen en español:

Se presenta el caso de una mujer de 51 años que consultó por una tumoración cervical indolora de crecimiento rápido. En una primera punción-aspiración con aguja fina (PAAF) la citología fue informada como tiroiditis de Hashimoto. Ante la sospecha clínica de malignidad se efectuó una segunda PAAF, compatible con proceso linfoproliferativo. La biopsia quirúrgica mostró un linfoma tiroideo primario (LTP) no Hodgkin, de células grandes y alto índice de proliferación, para el que se inició tratamiento con poliquimioterapia. El LTP es una entidad infrecuente y constituye menos del 1 % de todos los linfomas no Hodgkin, y también menos del 1 % de las neoplasias tiroideas primarias. Se discuten las dificultades diagnósticas que plantea la enfermedad. (116 palabras)

Palabras clave: Neoplasia tiroidea primaria. Linfoma. Diagnóstico

Summary:

The case of a 51-year old woman who visited the physician because of a painless rapidly growing cervical mass is presented. The first fine-needle aspiration puncture (FNAP) leads to a cytological diagnosis of Hashimoto's thyroiditis. Due to the clinical suspicious of malignancy a second FNAP was performed with the result of a lymphoproliferative disease. The surgical biopsy shows the existence of a non-Hodgkin, large cells, high grade primary thyroid lymphoma (PTL), therefore polychemotherapy was started. The PTL is a rare entity that accounts for less than 1 % of all non-Hodgkin lymphomas and also for less than 1 % of primary thyroid neoplasms. Diagnostic difficulties of disease were discussed. (109 palabras)

Key words: Primary thyroid neoplasm. Lymphoma. Diagnosis

Bibliografía (período revisado): 1999-2004

## Introducción

El linfoma tiroideo primario (LTP) es una entidad infrecuente, que representa menos del 1 % de los tumores tiroideos primarios y en torno al 2 % de los linfomas extranodales. La mayoría son de tipo no-Hodgkin, de estirpe B y de células grandes. Suelen presentarse en pacientes de edad avanzada, con una proporción hombre / mujer de 1/3. La forma característica de presentación es un crecimiento tiroideo acelerado, que ocasiona síntomas compresivos locales.

El diagnóstico diferencial mediante citología es difícil respecto a la tiroiditis crónica linfocitaria (de Hashimoto), y también respecto a los tumores anaplásicos de tiroides. Con frecuencia es necesario recurrir al examen histológico de una pieza biopsica. El estadiaje del linfoma precisa de pruebas de imagen, habitualmente una tomografía computarizada (TC) cérvico-tóraco-abdominal, y del estudio de la médula ósea. La quimioterapia constituye la base del tratamiento, con o sin radioterapia coadyuvante.

Presentamos el caso de una paciente que consultó por una masa tiroidea indolora de crecimiento rápido.

## Caso clínico

Mujer de 51 años, postmenopáusica, fumadora de 20 cigarrillos/día e hipertensa, intervenida de un túnel carpiano derecho y con una depresión reactiva que, tras someterse a una dieta hipocalórica y adelgazar 20 Kg, notó por primera vez en julio de 2004 una masa cervical no dolorosa y sin síntomas locales.

En agosto de 2004 la exploración inicial puso de manifiesto la existencia de un nódulo tiroideo ístmico-izquierdo, de 4 x 3 cm, de consistencia media y buen ascenso con la deglución. La función tiroidea era normal y los anticuerpos anti-TPO de 1585 UI/mL (valores normales inferiores a 34). La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) mostró abundante celularidad, con predominio de linfocitos pequeños y maduros y algunas células plasmáticas; se sugirió el diagnóstico citológico de tiroiditis crónica linfocitaria.

