

Hiperplasia gigante de ganglios linfáticos

JOSÉ FRANCISCO FIGUEROA-SANDOVAL
VÍCTOR MANUEL IZAGUIRRE
EMILIO GÁMEZ y
HÉCTOR SANTIAGO-PAYÁN

Se describen diez casos de hiperplasia folicular gigante de ganglio linfático, localizados nueve en la cabeza y el cuello y uno en la región inguinal derecha. Todos fueron del tipo hialino-vascular. El curso clínico de los pacientes después de la extirpación de la tumoración fue excelente.

En 1956, Castleman y col.¹ describieron un paciente con una gran masa linfoide en el mediastino que se parecía a un timoma; se trataba de la hiperplasia benigna de un nódulo linfático.

Recibido: 30 de marzo de 1981.
Aceptado: 1º de junio de 1981.

Todos los autores. Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Keller y Castleman² efectuaron el análisis clínico-patológico detallado de 81 casos de la enfermedad y describieron dos tipos histológicos: el hialino-vascular, con vasos prominentes y áreas de hialinización; y el plasmacítico, caracterizado por grandes folículos y acúmulos de células plasmáticas en el tejido interfolicular.

En los 134 casos informados por Anagnostou y Harrison³ las lesiones tuvieron la siguiente localización: tórax, 60 por ciento; abdomen, 12 por ciento; axila, 4 por ciento; cuello, 14 por ciento y otras, 10 por ciento. Hansen y Nielsen,⁴ de la revisión de los casos de la literatura mundial, encontraron



Fig. 1. Hiperplasia gigante de ganglio linfático, variedad hialino-vascular. Se aprecian bandas fibrosas hialinas y centros germinales prominentes.

que 29 casos estaban situados en la región de la cabeza y el cuello.

El propósito de este trabajo es comunicar diez casos de hiperplasia gigante de ganglio linfático, de los cuales nueve estaban localizados en la cabeza y el cuello y uno en la región inguinal.

Pacientes y métodos

De 1961 hasta los primeros nueve meses de 1980, se atendieron en el Hospital de Oncología diez casos con la citada localización del padecimiento. Todos los pacientes fueron reevaluados y el material histopatológico revisado de nueva cuenta.

Resultados

La edad de los pacientes varió de 20 a 75 años; siete fueron del sexo femenino. Al momento del diagnóstico, la sintomatología había sido de uno a 168 meses, con una media de 48 meses. Fuera de la aparición de una tumoración, en siete de los pacientes no existía otra sintomatología; uno de ellos manifestaba voz nasal, otro disnea y otro más, edema de la extremidad inferior derecha. La masa tumoral se localizaba en el hemicuello izquierdo, en cinco pacientes; en tres, en el hemicuello derecho; en uno, en el paladar y en otro, en la región inguinal derecha. Ni la biometría hemática ni la placa de tórax revelaron datos anormales. El tipo histológico de la hiperplasia fue siempre el hialino-vascular (figs. 1 y 2).

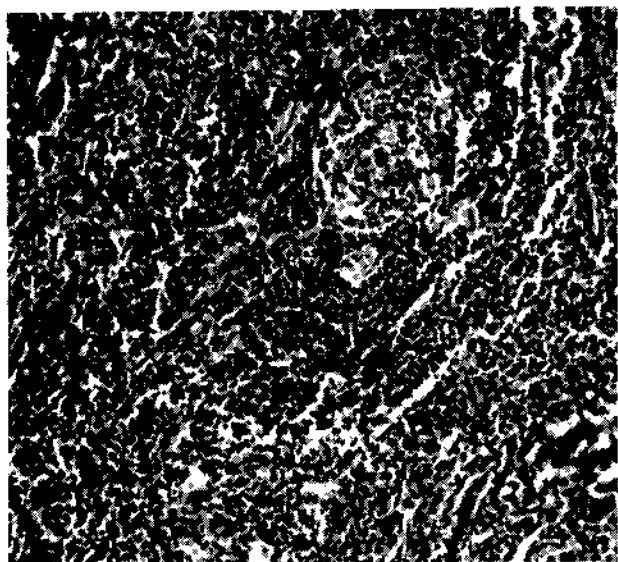


Fig. 2. Hiperplasia gigante de ganglio linfático. Centro germinal prominente, con aumento en el número de capilares.

En todos los casos se practicó extirpación completa de la lesión sin que existiera complicación posterior al procedimiento quirúrgico. En la actualidad todos los pacientes se encuentran sin datos de actividad tumoral.

Comentarios

La hiperplasia gigante de los ganglios linfáticos ha recibido diversas denominaciones, tales como hamartoma angiomatoso linfoide,⁵ hamartoma linfoide⁶ e hiperplasia angiofolicular de ganglio linfático.^{7,8} Actualmente predomina la de enfermedad de Castleman.⁹⁻¹¹

La enfermedad se presenta con más frecuencia en el mediastino y más raramente en el cuello.⁴ En nueve casos de la presente serie la lesión estaba localizada en cuello, tanto en la región yugular izquierda como en la derecha; además de la presencia de la masa tumoral, sólo tres casos presentaron otros signos: voz nasal dos y el otro disnea.

