

J. Paz Expósito¹
E. Velasco Ortega²
P. Bullón Fernández³

La resonancia magnética en el diagnóstico de la afectación parotídea por VIH

1 Médico Adjunto de Radiología.
Hospital Universitario Virgen Macarena.
Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.
Jefe del Servicio de Radiología,
Clínica Sagrado Corazón. Sevilla.

2 Profesor Titular de Odontología
Integrada de Adultos.
Facultad de Odontología de Sevilla.

3 Catedrático de Medicina Bucal
y Periodoncia.
Facultad de Odontología de Sevilla.

Correspondencia:

Dr. J. Paz
San Vicente 30, 1º D
41002 Sevilla

RESUMEN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) origina manifestaciones que afectan al área oro-cervical. Los agrandamientos de las glándulas salivales mayores representan hallazgos clínicos en los pacientes VIH positivos. La existencia de quistes linfoepiteliales benignos en la parótida ha sido descrito. Se presenta un caso de esta patología glandular salival relacionada por VIH en un paciente hemofílico. El papel de la resonancia magnética es importante en el diagnóstico, no sólo por su mayor sensibilidad en la detección de la masa parotídea, sino también para determinar la naturaleza quística de la lesión. Posteriormente, la punción aspiración con aguja fina permite la confirmación histopatológica de la lesión.

PALABRAS CLAVE

Resonancia magnética; Parótida; VIH; Quiste linfoepitelial benigno; SIDA.

ABSTRACT

Infection with the human immunodeficiency virus (HIV) has broad manifestations affecting the mouth and neck. The major salivary glands enlargement has found as clinical findings in HIV patients. Benign lymphoepithelial cysts have reported in the parotid gland. A case of this HIV-related salivary gland disease is presented in a patient with hemophilia. The role of RM imaging in the diagnosis is important, not only for the more sensitive detection of the parotid mass, but also for determining its cystic nature. Also, definitive diagnosis of this HIV related lesion is confirmed by fine needle aspiration cytology.

KEY WORDS

Magnetic resonance; Parotid gland; HIV; Benign lymphoepithelial cyst; AIDS.



Figura 1. Imagen por resonancia magnética en Spin Eco T₁. Plano axial. Lesiones quísticas hipointensas en parótida izquierda y en tejido glandular parotídeo restante derecho.

