

5. Cadore EL, Moneo AB, Mensat MM, Munoz AR, Casas-Herrero A, Rodríguez-Manas L, et al. Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. *Age (Dordr)*. 2013;36:801-11.
6. Martínez-Velilla N, Casas-Herrero A, Zambom-Ferraresi F, Suarez N, Alonso-Renedo J, Contín KC, et al. Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC geriatrics*. 2015;15:112.
7. Cadore EL, Izquierdo M. Exercise interventions in polypathological aging patients that coexist with diabetes patients that coexist with diabetes mellitus: Improving functional status and quality of life. *Age (Dordr)*. 2015;37:64.
8. Broekhuizen K, Pothof A, de Craen AJ, Mooijaart SP. Characteristics of randomized controlled trials designed for elderly: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10:e0126709.
9. WHO. World report on ageing and health. 2015.

Mikel Izquierdo^{a,*}, Alvaro Casas-Herrero^b, Nicolás Martínez-Velilla^b, Cristina Alonso-Bouzón^c y Leocadio Rodríguez-Mañás^c, en representación del Grupo de Investigadores[◇]

^a Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mikel.izquierdo@gmail.com (M. Izquierdo).

◇ Más información sobre los componentes del Grupo de Investigadores está disponible en el Anexo 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.03.004>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Linfoma B en glándula tiroides: informe de un caso en paciente nonagenario



Thyroid B lymphoma: a case report in nonagenarian patient

Sr. Editor:

El linfoma primario de tiroides es una enfermedad rara en nuestro medio, la cual presenta una mayor incidencia en mujeres mayores de 60 años¹. Corresponde aproximadamente al 5% de todos los tumores malignos de la tiroides. Menos del 3% de todos los linfomas son extranodales. Por lo general se presenta como un bocio, manifestándose rápidamente con síntomas compresivos². El ultrasonido de tiroides, la aspiración por aguja fina, la citometría de flujo y la inmunohistoquímica siguen siendo las principales modalidades utilizadas para el diagnóstico de esta patología³.

El uso cada vez mayor de una biopsia con aguja fina guiada por ecografía para lograr un diagnóstico preciso de linfoma es muy variable. Según diferentes estudios, del 50-80% de los casos de linfoma tiroideo se diagnostica en función de los hallazgos de la biopsia con aguja fina, aunque generalmente es insuficiente para el diagnóstico, lo cual conlleva a realizar una biopsia quirúrgica no solo para el diagnóstico definitivo, sino también para confirmar el subtipo de linfoma^{4,5}.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 92 años de edad, dependiente parcial para ABVD; Cruz Roja mental: 1; con antecedentes personales de HTA, dislipidemia, enfermedad renal crónica estadio III, trastorno adaptativo mixto. Ingresa en la unidad de agudos de geriatría por cuadro de insuficiencia respiratoria global en el contexto de tos, expectoración, disfonía y disfagia de aproximadamente tres semanas de evolución. Previamente había recibido tratamiento con broncodilatadores, corticoide oral y antibioticoterapia por posible infección respiratoria, sin objetivar mejoría alguna.

Al ingreso presenta taquicardia (103 lpm), tensión arterial 124/78 mmHg, frecuencia respiratoria de 20rpm, temperatura 36,3 °C, saturación de oxígeno 91% aire ambiente. En la exploración física; se aprecia hiperemia faríngea; a nivel de cuello no se palpan masas pero se llegan a palpar adenopatías cervicales a nivel cervical izquierdo y a la auscultación pulmonar se evidencian roncus dispersos, el resto de la exploración es poco contributiva.

En los análisis efectuados se objetiva una anemia normocítica hipocrómica ya conocida. Con respecto a los marcadores inflamatorios, se evidencia una velocidad de eritrosedimentación elevada (70 mm/1°h), la gasometría arterial (aire ambiente, FIO₂ 21%), objetiva un pH 7,44, pCO₂ 51 mmHg, pO₂ 50 mmHg, HCO₃ 34,6 mmol/l,

saturación de oxígeno 86%, lactato deshidrogenasa normal, sin afectación electrolítica ni de enzimas hepáticas.

