

Casos Clínicos

Linfoma no Hodgkin del hueso temporal, reporte de un caso poco común

Non-Hodgkin lymphoma of the temporal bone, case report

Linfoma não Hodgkin do osso temporal, relato de caso raro

Dra. María Belén Domeg Lizardo ⁽¹⁾, Dra. Camila Gamallo ⁽²⁾, Dr. Nicolás Ottone ⁽³⁾,
Dra. Vanesa Parrondo ⁽⁴⁾, Dr. Patricio Thompson ⁽⁵⁾

Resumen

Introducción: Los linfomas tienen una incidencia en la región de cabeza y cuello del 2,5%, segundos después del carcinoma escamoso. La afectación maligna del hueso temporal es infrecuente.

Objetivo: Presentar un caso atípico de linfoma no Hodgkin tipo B de mastoides, asociado a melanoma coroideo.

Material y Método: Reporte de caso.

Resultados: Masculino de 66 años, con antecedente de melanoma ocular e hipoacusia. Acudió por presentar imagen tomográfica que ocupaba la mastoidea izquierda. Ante diagnóstico presuntivo de un secundarismo, se realizó una biopsia que informó tejido fibroso. El paciente evolucionó desfavorablemente por lo que se realizó la reexploración retroauricular mastoidea, cuyo resultado anatomopatológico indicó linfoma no Hodgkin de células B grandes. Los estudios de imágenes en busca de hallazgos de metástasis fueron negativos.

Conclusión: El linfoma no Hodgkin de células B grandes es un diagnóstico a considerar frente a un paciente con ocupación mastoidea resistente al tratamiento habitual.

Palabras clave: linfoma no Hodgkin, hueso temporal, melanoma coroideo maligno.

Abstract

Introduction: Lymphomas have a 2.5% incidence, after squamous cell carcinoma, in the head and neck region. The risk of malignancy of the temporal bone is infrequent.

Objective: To present an atypical case of a type B Non-Hodgkin lymphoma of the mastoid, associated with choroidal melanoma.

Material and Method: Case report.

Results: 66 years old masculine, with history of ocular melanoma and hearing loss. Attends medical care to check a tomographic image that shows an occupation from the left mastoid. Due to a suspected diagnosis of metastasis, a biopsy was performed; it revealed fibrous tissue. The patient's condition got worse. A retroauricular mastoid exploration was done; its anatomopathological result was non-Hodgkin lymphoma of B cells. Study images searching for metastasis were negative.

Conclusions: Non-Hodgkin lymphoma of B cells diagnosis needs to be considered in patients with mastoidal disease resistant to regular treatment.

Keywords: non-Hodgkin lymphoma, temporal bone, malignant choroidal melanoma.

Resumo

Introdução: Linfomas têm incidência de 2,5% após carcinoma espinocelular, na região de cabeça e pes-

⁽¹⁾ Médica otorrinolaringóloga jefa de residentes.

⁽²⁾ Médica residente de 3° año, servicio de otorrinolaringología.

⁽³⁾ Médico residente de 3° año, servicio de diagnóstico por imágenes.

⁽⁴⁾ Médica de planta, sector otología.

⁽⁵⁾ Médico jefe del servicio de otorrinolaringología.

Servicio de otorrinolaringología, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano.

Mail de Contacto: beldomeg@gmail.com

Fecha de envío: 22 de enero de 2022 - Fecha de aceptación: 3 de abril de 2022.

çoço. O envolvimento maligno do osso temporal é raro.

Objetivo: Apresentar um caso atípico de linfoma não Hodgkin tipo B de mastóide, associado a melanoma de coróide.

Material e Método: relato de caso.

Resultados: Homem de 66 anos com história de melanoma ocular e hipoacusia. Ele veio por apresentar uma imagem tomográfica que ocupa a mastóide esquerda. Devido ao diagnóstico presuntivo de doença secundária, é realizada uma biópsia que relata tecido fibroso; O paciente evoluiu desfavoravelmente, sendo realizado reexame retroauricular da mastóide, cujo resultado patológico indica linfoma não Hodgkin de grandes células B. Os estudos de imagem procurando por achados metastáticos foram negativos.