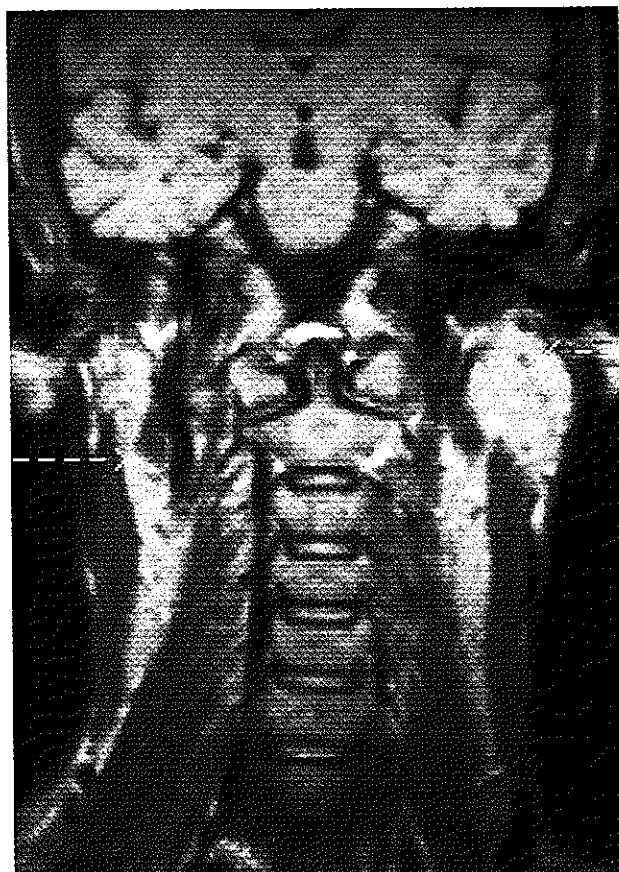


Figura 2. Imagen por resonancia magnética en Spin Eco T₁. Plano coronal. Lesiones quísticas hipointensas en parótida izquierda y en tejido glandular parotídeo restante derecho.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) origina manifestaciones clínicas que pueden afectar a la cavidad oral y la región cervical. Las glándulas salivales mayores, especialmente la parótida, pueden presentar lesiones relacionadas con la infección VIH. El aumento de tamaño parotídeo, generalmente bilateral, constituye el hallazgo clínico más común⁽¹⁾. La parotiditis es una frecuente manifestación del SIDA en pacientes infantiles. Los tumores parotídeos (carcinoma, linfoma) han sido descritos en pacientes con infección por VIH⁽²⁾.

Los quistes linfoepiteliales benignos parotídeos representan una frecuente patología glandular parotídea en pacientes HIV positivos, hayan desarrollado o no el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El quiste linfoepitelial puede aparecer como una lesión parotídea solitaria o única. Sin embargo, más comúnmente, estas lesiones linfoepiteliales suelen presentarse como formaciones quísticas múltiples,

de carácter uni o bilateral, en pacientes que también se observan una linfadenopatía cervical difusa. En este sentido, la asociación de quistes parotídeos, unilaterales o bilaterales, con adenopatías cervicales benignas (y a veces con hiperplasia adenoidea) es muy sugestiva de infección por VIH y puede constituir la primera manifestación de la enfermedad⁽³⁾.

La patogenia de los quistes linfoepiteliales benignos asociados a VIH no está suficientemente clara. Parecen representar el resultado de una hiperplasia persistente generalizada de los ganglios linfáticos peri e intraparotídeos con una obstrucción consecutiva, metaplasia escamosa y posterior formación quística⁽⁴⁾.

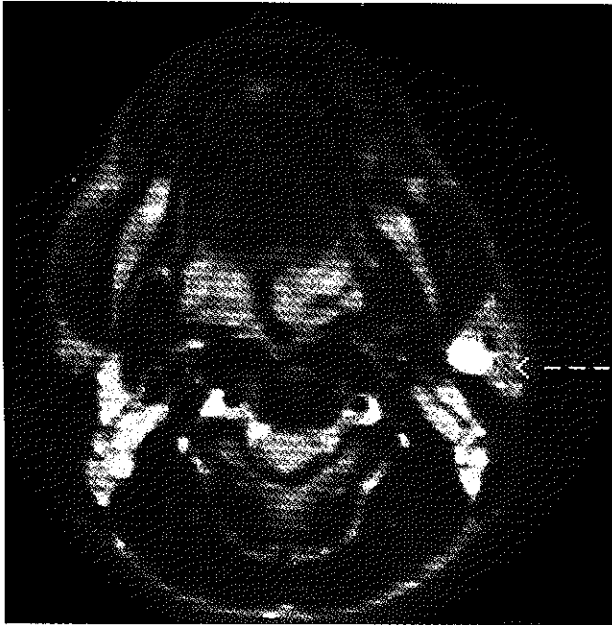


Figura 3. Imagen por resonancia magnética en Spin Eco T₂. Plano axial. Parotidomegalia izquierda con lesiones quísticas hiperintensas.