Dos meses más tarde, en octubre de 2004, la paciente acudió espontáneamente a la consulta por un aumento de tamaño muy llamativo del nódulo izquierdo (6 cm), y por crecimiento aún mayor del lóbulo tiroideo derecho, con las consecuencias de disnea de reposo, estridor y disfagia (imagen número 1). Una segunda PAAF (del lóbulo derecho en esta ocasión), con alta sospecha clínica de malignidad, fue informada como proceso linfoproliferativo B (CD20 y CD79a positivos en el estudio inmunocitoquímico). El resultado de la biopsia quirúrgica fue de linfoma no-Hodgkin B, de células grandes y elevado índice de proliferación.

En la TC se objetivó un bocio bilateral heterogéneo, parcialmente endotorácico y con compresión de la vía aérea; asimismo se encontraron pequeñas adenopatías cervicales bilaterales (menores de 1,5 cm de diámetro) y adenopatías supraclaviculares bilaterales de diámetro comprendido entre 1,5 y 2,0 cm. El resto del mediastino, el parénquima pulmonar, las axilas, el abdomen y la pelvis eran normales. En el estudio por citometría de flujo del aspirado medular no se encontró linfoma.

El diagnóstico final fue de LTP, de alto grado de malignidad, en estadio II-A de Ann Arbor. Se administró un choque esteroideo inicial para descomprimir la tráquea, y se programó un tratamiento poliquimioterápico tipo CHOP asociado a rituximab, con control de respuesta previsto tras el cuarto ciclo.

### Discusión

El LTP se define como un linfoma que afecta exclusivamente a la glándula tiroidea (estadio I), o que invade además tejidos adyacentes al tiroides (estadio II) **(1)**. El riesgo de desarrollar un LTP se multiplica por 80 en pacientes con tiroiditis crónica linfocitaria de Hashimoto **(2)**, aunque menos de un 0,5 % de ellos se ven afectados por el tumor **(3)**. La mayoría de los LTP son no-Hodgkin, se originan en las células B, y se distinguen 6 subtipos histológicos, aunque por lo que se refiere al pronóstico existen dos grupos diferenciados: el linfoma tipo MALT ("mucosa-associated lymphoid tissue"), que supone el 6-27 % de los casos, de

comportamiento indolente en su forma localizada (estadio I), y el linfoma difuso de células grandes (70 % de los casos), mucho más agresivo, con diseminación en el momento del diagnóstico hasta en un 60 % de los pacientes **(4)**.

El diagnóstico diferencial entre el LTP, la tiroiditis de Hashimoto y el carcinoma anaplásico de tiroides ha presentado históricamente una cierta complejidad. En la década pasada las nuevas técnicas inmunocitoquímicas, con anticuerpos monoclonales para la detección de antígenos específicos, han permitido una simplificación tanto del diagnóstico diferencial como de la tipificación de la enfermedad **(5,6)**. A pesar de lo cual los hallazgos citológicos pueden conducir a error hasta en un 30-40 % de los casos **(7)**. Por ello, el diagnóstico de certeza suele estar basado en el examen de la biopsia quirúrgica del área más sospechosa. En el caso descrito, aunque la evolución clínica era altamente indicativa y la segunda citología fue informada por el patólogo como compatible con LTP, el Servicio de Hematología exigió un estudio biopsico de confirmación.

La extensión (y el estadiaje) de la enfermedad, y el control de la respuesta al tratamiento, precisan de técnicas de imagen. Se han empleado la ecografía, la TC, la resonancia nuclear magnética, la gammagrafía tiroidea, el rastreo corporal con galio **(5)** y la tomografía por emisión de positrones. En esta paciente el Servicio de Hematología procedió simplemente mediante una TC de cuerpo completo y el análisis del aspirado medular.

El tratamiento propuesto en este caso fue el habitual en los LTP de alto grado: quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (según la pauta CHOP), asociada a anticuerpos monoclonales anti-CD20. La cirugía no tiene papel más allá de la biopsia, y la radioterapia complementaria permanece como opción en dependencia de la respuesta y tolerancia a los ciclos. A pesar de una buena respuesta inicial en la mayoría de los casos, la supervivencia a los 5 años de estas formas agresivas no suele ser mayor del 50 % **(4)**.