Conclusão: O Linfoma Não Hodgkin de Grandes Células B é um diagnóstico a ser levado em consideração em um paciente com ocupação mastóide resistente ao tratamento padrão.

Palavras-chave: linfoma não Hodgkin, osso temporal, melanoma maligno de coróide.

Introducción

Los linfomas son el segundo tumor maligno más frecuente, después del carcinoma de células escamosas, en la región de la cabeza y cuello, con una incidencia del 2,5%. La afectación maligna del hue-

so temporal es infrecuente, y algunos autores han informado que la afectación del hueso temporal por un linfoma generalizado tiene una incidencia menor al 0,2% entre todos los cánceres de cabeza y cuello.⁽¹⁾

Los linfomas se pueden clasificar ampliamente como linfoma de Hodgkin (LH) o linfoma no Hodgkin (LNH). El LNH se clasifica, a su vez, en una subcategoría: linfoma de células B, linfoma de células T o linfoma de células natural killers (NK).⁽²⁾

El linfoma difuso de células grandes B es la subunidad más grande de LNH, y se caracteriza por la afectación extraganglionar. Los sitios más comunes de afectación son el estómago y el tracto gastrointestinal; sin embargo, puede presentarse en cualquier tipo de tejido. La afectación ósea comprende el 1%-2% de los linfomas malignos y el 3%-5% de los linfomas extraganglionares. La afectación del hueso temporal es extremadamente rara, con solo unos pocos casos reportados en la literatura.⁽³⁾

Caso clínico

Paciente masculino de 66 años, con antecedente de melanoma maligno corioideo del ojo derecho, de reciente diagnóstico al momento de la consulta. Acudió derivado de otro nosocomio por presentar hipoacusia izquierda de dos meses de evolución, asociado a otalgia, mareos y tinnitus pulsátil homolateral (Figura 1).

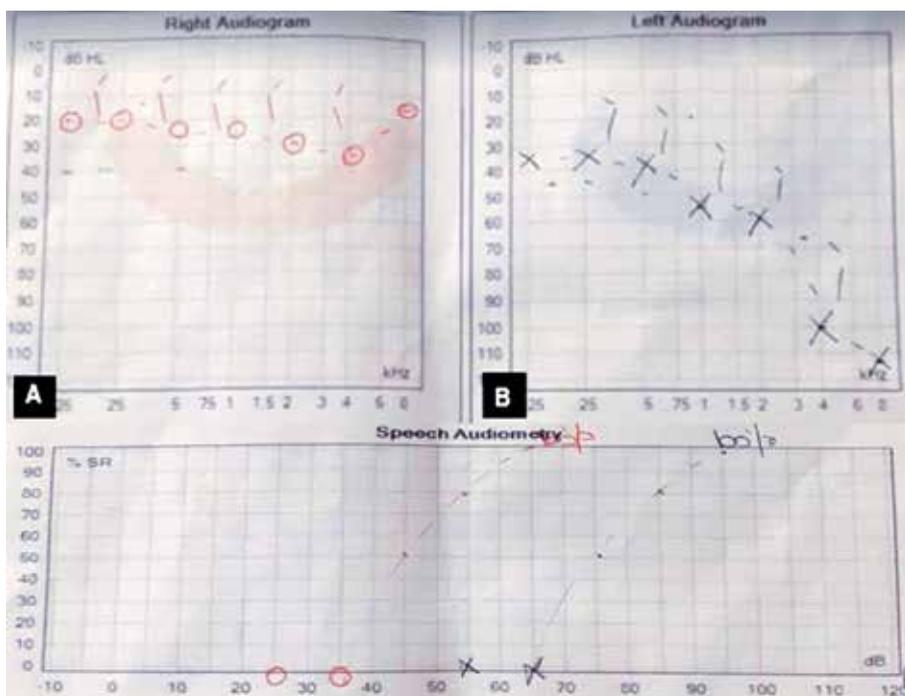


Figura 1. Audiometría tonal/logoaudiometría: A) Hipoacusia conductiva leve de 25 dB en oído derecho. B) Hipoacusia mixta moderada a severa, de 60 dB, con caída en frecuencias agudas, con GAP de 15 dB, en oído izquierdo. Abajo: correlación logoaudiométrica.

