

MANIFESTACIONES ENDÓCRINAS MÚLTIPLES DE UN LINFOMA DISEMINADO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.
SEGURA, Gimena; ECHEGOYEN, Marisabel; ALTAMIRA, María; NEGRI, Gabriela; TORRES, Eduardo; SAVINA, Mariela; FERRADA, Pablo; JURI, Ariel; HERRERA, Javier; BRINGA, Javier
Servicio de Enfermedades Endocrino - Metabólicas. Hospital Central de Mendoza

Introducción: el linfoma difuso de células grandes B es la estirpe más frecuente (35% casos) de éstos procesos oncohematológicos. Presenta un alto índice de crecimiento, siendo según su localización nodal o extranodal (éste último en un 33% casos). Aunque el tubo digestivo es la ubicación más común, se han descrito compromiso del sistema nervioso central, piel, pulmón, hueso, hígado, riñones, tiroides y órganos genitales. Por otro lado, si bien la patología nodular tiroidea afecta hasta un 65% de la población, es maligna en un 5-15%, quedando principalmente el diagnóstico oncológico vinculado al carcinoma papilar de tiroides, que representa el 90% de los cánceres de esta glándula.

Objetivo: presentar por su infrecuente ocurrencia, un caso de linfoma difuso de células grandes B con manifestaciones endocrinológicas debidas a la afección conjunta de la tiroides y del sistema nervioso central.

Caso Clínico: paciente de sexo femenino de 23 años de edad quién presenta tres meses posteriores a su último parto una tumoración cervical anterior derecha de rápido crecimiento. La ecografía tiroidea solicitada mostró un reemplazo del lóbulo derecho por una formación nodular heterogénea, de contornos difusos, con áreas quísticas internas, de 39x30x38mm, sin adenopatías cervicales; cuya PAAF es informada como Bethesda VI. Durante la tiroidectomía total llama la atención la adherencia de la tiroides a tejidos profundos. La anatomía patológica informa: presuntivo de carcinoma medular de tiroides con infiltración capsular, de músculos peritiroideos y permeación linfática. Laboratorio: calcitonina <2 pg/ml, CEA 1.8 ng/ml. Se solicita inmunohistoquímica: Linfoma B difuso de células grandes. En su evolución se agrega en forma progresiva polidipsia y poliuria, trastornos visuales, astenia e hiporexia. Laboratorio: cortisol 0.3 µg/dl, TSH 0.13 µUI/ml (0.35-4.5 µUI/ml), T4 libre 1.14 ng/dl (0.71-1.85 ng/dl). Se realiza diagnóstico de diabetes insípida e insuficiencia suprarrenal secundaria. Resonancia magnética de cerebro e hipófisis: formación expansiva de origen extraaxial, compromete tallo hipofisario y quiasma óptico, ocupa cisterna supraselar, isoíntensa en T1 y T2, con marcado realce con gadolinio. Se extiende ocupando cisterna interpeduncular y produce compresión de pedúnculos cerebrales; cranealmente colapsa III ventrículo con marcado edema perilesional a nivel de cintillas ópticas, mide 36x35x25mm. Además 2 formaciones de similares características, de 10 mm, a nivel de fornix de ventrículo lateral izquierdo y subependimario paraventricular posterior ipsilateral. Campo visual computarizado: remanente de visión central y nasal en ojo derecho. Remanente de visión temporal inferior en ojo izquierdo. Videoesofagogastroscoopia digestiva alta: en curvatura mayor de estómago lesión proliferativa ulcerada friable rodeada de pliegues engrosados con ulceraciones. PET/TC cuerpo completo: masas hipermetabólicas supraselar que compromete tallo hipofisario y quiasma óptico con marcado edema perilesional; nódulo sólido hipermetabólico en lóbulo derecho pulmonar con engrosamiento pleural; engrosamiento de pared gástrica en curvatura mayor hipercaptante; lesión hipodensa hipermetabólica en segmento VI hepático y engrosamientos hipercaptantes de asas de intestino delgado en flanco derecho e izquierdo. Actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico y con reemplazo hormonal.

Discusión: presentamos este caso debido a los múltiples desafíos que planteó esta paciente al abordar su estudio como una patología de origen endocrinológico. En el estudio de un nódulo tiroideo, la falta de correlación entre la sospecha clínica, ecográfica y los informes de anatomía patológica llevó a la revisión de la pieza quirúrgica, lográndose así el diagnóstico definitivo. Si bien ésta patología oncohematológica raramente se presenta con múltiples manifestaciones endocrinológicas, en nuestro caso podemos explicar tanto el compromiso tiroideo e hipotalámico de la paciente.