En resumen, presentamos un caso de LTP, entidad muy poco frecuente tanto dentro del grupo de los linfomas como dentro del grupo de los tumores tiroideos.

## Bibliografía

- 1.- Ansell SM, Grant CS, Habermann TM. Primary thyroid lymphoma. *Semin Oncol* 1999;26: 316-23.
- 2.- Ehrenfeld M, Abu-Shakra M, Buskila D, Shoenfeld Y. The dual association between lymphoma and autoimmunity. *Blood Cells Mol Dis* 2001;27: 750-6.
- 3.- Schlumberger M, Pacini F. Unusual thyroid tumors. En: Schlumberger M, Pacini F, editors. *Thyroid tumors* (2nd ed.). Paris: Nucléon, 2003; p. 337-43.
- 4.- Widder S, Parieka JL. *Curr Treat Options Oncol* 2004;5: 307-13.
- 5.- Hervás Benito I, Vera Espallardo F, Saura Quiles A, González Cabezas P, Bello Arques P, Rivas Sánchez A, et al. Gammagrafía tiroidea y rastreo corporal con <sup>67</sup>Ga en un caso de linfoma tiroideo primario. *Rev Esp Med Nuclear* 2001;20: 462-5.
- 6.- Muro-Cacho CA, Ku NN. Tumors of the thyroid gland: histologic and cytologic features (part 2). *Cancer Control* 2000;7: 377-85.
- 7.- Michels JJ, Delcambre C, Marnay J, Denoux Y, Peny AM, Chasle J. Primary thyroid lymphomas: clinicopathologic study of 30 cases and review of the literature. *Ann Pathol* 2002;22:10-7.

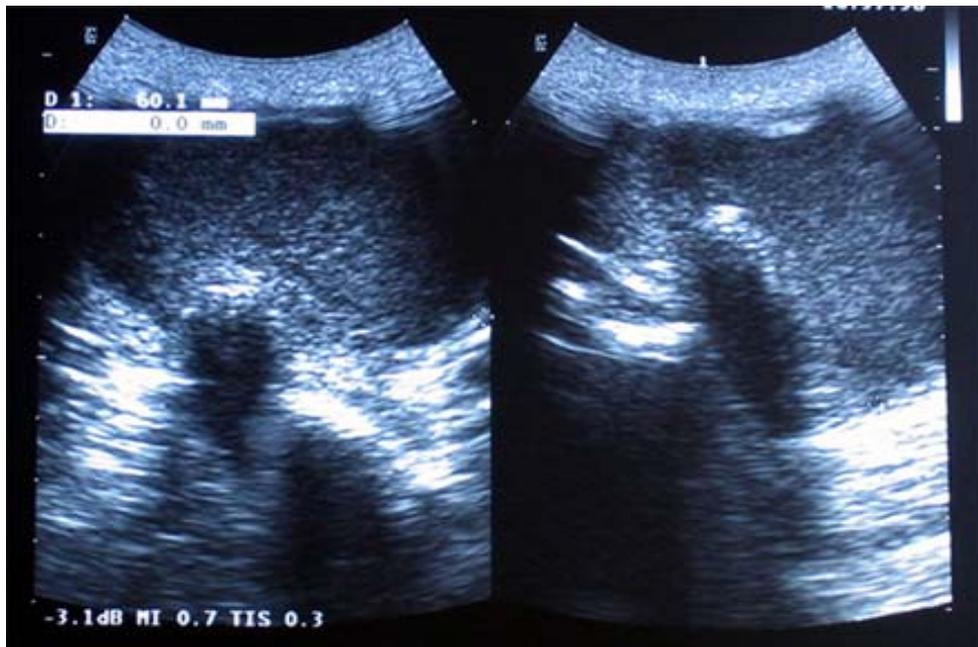


Imagen número 1: Imagen ecográfica del lóbulo tiroideo izquierdo e istmo, ocupados por una masa sólida nodular de 6 cm de diámetro máximo (octubre de 2004).