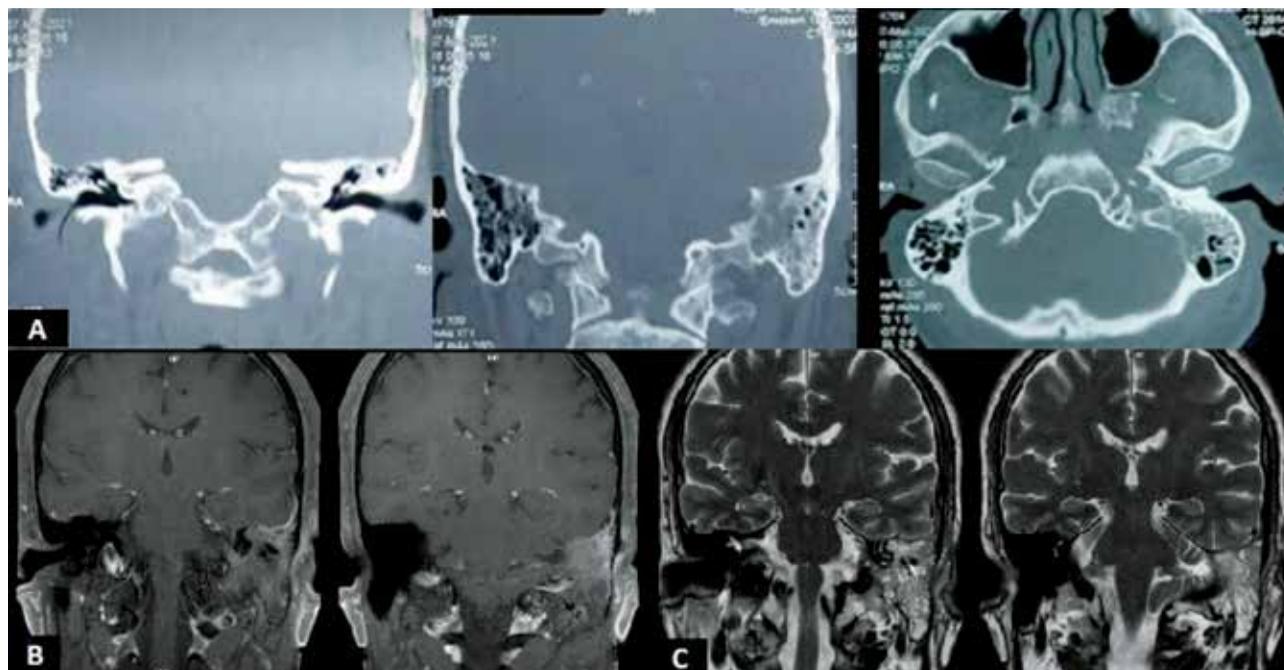


Figura 2. A) Tomografía computada de peñascos sin contraste endovenoso, corte coronal y axial: material de densidad de partes blandas ocupando celdillas mastoideas izquierdas que respeta oído medio, cadena osicular, espólón de Chaussé y laberinto óseo. Oído contralateral dentro de parámetros normales. B) Resonancia magnética de peñascos en cortes coronales: T1 con contraste, y C) Secuencia T2: se observa ocupación de celdillas mastoideas izquierdas con respeto de trabéculas óseas por material de señal hiperintensa.

En el examen físico presentaba: pabellón auricular izquierdo sin lesiones, conducto auditivo externo sin alteración a la otomicroscopia. No se evidenciaron lesiones de piel en el área retroauricular. El oído contralateral se encontraba dentro de parámetros normales.

Otoendoscopia: membrana timpánica íntegra bilateral, normoventilada. Sin lesiones. Acumetría: Weber indiferenciado. Rinne positivo bilateral.

La tomografía computada (TC) de peñascos sin contraste evidenciaba: imagen de densidad de partes blandas de aspecto homogéneo, que ocupa la totalidad de las celdillas mastoideas izquierdas, a predominio en celdillas profundas. Respetaba oído medio y laberinto óseo. Sin lesiones en oído contralateral (Figura 2A).

