

LINFOMAS HODGKIN Y NO-HODGKIN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

A. ENRIQUE, J. L. QUESADA, J. LORENTE, D. LÓPEZ

SERVICIO DE ORL. HOSPITAL VALL D'HEBRON. BARCELONA.

RESUMEN

Los linfomas de cabeza y cuello aparecen tanto a nivel de los ganglios cervicales como en áreas extraganglionares como el anillo de Waldeyer, la cavidad nasal, la glándula tiroides y la glándula submaxilar. Aunque anatómicamente próximos, los linfomas que se presentan en el área ORL tienen unas características clínicas diferentes si se trata de un linfoma Hodgkin o No-Hodgkin. Hemos incluido en el estudio 31 pacientes con linfoma que fueron diagnosticados en nuestro departamento entre 1999 y 2001. En todos ellos se estudiaron diferentes variables clí-

nicas que nos permitieran evaluar las diferencias existentes entre los pacientes con linfoma Hodgkin y aquellos con linfoma no-Hodgkin. En ambos tipos de linfoma la manifestación clínica inicial fue una adenopatía cervical. Los pacientes con linfoma no-Hodgkin tienen con más frecuencia afectación extranodal y se presentan en estadios más avanzados que el linfoma Hodgkin. Es importante incluir al linfoma dentro del diagnóstico diferencial de las adenopatías cervicales o de lesiones de área otorrinolaringológica.

PALABRAS CLAVE: Linfoma. Adenopatía cervical. Hodgkin. No-Hodgkin.

ABSTRACT

HODGKIN AND NON-HODGKIN LYMPHOMAS IN ENT

Lymphomas of the head and neck arise in lymph nodes and extranodal areas as Waldeyer ring, nasal cavity, thyroid gland and salivary glands. Though anatomically in close proximity, lymphomas presenting at the ENT area have different clinical characteristics if they are Hodgkin or Non-Hodgkin. We included 31 patients with the diagnosis of lymphoma and diagnosed in our Department

between 1999 and 2002. We studied all the different variables that differentiate Hodgkin and Non-Hodgkin's lymphoma. Both types of lymphoma usually present as a cervical mass. Non-Hodgkin lymphoma have extranodal involvement more frequently and also a more advance disease at diagnosis. It is important to include the lymphoma in the differential diagnosis of any cervical mass or ENT lesion.

KEY WORDS: Lymphoma. Cervical adenopathy. Hodgkin. Non-Hodgkin

Presentado en LIII Congreso Nacional de la SEORL y PCK celebrarlo en la Coruña del 24 al 28 de junio de 2002.

Correspondencia: Juan L. Quesada. Pº San Gervasio 59. 08022 Barcelona.

E-mail: jlquesad@vhebron.net

Fecha de recepción: 6-2-2004

Fecha de aceptación: 27-8-2004

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son una causa frecuente de aparición de adenopatías malignas en la cabeza y el cuello¹. Constituyen un amplio conjunto de enfermedades linfoproliferativas que generalmente se clasifican en linfomas Hodgkin (LH) y no Hodgkin (LNH). Los LH raramente presentan afectación extranodal (1%), en contraste con los LNH en los que aparece en un 25-30%^{2,3}. La afectación extranodal más frecuente de los LNH es el anillo de Waldeyer en más del 50% de los casos⁴. El tratamiento de este tipo de neoplasias varía desde la simple observación hasta la combinación de quimio-radioterapia⁵. La supervivencia es también diferente en función de la histología del linfoma, siendo superior en los LH respecto a los LNH⁶.

Se realizó un estudio en el que se evaluaron los parámetros epidemiológicos y clínicos de los linfomas. Posteriormente se establecieron las diferencias observadas al comparar ambos tipos de linfoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo, revisando los casos de linfoma con afectación de cabeza y cuello que fueron diagnosticados en el servicio de ORL de un Hospital de 3^{er} nivel entre 1999 y 2001. En todos los casos la forma de presentación fue en el ámbito ORL.

Para el diagnóstico inicialmente se realizó una punción aspiración con aguja fina (PAAF) en los casos en los que ésta era accesible (masas cervicales, cavidad oral y fosa nasal). Si el diagnóstico de sospecha con la PAAF era de linfoma, para la confirmación se empleaba la biopsia incisional de la lesión bajo anestesia local.