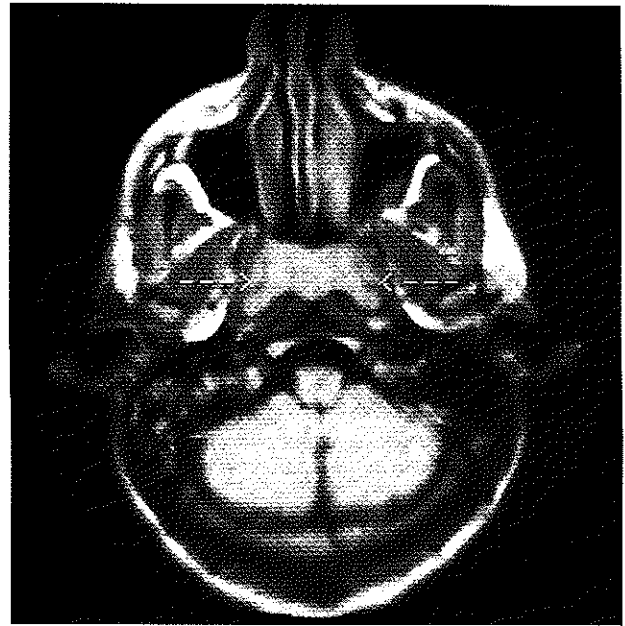


Figura 4. Imagen por resonancia magnética en Spin Eco T₁. Plano axial. Hipertrofia de tejido adenoideo en cavum rinofaríngeo.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 24 años de edad, hemofílico. Tenía practicada una parotidectomía derecha en 1990, con el diagnóstico de quiste congénito de la hendidura branquial. Cinco años después, el paciente acude al mismo Servicio de Cirugía Maxilo-Facial por presentar un aumento de tamaño de la parótida izquierda. Se le realiza un estudio hematológico de control, descubriéndose su seropositividad a VIH. A la exploración clínica existía una parotidomegalia difusa, indolora y de consistencia blanda. No presentaba adenopatías cervicales. No había signos o síntomas generales (fiebre, anorexia, malestar general). El paciente fue remitido a la Unidad de Resonancia Magnética ante el diagnóstico de tumoración parotídea izquierda, pero sin la sospecha de su relación con la infección por VIH.

La resonancia magnética aportó la presencia de un aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda,

de morfología multinodular, con formaciones hipointensas en las secuencias SE T₁ en los planos de corte axial y coronal (Figs. 1 y 2); e hiperintensas en T₂ (Fig. 3), que traducían quistes múltiples. La resonancia magnética mostró también la presencia de tejido glandular restante en la parótida derecha con alguna formación quística aislada (Figs. 1 y 2). Además, por RM se descubrió una hipertrofia de tejido linfoide adenoideo en el cavum nasofaríngeo (Fig. 4). Se remitió informe de sospecha de quistes linfoepiteliales benignos parotídeos en relación con la presencia de infección por VIH.

El diagnóstico citológico, realizado con la técnica de punción aspiración con aguja fina (PAAF), fue de lesión linfoepitelial benigna por VIH (Fig. 5).

DISCUSIÓN

La relación entre la existencia de quistes linfoepiteliales benignos en la parótida y la infección por el

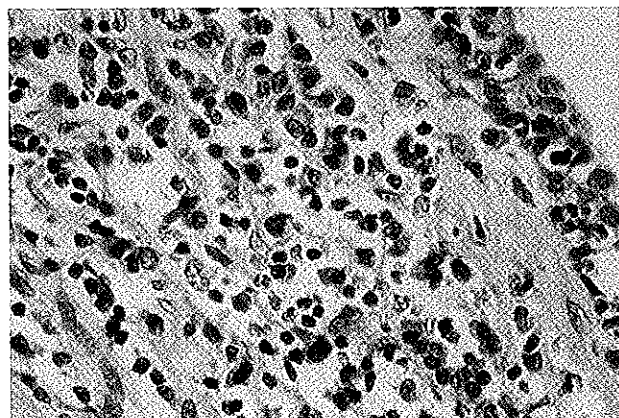


Figura 5. Estudio histopatológico por punción aspiración con aguja fina de una lesión quística parotídea izquierda. Lesión linfoepitelial benigna.

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido establecida en la última década⁽¹⁻⁴⁾. Aunque esta patología salival fue descrita en los años 50; sin embargo, no es hasta la aparición de la epidemia de SIDA cuando tiene lugar la ascendente aparición de estas lesiones como manifestaciones clínicas de la enfermedad en el área orocervical.

Los quistes parotídeos son una manifestación bien conocida en los pacientes HIV positivos, hayan desarrollado o no el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)^(5,6). En las lesiones quísticas de las glándulas parótidas, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) pueden definir adecuadamente el tamaño, la localización y los límites del quiste^(7,8). Shugar y cols.⁽⁹⁾ describen las imágenes por TAC y RM en 9 pacientes HIV positivos, con quistes parotídeos múltiples y de predominio bilateral (88%), lo que coincide con los hallazgos clínicos sobre 5 pacientes HIV positivos de Tunkel y cols.⁽¹⁰⁾.