La resonancia magnética (RMI) con Gadolinio mostró en T1 con contraste: una lesión heterogénea isointensa con áreas de hiperintensidad que ocupaba la totalidad de la mastoides izquierda. T2: imagen heterogénea con áreas de iso- e hiperintensidad que ocupaba la totalidad de las celdillas mastoideas –«imagen en sal y pimienta»- (Figura 2B, 2C). Se decidió realizar toma de biopsia mediante mastoidectomía canal wall-up a fin de descartar secundarismo de melanoma corioideo.

El informe anatomopatológico fue compatible con un proceso inflamatorio crónico del material remitido.

El postoperatorio inmediato fue alentador debido a que el paciente refirió mejoría de la otalgia y del tinnitus. Sin embargo, 12 semanas después evolucionó desfavorablemente, con aumento del dolor e inflamación en región mastoidea y conducto auditivo externo izquierdo (Figura 3).



Figura 3. Inflamación en región retroauricular izquierda. Postoperatorio de mastoidectomía canal wall-up de 12 semanas.

Ante los diagnósticos presuntivos de mastoiditis versus colección mastoidea, se realizó una nueva tomografía control en donde se evidenció una

imagen de densidad de partes blandas que ocupaba mastoides izquierda con adelgazamiento cortical de la pared posterior mastoidea, en contacto con seno lateral (Figura 4). Se decidió la reexploración retroauricular. En ella se observó una lesión friable que ocupaba la totalidad de la mastoidectomía canal wall-up y usura a nivel de la pared posterior del conducto auditivo externo. El resultado anatomo-patológico informó linfoma no Hodgkin de células B grandes (Figura 5). El diagnóstico fue confirmado por inmunohistoquímica (Figura 6).

Se realizaron múltiples exámenes complementarios a fin de descartar secundarismo. El escaneo tomográfico con PET-TC (Figura 7), informó compromiso hipermetabólico de partes blandas en topografía temporo-occipital izquierda y laterocervical homolateral, asociado a afectación lítica por contigüidad del hueso temporal. Resto del barrido corporal total sin evidencia de captación patológica de FDG (fluorodesoxiglucosa).

Discusión

Los linfomas definidos como proliferación monoclonal maligna de células linfoides, tienen una incidencia del 2,5% en la región de la cabeza y el cuello⁽³⁾; afectan el anillo de Waldeyer, la cavidad nasal, los senos paranasales, las glándulas salivales, la glándula tiroides y la órbita. La mastoides, el oído medio y los conductos auditivos externos/internos están involucrados en menor grado. Puede aparecer en cualquier etapa de la vida con un predominio en la edad adulta y en el sexo masculino (1,5-2:1).⁽¹⁾

Algunos autores informan que el síntoma más común del linfoma primario del hueso temporal es la hipoacusia conductiva. La hipoacusia neurosensorial se produce cuando el VIII par craneal está involucrado.⁽⁴⁾ Ogawa et al.⁽⁵⁾, informaron que el síntoma inicial más frecuente es el dolor localiza-

do, secundariamente los pacientes pueden presentar una masa palpable o, raramente, parálisis del nervio facial; esto se debe que la vaina nerviosa es resistente a la invasión tumoral y se produce cuando el canal facial óseo está erosionado por el tumor. Estos trastornos malignos pueden diagnosticarse erróneamente y ser tratados como otitis recurrente. En comparación con este caso, el paciente no presentó hipoacusia conductiva ni parálisis del nervio facial, pero sí tuvo dolor (de tipo neurálgico) e hipoacusia neurosensorial unilateral izquierda.