A cada paciente se le asignó un diagnóstico histológico según la RYE para los LH y de acuerdo a la *Working Formulation* para los LNH⁷.

El estadiaje clínico se realizó según la clasificación Ann Arbor para los dos tipos de linfoma⁸.

De las historias clínicas se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, forma de presentación, manifestaciones clínicas, estadiaje, tratamiento y evolución.

Todos los datos obtenidos de los pacientes se compararon entre los dos grupos de linfoma Hodgkin y No-Hodgkin.

RESULTADOS

Incluimos en el estudio 31 pacientes de los cuales 20 eran varones y 11 mujeres con una

edad media de 45,5 años (rango 20-78). En 9 casos la histología del linfoma fue Hodgkin (5 varones y 4 mujeres) y no-Hodgkin en 22 pacientes (15 varones y 6 mujeres).

La edad media de los pacientes con LNH fue algo superior (58,5 años) respecto a los pacientes con LH (42,1 años). En los pacientes menores de 50 años (13 casos) el LH fue más frecuente (7 pacientes), mientras que en los mayores de 50 años (18 casos) sólo encontramos dos pacientes con LH.

La forma de presentación más habitual fue la aparición de una adenopatía cervical. Todos los pacientes con LH y el 86,6% de los casos con LNH presentaban adenopatías cervicales en el momento del diagnóstico. Las adenopatías mediastínicas fueron igual de frecuentes en ambos tipos de linfoma, mientras que las abdominales sólo las encontramos en el 50% de los pacientes con LNH.

El 57,4% de los pacientes con LNH presentaban afectación extranodal en la región de cabeza y cuello, siendo la orofaringe la localización más frecuente (5 pacientes). El resto de los pacientes presentaban afectación naso-sinusal (4 casos), de glándulas salivares (2 casos) y de la glándula tiroidea en 1 paciente. Ningún paciente con LH presentó afectación extranodal.

En nuestra serie la presencia de síntomas constitucionales (síntomas B) en el momento del diagnóstico fue escasa. Observamos un discreto predominio de estos síntomas en los pacientes con LH, 33% frente a 27% en LNH.

En relación al estadiaje en el momento del diagnóstico observamos que todos los pacientes con LH estaban incluidos en un estadio I (33,3%) o II (63,6%). Por el contrario el 41% de los pacientes con LNH se clasificaron como estadio IV en el momento del diagnóstico.

Respecto a la supervivencia de los pacientes con linfoma, el 11% de los pacientes con LH y el 41% de los pacientes con LNH habían fallecido de su enfermedad al finalizar el estudio.

DISCUSIÓN

La edad media de los pacientes con LNH (58,5 años) coincide con otras publicaciones en las que además se pone de manifiesto que el LNH aparece en edades más tardías (42,1 años)^{1,2}. Asimismo el LNH presenta dos picos de edad mientras que el LH aumenta progresivamente su incidencia con la edad². Con el aumento de incidencia del SIDA, la prevalencia del linfoma puede verse aumentada

en el grupo de pacientes de edad media⁹. También el aumento en el número de trasplantes de órganos provoca una mayor incidencia de procesos linfoproliferativos en los pacientes con edades medias¹⁰. En cuanto al sexo encontramos una relación varón/mujer de 0,55, contraria a otros estudios en los que la incidencia en mujeres es superior¹. Algunos intentan explicar la mayor incidencia de linfoma en mujeres con la presencia de enfermedades autoinmunes. En el Síndrome de Sjögren la incidencia de LNH está aumentada probablemente en relación a una proliferación monoclonal de células-B^{2,11}.

La forma de presentación habitual de ambos tipos de linfoma en nuestro caso es la aparición de adenopatías cervicales. Este hecho nos obliga a descartar otras patologías de nuestra área, tanto inflamatorias como neoplásicas, aunque existirán algunas características de los pacientes como los hábitos tóxicos o la presencia de síntomas constitucionales que nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial. El empleo de la PAAF en las adenopatías puede ser útil para diferenciar entre carcinoma, linfoma u otro proceso inflamatorio, pero la biopsia se hace necesaria para los estudios inmunohistoquímicos y la citometría de flujo¹². En el caso de realizar una biopsia de una adenopatía o de una región extranodal, es preferible la extirpación de una adenopatía o la biopsia incisional de una masa adenopática respecto al empleo de una pinza sacabocados. Siempre la biopsia se envía sin agentes deshidratantes al anatomopatólogo e inmediatamente después de su extirpación.