En nuestro estudio, el paciente VIH positivo era

hemofílico y había sido intervenido mediante una parotidectomía derecha previa de una lesión quística con un diagnóstico sin relación con la infección por VIH. La resonancia magnética (Figs. 1 a 4) y la tomografía axial computarizada (TAC) demostraron una parotidomegalia multinodular izquierda por la presencia de lesiones quísticas, aunque la TAC no identificó el nervio facial, a diferencia de la RM. Así mismo, la RM (Figs. 1 a 3) mostró la existencia de restos glandulares en la parótida derecha, donde se individualizaban pequeñas lesiones quísticas, así como la presencia de una hipertrofia del tejido adenoideo en el cavum rinofaríngeo (Fig. 4). La valoración de las imágenes junto con los antecedentes del paciente permitió la posibilidad de establecer el diagnóstico de lesiones quísticas parotídeas por VIH que fue confirmado por la punción aspiración con aguja fina (Fig. 5).

Frecuentemente, el tratamiento de estos quistes linfoepiteliales benignos ha consistido en su extirpación quirúrgica mediante parotidectomía. Sin embargo, parece cada vez más claro que la historia natural de estas lesiones presenta una lenta progresión sin transformación maligna, por lo que se han valorado otras opciones terapéuticas menos radicales como la aspiración quística, el tratamiento médico con AZT y la esclerosis con tetraciclina administrada en la lesión quística⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

La resonancia magnética permite el diagnóstico y la localización de las lesiones quísticas parotídeas, especialmente las relacionadas con la infección o la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colebunders R, Francis H, Mann J, Bila K y cols. Parotid swelling during human immunodeficiency virus infection. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:330-332.
2. Finn D. Lymphoma of the head and neck and acquired immunodeficiency syndrome: clinical investigation and immunohistological study. *Laryngoscope* 1995;105:1-18.
3. Ryan J, Ioachim H, Marner J, Loubeau J. Acquired immune deficiency syndrome-related lymphadenopathies presenting in the

- salivary glands lymph nodes. *Arch Otolaryngol* 1985;111:554-556.
4. Som P, Brandwein M, Silvers A. Nodal inclusion cysts of the parotid gland and parapharyngeal space: a discussion of lymphoepithelial, AIDS-related parotid, and branchial cysts, cystic Warthin's tumours, and cysts in Sjögren's syndrome. *Laryngoscope* 1995;105:1122-1128.
 5. Sperling N, Pi-Tang L, Lucente F. Cystic parotid masses in HIV infection. *Head Neck* 1990;12:337-341.
 6. Finfer M, Schinella R, Rothstein S, Persky M. Cystic parotid lesions in patients at risk for the acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;114:1290-1294.
 7. Olsen W, Jeffrey R, Sooy C, Lynch M, Dillon W. Lesions of the head and neck in patients with AIDS: CT and MR findings. *AJNR* 1988;9:693-698.
 8. Holliday R, Cohen W, Schinellar R y cols. Benign lymphoepithelial parotid cysts and hiperplastic cervical adenopathy in AIDS-risk patients: a new CT appearance. *Radiology* 1988;168:439-441.
 9. Shugar J, Som P, Ryan J, Jacobson A, Bernard P, Dickman S. Multicentric parotid cysts and cervical adenopathy in AIDS patients; a newly recognized entity: CT and MR manifestations. *Laryngoscope* 1988;98:772-775.
 10. Tunkel D, Loury M, Fox C, Goins M, Johns M. Bilateral parotid enlargement in HIV-seropositive patients. *Laryngoscope* 1989;99:590-595.
 11. Echavez M, Lee K, Sooy D. Tetracycline sclerosis for the treatment of benign lymphoepithelial cysts of the parotid gland in patients infected with human immunodeficiency virus. *Laryngoscope* 1994;104:1499-1502.