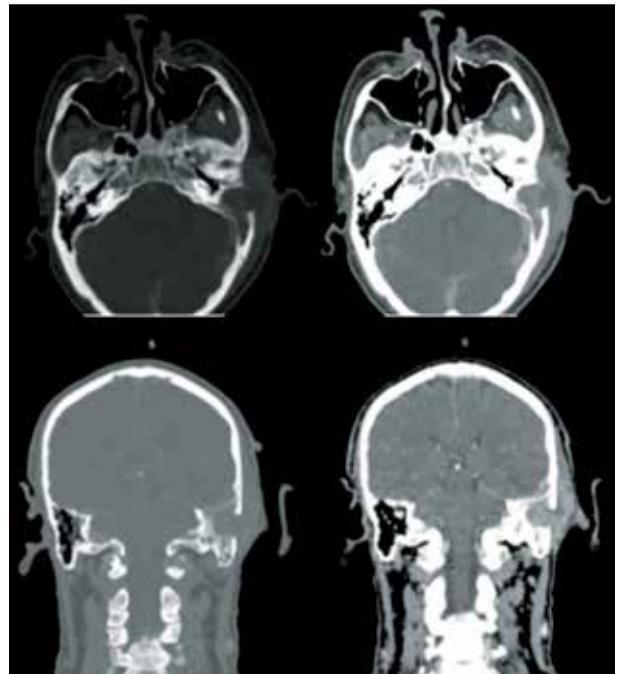


Figura 4. Tomografía computada con contraste ev. de cerebro en postoperatorio 12 semanas, reconstrucción axial y coronal: huella quirúrgica de mastoidectomía izquierda. Ocupación de celdillas mastoideas remanentes y lecho quirúrgico por material heterogéneo con centro hipodenso vinculable a material inflamatorio/necrótico, con realce periférico ante la administración de contraste endovenoso. Se evidencia adelgazamiento cortical de pared posterior de celdillas mastoideas izquierdas.

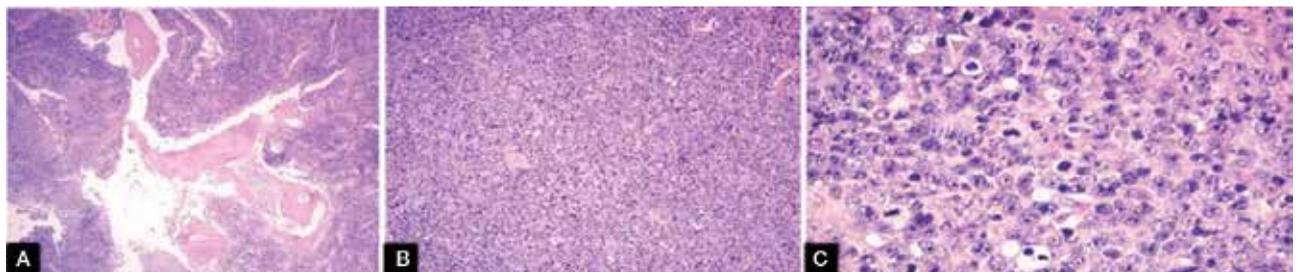


Figura 5. A) Aumento 4x. Tejido conectivo denso y trabéculas óseas laminares maduras infiltradas por una proliferación celular. B) Aumento 10x. Proliferación de células discohesivas. C) Aumento 40x. Proliferación de células discohesivas, de núcleos vesiculosos con nucléolo evidente y citoplasmas inconspicuos. Se ven numerosas figuras mitóticas.

La TC juega un papel importante en el diagnóstico: muestra la destrucción osteolítica irregular extensa del hueso temporal con opacificación de los tejidos blandos de las celdillas mastoideas y erosión de los septos intercelulares.⁽³⁾ Estas lesiones osteolíticas del hueso temporal deben considerarse como sospecha de malignidad en patologías infecciosas generales o agresivas. La TC proporciona detalles sobre el tipo de destrucción ósea, afección del oído medio, evalúa la cadena osicular, el sitio/extensión exactos del canal facial óseo intratemporal y la integridad del tegmen tympani.

El papel principal de la RMI es identificar la invasión meníngea y del parénquima cerebral para proporcionar un mapeo detallado sobre toda la extensión de la afectación de los tejidos blandos extracraniales, así como la diseminación perineural en el nervio facial.

Aquellos hallazgos radiológicos anormales que sean sospechosos de una neoplasia deben someterse a una biopsia. Delgado et al.⁽⁶⁾ describieron que una sola biopsia no podía ser suficiente en algunos casos. A su vez, Fish et al.^(7,8) informaron que la biopsia incisional podría llevar a un diagnóstico erróneo o retraso en el diagnóstico oportuno.

Conclusión

El linfoma del hueso temporal es un tumor extremadamente raro en la práctica actual, de difícil diagnóstico. Su existencia debe considerarse ante un paciente con ocupación mastoidea resistente al tratamiento habitual. La confirmación diagnóstica se realiza con la biopsia, el examen anatomopatológico e inmunohistoquímico.

