

> EL RINCÓN DE LA ONCOLOGÍA

Linfoma del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) pulmonar

Isaura Parente Lamelas¹, Iria Vidal García¹, José Abal Arca², Juan Ortiz de Saracho Bobo¹, Rafael Castrodeza Sanz¹, Elena Castro Fernández¹, Emilio Juarez Moreno¹

¹Servicio de Neumología. Hospital El Bierzo, Ponferrada

²Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Ourense

RESUMEN

El linfoma tipo MALT, o del tejido asociado a mucosas, es un tipo de linfomas no-Hodgkin de bajo grado de malignidad, cuya localización pulmonar es excepcional y puede presentar diferentes imágenes radiológicas. Se presentan los casos de dos pacientes con linfoma tipo MALT pulmonar. Se hace hincapié en la necesidad de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares.

PALABRAS CLAVE: Linfoma, MALT, pulmón.

INTRODUCCIÓN

Los linfomas no-Hodgkin (LNH) son un complejo grupo de neoplasias, dentro de las cuales tenemos los linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), estos tumores se localizan fundamentalmente a nivel gastrointestinal. Las formas pulmonares son excepcionales, sólo suponen el 3,7% de los LNH¹, y se desarrollan a partir del tejido linfoide asociado a los bronquios (BALT)². La edad de aparición es amplia, aunque las personas menores de 30 años rara vez se ven afectadas y la mayoría de los pacientes están en la sexta década de la vida. No hay diferencias entre sexos, ni en la incidencia ni en las características¹. Presentamos dos casos de linfoma tipo MALT pulmonar diagnosticados en nuestro servicio.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Caso 1

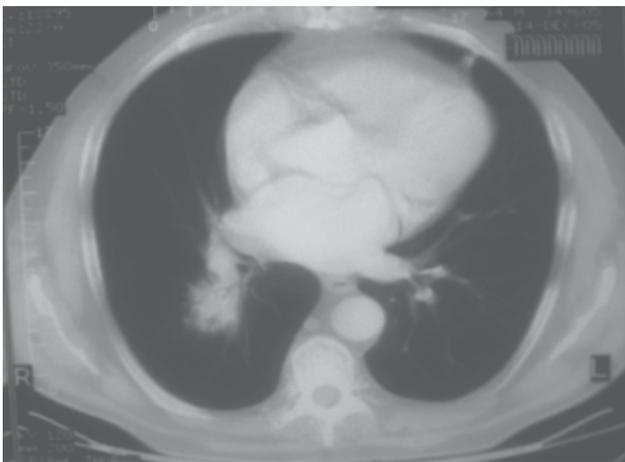
Varón de 63 años de edad, ex fumador, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular paroxística e hipertrofia benigna de próstata, que consultó por hallazgo casual en radiografía de tórax de nódulo pulmonar en lóbulo inferior derecho (LID). El paciente estaba asintomático y la exploración física fue normal. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica evidenció la presencia de consolidación de aspecto nodular con broncograma aéreo en segmento apical de LID y otra imagen nodular en el segmento lateral del mismo lóbulo (Figura 1). En la fibrobroncoscopia (FBC) no objetivaron alteraciones intrabronquiales, se realizó broncoaspirado (BAS), ce-

Correspondencia: Isaura Parente Lamelas. Servicio de Neumología
Hospital El Bierzo
Médicos Sin Fronteras Nº 7 - 24400 Ponferrada-León
Tel: 987455201

Correo electrónico: isauraparente@hotmail.com

pillado bronquial (CB) y biopsia transbronquial (BTB) sin obtenerse el diagnóstico. La tomografía de emisión de positrones (PET) mostró captación patológica de las lesiones. Con la sospecha clínica de carcinoma broncogénico se remitió al paciente al Servicio de Cirugía Torácica para toracotomía diagnóstica y terapéutica. Se realizó lobectomía pulmonar inferior derecha y linfadenectomía reglada. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de LNH tipo MALT. Actualmente el paciente continúa asintomático y se encuentra a seguimiento por el servicio de Hematología.

Figura 1.



Caso 2

Mujer de 70 años con antecedente de HTA y sin hábitos tóxicos. Acudió por clínica de tos seca y disnea. La exploración física fue normal. En la radiografía de tórax se observaron infiltrados pulmonares bibasales. La TAC torácica demostró la presencia de consolidaciones focales bilaterales con distribución predominantemente peribronquial, subpleural y basal, algunas de ellas con atenuación en vidrio deslustrado (Figura 2), a nivel mediastínico no había adenopatías de tamaño significativo. Se realizó FBC no observándose alteraciones en la visión directa y tanto la citología del BAS y CB, como la BTB y los estudios microbiológicos correspondientes, fueron negativos. Con la sospecha diagnóstica de enfermedad intersticial se remitió a la paciente al Servicio de Cirugía Torácica realizándose segmentectomía atípica de lóbulo medio derecho y superior derecho mediante

cirugía video-asistida. El resultado anatomopatológico fue compatible con LNH tipo MALT. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de valoración por el Servicio de Hematología.

Figura 2.



