



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-083 - OBSTRUCCIÓN DE VÍA AÉREA POR LINFOMA TIROIDEO GIGANTE

Real Noval, Héctor; del Castillo Criado, Álvaro; Toledo Martínez, Enrique; Magadán Álvarez, Cristina; Gutiérrez, Gonzalo

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: El linfoma tiroideo es una entidad poco frecuente representando menos del 5% de las lesiones malignas del tiroides y solo el 1-2% de los linfomas extranodales. Suele presentarse en mujeres a partir de la sexta década de vida. Debe considerarse este diagnóstico en pacientes con masa tiroidea de crecimiento rápido.

Caso clínico: Mujer de 89 años con antecedentes de IAM, ACxFA e HTA acude a Urgencias por disnea progresiva de mínimos esfuerzos. En la auscultación destacan sibilancias bipulmonares y estridor. Se evidencia bocio grado IV indoloro que ha crecido de tamaño en los últimos 2-3 meses. El resto de la exploración es anodina. La analítica muestra normalidad en las cifras de leucocitos, Hemoglobina, función renal, ionograma y hormonas tiroideas. El TAC cervico-toraco-abdominal se informa como tiroides aumentado de tamaño que comprime e invade la tráquea con importante disminución de la luz. Se realiza BAG con resultado de linfoma B difuso de células grandes fenotipo no-GCB. El estudio inmunohistoquímico muestra expresión de CD20, BCL2 MUM-1, sin expresión de CD10, BCL-6 ni CD30. Índice proliferativo alto. Dada la edad de la paciente, comorbilidades y extensión de la enfermedad, se desaconsejó el tratamiento quimioterápico, siendo tratada sintómicamente hasta su fallecimiento. La mayoría de los linfomas tiroideos son no Hodgkin siendo el linfoma B difuso de células grandes (LBDCG) el más frecuente (50-70%) seguido por el linfoma MALT (25-30%) de mejor pronóstico. Los LBDCG a su vez se subdividen en semejantes a linfoma de centro germinal (GCB) si presentan CD10+ o CD10-BCL6 + MUM-1 y mejor pronóstico con rituximab, frente a los no GCB. Existe relación entre los linfomas tiroideos y la tiroiditis de Hashimoto hasta en un 90% mayormente con el linfoma MALT. El síntoma habitual es una masa cervical de crecimiento rápido, pudiendo asociar síntomas de compresión tales como disnea o disfagia. En su diagnóstico diferencial destaca sobre todo el cáncer anaplásico tiroideo. El paciente suele ser eutiroideo, aunque hasta en un 10% pueden ser hipotiroideos. La clasificación de Ann Arbor estadifica los linfomas en: Estadio IE: enfermedad confinada al tiroides; estadio IIE: enfermedad confinada a tiroides con adenopatías regionales; estadio IIIIE: afectación ganglionar supra e infradiaphragmática y/o afectación esplénica y estadio IV: afectación nodal diseminada y/o afectación extranodal. El tratamiento del linfoma tiroideo está en discusión. El papel de la cirugía parece limitarse al linfoma MALT localizado (pudiéndolo asociar a radioterapia) y en biopsias excisionales o cirugía paliativa. La radioterapia aislada puede ser válida para linfomas MALT localizados. En los LBDCG el tratamiento es la quimioterapia (régimen CHOP) pudiendo asociar radioterapia en linfomas agresivos localizados. En los últimos años se está instaurando el

tratamiento con rituximab (anticuerpo monoclonal anti-CD20). Los factores pronósticos más importantes son el estadio, variante histológica, edad y comorbilidad del paciente.

Discusión: Ante un nódulo tiroideo de crecimiento rápido es necesario descartar con prontitud el linfoma tiroideo ya que el tratamiento en estadios iniciales tiene una supervivencia a 5 años en algunas series cercanas al 80-90%.