Como en los casos informados por Anagnostou,³ la variedad histológica que predominó fue la del tipo hialino-vascular. No se encontró ninguna anomalía en los datos de laboratorio, si bien en el tipo hialino-vascular ocurre anemia normocítica-normocrómica en 3 por ciento de los casos. En cambio, en 25 a 40 por ciento de las hiperplasias ganglionares del tipo plasmacítico se observan anemia, velocidad de sedimentación eritrocítica elevada, hiperglobulinemia e hipoalbuminemia.^{2,6,11}

Se considera que la naturaleza del padecimiento es un proceso hiperplásico linfoide causado por una infección viral crónica de índole desconocida hasta la fecha.^{2,3,10}

El tratamiento es quirúrgico, y da lugar a control total de la enfermedad. Se ha informado de un caso con tipo plasmacítico que respondió adecuadamente a la radioterapia,¹² si bien esta experiencia no es compartida por todos los autores.²

El diagnóstico diferencial se hace con hiperplasia reticular, linfadenopatía inmunoblástica, timoma, artritis reumatoidea con adenopatía linfática y linfoma de linfocitos poco diferenciados. La ausencia de células reticulares, de histiocitos o de multiplicación aparente de células endoteliales descartan las linfadenitis retículo-hiperplásicas, para las cuales existe un antecedente, un agente preciso o un padecimiento generalizado. No encontrar pleomorfismo celular de características atípicas o el cuadro histopatológico característico descarta el diagnóstico de linfoma; los timomas ocurren en la línea media y se caracterizan por la existencia de corpúsculos epiteliales de Hassall, con o sin multiplicación linfoide. En cuanto a la artritis reumatoidea, la hiperplasia se caracteriza por arquitectura ganglionar conservada, variación en el tamaño y en la forma de los folículos, centros germinales rodeados de linfocitos, cambios vasculares y signos de fagocitosis activa.¹³

REFERENCIAS

1. Castleman, B.; Iverson, L. y Menéndez, V. P.: *Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma*. *Cancer* 9:822, 1956.
2. Keller, A. R.; Hochholzer, L. y Castleman, B.: *Hyaline vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations*. *Cancer* 29:670, 1972.
3. Anagnostou, D. y Hamson, C. V.: *Angiofollicular lymph node hyperplasia (Castleman)*. *J. Clin. Pathol.* 25:306, 1972.
4. Hansen, D. A. y Nielsen, K.: *Angiofollicular lymph node hyperplasia*. *J. Laryngol. Otol.* 92:997, 1978.
5. Tung, K. S. K. y McComack, L. J.: *Angiomatous lymphoid hamartomas. Report of five cases with a review of the literature*. *Cancer* 20:525, 1967.
6. Neerhout, S. C.; Larson, W. y Mansur, P.: *Mesenteric lymphoid hamartoma associated with chronic hypoproteinemia, anemia, growth failure and hyperglobulinemia*. *New Engl. J. Med.* 280:922, 1969.
7. Fitzpatrick, P. J. y Brown, T. C.: *Angiofollicular lymph node hyperplasia*. *Canad. Med. Ass. J.* 99:1259, 1968.
8. Humphreys, S. R.; Holley, K. E.; Smith, L. H. y McBrath, D. C.: *Mesenteric angiofollicular lymph node hyperplasia (lymphoid hamartoma) with nephrotic syndrome*. *Mayo Clinic Proc.* 50:317, 1975.
9. Boumann, R. P.; Perrenoud, J. J. y Waridel, D.: *Un cas d'hyperplasie lymphoïde pseudo-tumorale ou maladie de Castleman*. *Schweiz. Med. Wschr.* 108:1003, 1978.
10. Rosai, J. y Levine, G. D.: *Giant lymph node hyperplasia (Castleman's disease)*. En: *Atlas of tumor pathology. Tumors of the thymus*. Washington, Armed Forces Institute of Pathology, 1976, p. 213.
11. Costero Barrios, E.; Aguillon Luna, A. y Torre López, E.: *Enfermedad de Castleman (hiperplasia gigante de ganglios linfáticos). Comunicación de un caso*. *Rev. Invest. Clín. (Méx.)* 31:381, 1979.
12. Nordstrom, D. G.; Tewfik, H. H. y Latourette, H. B.: *Plasma cell giant lymph node hyperplasia responding to radiation therapy*. *Am. J. Roentgenol.* 130:169, 1978.
13. Nosanchuk, J. S. y Schnitzer, B.: *Follicular hyperplasia in lymph nodes from patients with rheumatoid arthritis. A clinicopathologic study*. *Cancer* 24:323, 1969.