DISCUSIÓN

Se presentan dos casos excepcionales de LNH tipo MALT pulmonar en dos pacientes en los que el único factor de riesgo de linfomas es el antecedente de tabaquismo del primer caso. Ninguno de ellos consumía fármacos inmunosupresores, alguno de los cuales, en especial el metotrexato, se ha relacionado con esta enfermedad³, ni estaban diagnosticados de patología autoinmune, asociación frecuente en este tipo de tumores, observándose en el 36% de los casos, ya que la estimulación antigénica crónica favorece la proliferación del tejido MALT⁴.

La clínica con la que debuta el linfoma MALT pulmonar es variada. Cuando aparecen síntomas los más comunes son tos y disnea, como ocurrió en nuestro segundo caso, pero hasta en la mitad de las ocasiones el paciente está asintomático y el tumor se descubre incidentalmente en una radiografía de tórax de rutina^{5,6}, como en el primer caso. Los síntomas sistémicos, disminución de peso y fiebre, están presentes en una minoría de enfermos⁶.

La alteración radiográfica más frecuente es la presencia de infiltrados nodulares con broncograma aéreo y la consolidación alveolar⁷. Sin embargo las consolidaciones con patrón en vidrio deslustrado, que se

observan en el segundo caso no son habituales. La afectación bilateral aparece hasta en el 60% de los casos⁸. La presencia de una radiografía de tórax normal es poco frecuente⁹.

Para el diagnóstico definitivo es necesaria la confirmación histológica. Dos buenas vías de obtención de material son la FBC con BTB o la punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TAC¹⁰. En los casos que presentamos no se obtuvo el diagnóstico por estas vías y hubo que recurrir a la biopsia quirúrgica de las lesiones. Histopatológicamente se caracteriza por la presencia de folículos linfoides reactivos, infiltración difusa de linfocitos pequeños centrocitoides y lesiones linfoepiteliales. La inmunohistoquímica ayuda al diagnóstico por la expresión de antígenos B (CD20, CD79a)¹¹.

La supervivencia es variable, dependiendo de si la enfermedad es localizada o extendida y del grado histológico. Pero en general el pronóstico es favorable, siendo la supervivencia a los cinco años mayor del 80%¹. Los pacientes sin síntomas sistémicos tienen mejor pronóstico⁶.

En conclusión el LNH tipo MALT pulmonar, es una entidad infrecuente, pero hay que tenerla presente en el diagnóstico diferencial de las lesiones pulmonares, aun en pacientes sin enfermedad autoinmune de base y que no consuman fármacos inmunosupresores.

AGRADECIMIENTOS:

Al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Salamanca: Dr. Gonzalo Varela, Dr. Marcelo Jiménez, Dra. Nuria Novoa, Dr. José Luis Aranda, por su colaboración en el diagnóstico de los casos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ahmed S, Kussick SJ, Siddiqui AK, Bhuiya TA, Khan A, Sarewitz. S, et al. Bronchial-associated lymphoid tissue lymphoma: a clinical study of rare disease. *Eur J Cancer*. 2004; 40: 1320-1326.
2. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JK, Cleary ML, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study group. *Blood*. 1994; 84: 1361-1392.
3. Ebeo CT, Girish MR, Byrd RP, Roy TM, Metha JB. Metrotrexate-induced pulmonary lymphoma. *Chest*. 2003; 123: 2150-2153.
4. Chilosi M, Zinzani PL, Poletti V. Lymphoproliferative lung disorders. *Semin Respir Crit Care Medicine*. 2005; 26 : 490-501.
5. Dolz R, Toyas C, Ruiz F, Morales J.L. Nódulos pulmonares fluctuantes como forma de presentación de un linfoma MALT. *An. Med. Interna (Madrid)*. 2003; 20: 582-584.
6. Salinas J, Leiva I, González S. Proliferaciones reticulares del pulmón. *Rev Chil Enf Respir*. 2006; 22: 108 - 116.
7. Ahmed S, Siddiqui AK, Rai KR. Low-grade B-cell bronchial associated lymphoid tissue (BALT) lymphoma. *Cancer Invest*. 2002; 20: 1059 - 1068.
8. Lee DK, Im JG, Lee KS, Lee JS, Seo JB, Goo JM, et al. B-cell lymphoma of bronchus-associated lymphoid tissue (BALT): CT features in 10 patients. *J Comput Assist Tomogra*. 2000; 24: 30 - 34.
9. Wislez M, Cadranel J, Antoine M, Milleron B, Bazot M, Mayaud C, et al. Lymphoma of pulmonary mucosa-associated tissue: CT scan findings and pathological correlations. *Eur Respir J*. 1999 ; 14 (2) : 423- 429.
10. Issacson PG, Mulle-Hermelink HK, Piris MA, Berger F, Nathwani BN, Swerdlow SH, et al. Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT lymphoma). En: *World Health Organization Classification of Tumours: Pathology & Genetics Tumours of Hematopoietic and Lymphoid Tissues*. Jaffe ES, Hains NL, Stein H, Vardiman JW (Eds). IARC Press Lyon, 2001, pp 157-160.
11. Troch M, Streubel B, Petkov V, Turetschek K, Chott A, Raderer M. Does MALT Lymphoma of the Lung require Immediate Treatment? An Analysis of 11 Untreated Cases with Long-term follow up. *Anti-cancer Research*. 2007; 27: 3633-3638.