La afectación extranodal es un hallazgo fre-

cuenta en los LNH, nosotros tenemos una incidencia del 57,4%, superior a la que encontramos en otros estudios¹². Por el contrario ningún paciente con LH presentó afectación extranodal. La orofaringe es el lugar más frecuente de afectación extranodal y puede variar entre el 30 y 50% de los casos^{2,4}. Es importante incluir al linfoma como diagnóstico diferencial sobre todo en las lesiones de cavidad oral, oro y nasofaringe.

Por el contrario los síntomas constitucionales fueron más habituales entre los pacientes con LH, aunque en nuestra serie la diferencia fue pequeña.

En cuanto a la supervivencia, ésta es claramente menor en el LNH debido en parte a que suelen diagnosticarse en estadios más avanzados⁸. En el LNH parece influir en la supervivencia la presencia de adenopatías en el momento del diagnóstico, indicando un peor pronóstico¹³.

CONCLUSIONES

Tanto el linfoma Hodgkin como el no-Hodgkin son procesos patológicos que están dentro de los posibles diagnósticos de nuestra área. La forma más habitual de presentación es la adenopatía cervical y en un porcentaje elevado el lugar de afectación extranodal es la zona ORL.

Para el diagnóstico además de la PAAF, suele ser necesario la biopsia incisional para obtener material suficiente que nos permita tipificar el linfoma.

La supervivencia es mayor en los LH respecto al LNH debido al diagnóstico precoz del primero.

REFERENCIAS

- 1.- Urquhart A, Berg R. Hodgkin's and Non-Hodgkin's Lymphoma of the Head and Neck Laryngoscope 2001; 111:1565-1569.
- 2.- Hanna E, Wanamaker J, Adelstein D, Tubbs R, Lavertu P. Extranodal Lymphomas of the Head and Neck: A 20-Year Experience. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 1997; 123 (12):1318-1323.
- 3.- Mok JSW, Pak MW, Chan KF, Chow J, van Hasselt CA, Med M. Unusual T and T/NK cell non-Hodgkin's lymphoma of the larynx: a diagnostic challenge for clinicians and pathologists. Head and Neck 2001; 23:625-628.
- 4.- Ezzat AA, Ibrahim EM, El Weshi A, Khafaga YM y col. Localized Non-Hodgkin's lymphoma of Waldeyer's ring: clinical features, management, and prognosis of 130 adult patients. Head and Neck 2001; 23:547-558.
- 5.- Nathu RM, Mendenhall NP, Almasri NM, Lynch JW. Non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck: a 30-year experience at the university of Florida. Head and Neck 1999; 21:247-254.
- 6.- Rowley H, McRae RD, Cook JA, Helliwell TR, Husband D, Jones AS. Lymphoma presenting to a head and neck clinic. Clin Otolaryngol 1995; 20(2):139-44.
- 7.- http://training.seer.cancer.gov/ss_module08_lymph_leuk
- 8.- <http://medinfo.uff.edu/~bms5191/lymphoma/staging.html>
- 9.- Kaplan LD. HIV-associated lymphoma. AIDS Clin Rev 1993; 94:145-166.
- 10.- Adami J, Gabel H, Lindelof B, Ekstrom K, Rydh B, Glimelius B et al. Cancer risk following organ transplantation: a nationwide cohort study in Sweden. Br J Cancer 2003; 89(7):1221-7.
- 11.- Tonami H, Matoba M, Kuginuki Y, Yokota H, Higashi K, Yamamoto I et al. Clinical and imaging findings of lymphoma in patients with Sjogren syndrome. J Comput Assist Tomogr. 2003; 27(4):517-24.
- 12.- Larson D, Robbins KT, Butler J. Lymphoma of the head and neck: a diagnostic dilemma. Am J Surg 1984; 148:433-7.
- 13.- Artese L, Di Alberti, Lombardo M, Liberatore E, Piattelli A. Head and neck non-Hodgkin's lymphomas. Eur J Cancer B Oral Oncol 1995; 31B(5):299-300.