Agradecimiento por colaboración

Dra. Llanos Verónica L.: Médica residente de 2º año, servicio de anatomía patológica. Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Dra. Carassai, Mónica B.: Médica jefa del servicio de anatomía patológica. Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

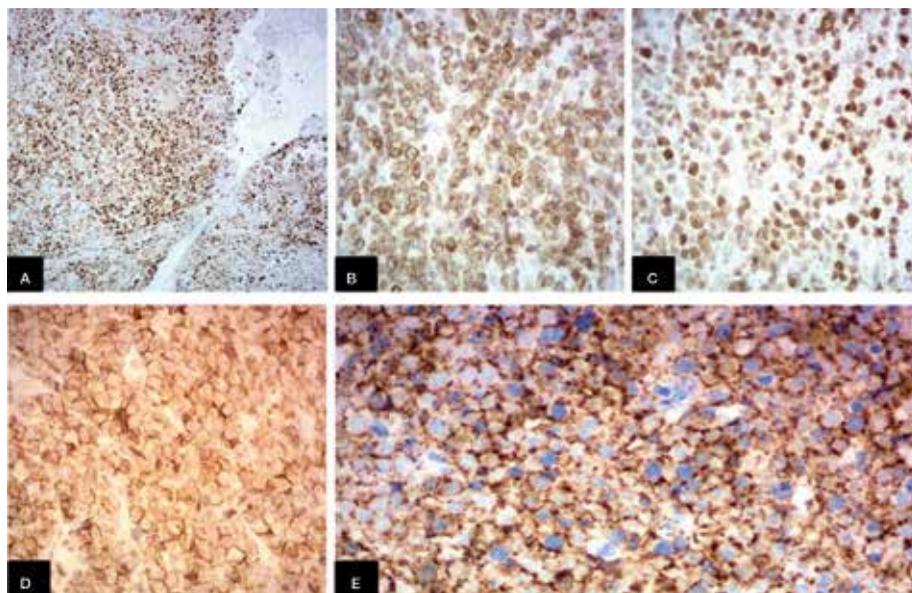


Figura 6. Inmunohistoquímica. A) Aumento 10x IHC-Ki67: actividad proliferativa aproximada del 90%. B) Aumento 40x BCL2 positivo. C) Aumento 40x IHC-BCL6 positivo. D) Aumento 40x CD20 positivo. E) Aumento 40x CD 10 positivo.



Figura 7. PET-TC: compromiso hipermetabólico de partes blandas en topografía temporo-occipital izquierda y laterocervical homolateral, asociado a afectación lítica por contigüidad del hueso temporal. No se evidenciaron hallazgos de secundarismo.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Chaker K, Ahmed B, Oukessou Y, Rouadi S, Redallah A, Roubal M, et al. Primary Non-Hodgkin Lymphoma of the temporal bone: A rare case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021; 64: 102205.
 2. Alvi S, Flynn J, Gener M, Cullen R. Burkitt lymphoma of the temporal bone. *Otol Neurotol*. 2018 Jun; 39(5): 410-2.
 3. Vaid S, Jadhav J, Chandorkar A, Vaid N. Bilateral non-Hodgkin's lymphoma of the temporal bone: a rare and Unusual Presentation. *Case Reports in Otolaryngology*. 2016(5): 1-5.
 4. Schuknecht H, Allam A, Murakami Y. Pathology of secondary malignant tumors of the temporal bone. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1968 Feb; 77(1): 5-22.
 5. Ogawa S, Tawara I, Ueno S, Kimura M, Miyazaki K, Nishikawa H, et al. De novo CD5-positive diffuse large B-cell lymphoma of the temporal bone presenting with an external auditory canal tumor. *Intern. Med*. 2006; 45(11): 733-7.
 6. Delgado A, Marco F, Martinez N, Gasso C. T cell non-Hodgkin's lymphoma of the external auditory canal. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2008 Apr; 59(4): 200-1.
 7. Fish B, Huda R, Dundas S, Lesser T. Clinical records: B-cell lymphoma of the external auditory meatus. *J Laryngol Otol*. 2002 Jan; 116(1) :39-41.
 8. Alqunae M, Aldaihani A, AlHajery M. Non-Hodgkin's Lymphoma of the Middle Ear Presenting as Mastoiditis. *Case Rep Otolaryngol*. 2018 Oct17; 2018: 7639784.
-