

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### LINFOMA ORBITARIO

Por:

Dr. Aguedo M. Treto González<sup>1</sup>, Dra. Mayra Caridad Navarro Otero<sup>2</sup> y Dra. Vivian M. Guerra Morales<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Cirugía Máxilo-Facial. Servicio de Oncología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Departamento de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello. Asistente. ISCM-VC. e-mail: [ateje@capiro.vcl.sld.cu](mailto:ateje@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Servicio de Oncología. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau". Departamento de Cirugía Oncológica. e-mail: [motero@hchr.vcl.sid.cu](mailto:motero@hchr.vcl.sid.cu)
3. Doctora en Ciencias Psicológicas. Universidad Central de Las Villas. Facultad de Psicología. Profesora Titular. e-mail: [viviang@uclv.edu.cu](mailto:viviang@uclv.edu.cu)

**Descriptores DeCS:**

LINFOMA NO HODGKIN  
NEOPLASMAS ORBITALES

**Subject headings:**

LYMPHOMA, NON-HODGKIN  
ORBITAL NEOPLASMS

El linfoma no Hodgkin (LNH) es un tumor sólido del sistema hemolinfopoyético que tiene su origen, fundamentalmente, en los ganglios linfáticos, por lo que en la región orbitaria resulta poco frecuente su aparición primaria, y cuando esto ocurre, se ha observado que el diagnóstico temprano se convierte en uno de los principales problemas que enfrentan los especialistas. Es importante llegar al mismo para hacer abortar de forma efectiva la enfermedad con el tratamiento específico.

En estudios realizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología (INOR), entre los años 1970-1982, se registró solo el 5,3 % de LNH orbitario en 171 pacientes estudiados<sup>1</sup>. También en el INOR, entre 1978-1994, se estudiaron 29 pacientes que fueron informados como LNH de localización orbitaria; se señaló que no existieron diferencias significativas entre los sexos, y la edad promedio fue de 78 años. Además, la tumoración apareció en el 62 % como contenido orbitario, representó el 20,7 % en la conjuntiva y el 17,2 % en el párpado<sup>2</sup>.

Hay acuerdo generalizado en que el exoftalmos es el signo más frecuente de aparición de este tipo de neoplasia en la órbita. Esto se explica por el aumento del contenido de la cavidad orbitaria que provoca el tumor al desplazar el globo ocular. La aparición en la conjuntiva y el párpado debe corresponderse con etapas más avanzadas de la enfermedad; esto apoya firmemente la importancia del diagnóstico precoz. Los tumores malignos representan aproximadamente el 50 % de las enfermedades que afectan las órbitas<sup>3</sup>.

En una revisión de 40 años en la ciudad de México sobre los LNH de la cavidad orbitaria, se informaron 31 casos entre los años 1957-1996, y hubo predominio del sexo femenino (64,5 %); se señaló, además, que siempre que se presente proptosis en pacientes mayores de 60 años debe tenerse en cuenta el LNH como diagnóstico diferencial, y que el diagnóstico definitivo sería

mediante exámenes histopatológicos, con el apoyo del cuadro clínico y otros estudios. La terapéutica debe ser multidisciplinaria<sup>4</sup>.

### **Clasificación**

La clasificación más usada actualmente es la Formulación de trabajo de uso clínico<sup>5</sup>, propuesta en 1982 por un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- Linfoma de bajo grado de malignidad
- Linfoma de grado intermedio de malignidad
- Linfoma de alto grado de malignidad
- Otros (micosis fungoide, linfoma de Burkitt)

Existe consenso en que el uso de técnicas diagnósticas de histoquímica es necesario para la tipificación celular predominante, lo que resulta de gran importancia en el estadiamiento, tratamiento y pronóstico de la enfermedad<sup>5</sup>.

Para el estudio detallado de los casos, debe procederse con una metodología diagnóstica, y las propuestas más comunes incluyen la indicación de:

- Tomografía axial computadorizada (TAC) orbitaria
- Resonancia magnética nuclear (RMN)
- Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF)
- Biopsia por eliminación quirúrgica de la tumoración o incisional.

Son importantes, además, los estudios clínicos propios de la Oftalmología, como: grado de exoftalmos, fondo de ojo, presión intraocular, movimientos oculares (que permiten conocer los músculos afectados), agudeza visual y otros<sup>6</sup>. No debe olvidarse que estos tumores pudieran estar también presentes a niveles sistémicos, lo que no debe obviarse por quienes nos dedicamos a esta especialidad, al examinar clínicamente a los pacientes en quienes se ha diagnosticado esta enfermedad.

En nuestro hospital, entre los años 2001-2005, atendimos a tres pacientes con tumoraciones orbitarias, diagnosticadas como LNH, y el signo principal en todos fue el exoftalmos. En uno de ellos, la neoplasia fue dependiente de la glándula lagrimal; en el segundo caso, tenía su origen en el tejido linfóide de la grasa infraorbitaria; en el tercer paciente, el tumor infiltraba la conjuntiva del párpado superior. En todos, fue necesario un trabajo de psicoterapia de apoyo antes del tratamiento y después de este, pues presentaban síntomas depresivos.

Los tres pacientes habían sido valorados por varios especialistas y no se había logrado un diagnóstico de certeza para realizar un tratamiento adecuado.

Los tratamientos utilizados con mayor frecuencia en esta afección fueron la radioterapia, para los pacientes en quienes se comprobó a la órbita como única localización, y atendiendo a que su clasificación histológica era de bajo grado de malignidad.

En los casos en que existió un daño sistémico comprobado mediante estudios clínicos previos, y por su tipicidad histológica, se usó la poliquimioterapia (PQT) a base de leukeran y prednisona, y también de ciclofosfamida, vincristina y prednisona (COP) de seis a ocho ciclos, con intervalos de 21 días.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Barroso Álvarez MC, Vilán Prieto L, Saavedra I, Díaz Salas C. Aspectos epidemiológicos de pacientes que presentan linfomas no hodgkinianos en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología entre los años 1970 y 1982. Rev Cubana Oncol. 1990;6(1):10-4.

2. Díaz Salas CM, Rodríguez Brito O, Barroso Álvarez MC, Vázquez Olazábal E, Alsina Sarmiento S. Linfomas no Hodgkin de localización orbitaria. Rev Cubana Oncol. 2000;16(2):79-87.
3. Mergares Ramos MA, Cordiés Justín N, Puig Mora M, Santos Silva D, Montero Valdés M. Incidencia de la patología orbitaria en el INOR durante el año 1998. Rev Cubana Oncol. 1999;15(3):156-9.
4. Molina Terrazas J, Rodríguez Reyes A, Bernal de Ruiz G, Salcedo Casillas G, Gómez Leal A. Frecuencias del linfoma no Hodgkin orbitario en el Hospital "Dr. Luís Sánchez Bulnes". Rev Mex Oftalmol Rev Mex Oftalmol. 1999 Sep;73(5):199-204.
5. Cotran RS, Kuman V, Robbins SL. Cabeza y cuello. En: Robbins patología estructural y funcional vol.3. 5<sup>a</sup> ed. Nueva York: Mc Graw-Hill Interamericana; 2002. p. 799-802.
6. do Prado Silva C, Domingues MA, Artioli Schellini S, Niero L. Linfoma não-Hodgkin de órbita: relato de caso. Arq Bras Oftalmol [serie en Internet]. 2008 [citado 2 Ene 2008];71(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492008000200028&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492008000200028&lng=es)

Recibido: 20 de diciembre de 2007

Aprobado: 22 de julio de 2008