La radiografía de tórax muestra un aumento de mediastino, la cual sugiere la presencia de un bocio intratorácico, por lo cual se procede a realizar pruebas complementarias. La ecografía de tiroides pone en manifiesto el lóbulo izquierdo con prolongación intratorácica, la cual presenta un nódulo sólido polilobulado de 12 × 13 mm y a nivel paratraqueal izquierdo (encrucijada yugulocarotídea) un nódulo sólido de 15 mm (fig. 1). Se realiza TAC torácica en la cual se visualiza de forma añadida un desplazamiento de la tráquea hacia el lado derecho (fig. 2).

Durante su ingreso, la insuficiencia respiratoria parcial resuelve tras la introducción de espesante en la dieta pero sin embargo la disfonía persiste, por lo que se solicita colaboración con la unidad de otorrinolaringología. Se realiza laringoscopia en la cual se visualiza parálisis de la cuerda vocal y recurrente izquierdos. Posteriormente se realiza biopsia con aguja fina de tiroides con resultado posterior de la anatomía patológica de: linfoma B tiroideo de células grandes, el cual presenta inmunohistoquímica positiva para C45, CD20 y negativa para C3. De forma programada se realiza hemitiroidectomía izquierda a excepción de un fragmento que infiltraba la tráquea y la carótida primitiva sin vaciamiento ganglionar ya que no había afectación de los mismos en la anatomía patológica,

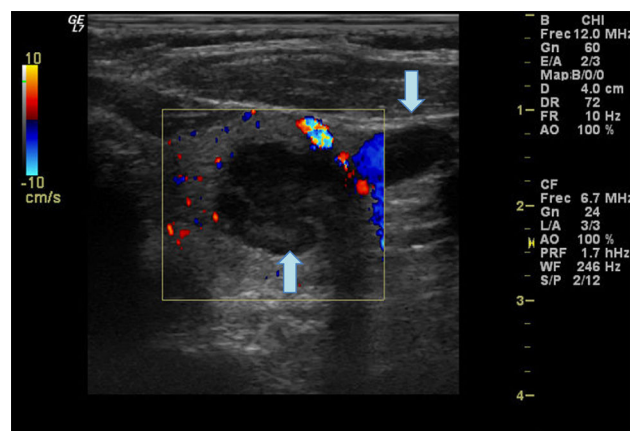


Figura 1. Ecografía Doppler en la cual se aprecia el lóbulo tiroideo izquierdo con una prolongación a nivel endotorácico, aumentado de tamaño. Presenta un nódulo sólido, polilobulado de 12 × 13 mm señalado con la flecha a nivel superior de la imagen. En su polo caudal y con prolongación intratorácica, paratraqueal izquierdo, se objetiva otro nódulo de las mismas características que el anterior de 15 mm señalado por la flecha en la parte inferior de la imagen. Este segundo nódulo se sitúa en la encrucijada de los vasos yugulocarotídeos.

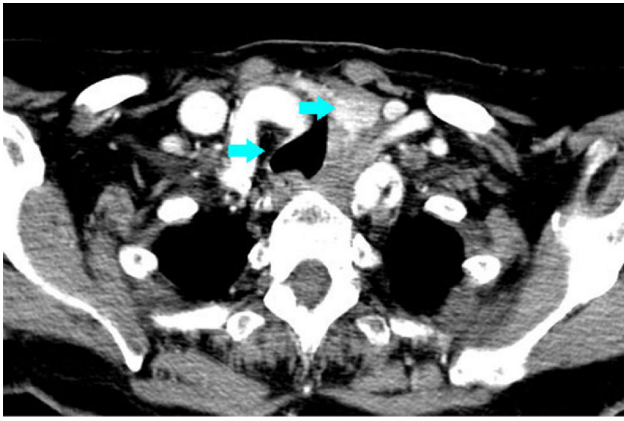


Figura 2. TAC cervical y torácica con contraste. Señalado con la flecha en la parte superior de la imagen se aprecia la glándula tiroides con alguna lesión focal hipodensa, en el lado izquierdo se hace intratorácico y con captación heterogénea. Señalado con la flecha en la parte inferior de la imagen se aprecia el desplazamiento de la tráquea hacia la derecha.

confirmando linfoma B difuso de célula grande de origen centrofolicular con posterior identificación mediante inmunohistoquímica positividad para CD20, CD10, BCL6 y KI67.

Se debe tener en cuenta a la hora de iniciar cualquier tipo de actividad terapéutica en la población geriátrica: la calidad de vida previa, los beneficios que se esperan obtener con el tratamiento y la expectativa de vida del paciente, para poder plantear un tratamiento idóneo y lo menos agresivo posible debido a sus comorbilidades. En este caso, la paciente se pudo haber beneficiado aún más si se hubiese propuesto un tratamiento quimioterápico con protocolo CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona) asociado a rituximab con o sin radioterapia. Sin embargo, se solicita colaboración con la unidad de hematología para iniciar tratamiento quimioterápico, la cual se descarta debido a las comorbilidades de la paciente, el buen estado general tras la intervención quirúrgica y los posibles efectos secundarios de la quimioterapia. Dado lo anterior se administra tratamiento paliativo con dexametasona vía oral de forma mensual.

El tratamiento y el pronóstico del linfoma no Hodgkin puede ser dividido en dos grupos por separado: tejido linfoide asociado a la mucosa pura (MALT) y linfoma difuso de células B (DLBCL) o subtipos mixtos^{6,7}. Los primeros por lo general tienen un curso indolente y pueden ser tratados con cirugía, radioterapia, o una combinación de ambos⁸. Los DLBCL son más agresivos, y la supervivencia es mayor cuando se emplea una terapia multimodal; la cual incorpora

anticuerpos monoclonales, la quimioterapia y la radioterapia⁹. El pronóstico generalmente es excelente, pero puede variar debido a la naturaleza heterogénea de los linfomas de tiroides.

En conclusión, el linfoma primario de glándula tiroides debe sospecharse en mujeres que presenten un crecimiento tiroideo rápido con clínica compresiva asociada.

Actualmente, cuatro meses después de la intervención quirúrgica, la paciente continúa asintomática, la disfonía ha resuelto y presenta buen estado general.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la unidad de ORL, Hematología y Anatomía Patológica del Hospital San Jorge.

Bibliografía

- Li B, Tang Y, Xiao D, Zhong M. Coexistence of thyroid metastasis carcinoma in the background of HT and primary thyroid mucosa-associated lymphoid tissue B cell lymphoma in a thyroid gland. *Ann Hematol.* 2010;89:1053-6.
- Li XB, Ye ZX. Primary thyroid lymphoma: multi-slice computed tomography findings. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16:1135-8.
- Penney SE, Homer JJ. Thyroid lymphoma: acute presentation and long-term outcome. *J Laryngol Otol.* 2011;125:1256-62.
- Sánchez-Vela P, Roselló-Sastre E, Cortés-Vizcaíno V, Forteza-Vila J. Classical Hodgkin's lymphoma of the thyroid. *Rev Esp Patol.* 2015.
- Stein SA, Wartofsky L. Primary thyroid lymphoma: a clinical review. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013;98:3131-8.
- Stoneypher M, Yan Z, Wasik MA, LiVolsi V. Intravascular large B cell lymphoma presenting as a thyroid mass. *Endocr Pathol.* 2014;25:359-60.
- Verma D, Puri V, Agarwal S, Bhaskar A. Primary thyroid lymphoma: A rare disease. *J Cytol.* 2014;31:218-20.
- Walsh S, Lowery AJ, Evoy D, McDermott EW, Prichard RS. Thyroid lymphoma: recent advances in diagnosis and optimal management strategies. *Oncologist.* 2013;18:994-1003.
- Yang L, Wang A, Zhang Y, Mu Y. 12 cases of primary thyroid lymphoma in China. *J Endocrinol Invest.* 2015;38:739-44.

Rolf Sander^{a,*}, Viviana Guerrero^a, Gorka Muñiz^b y José Galindo^a

^a Servicio Geriátrica, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanderrolf14@gmail.com (R. Sander).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.02.002>
0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.