

## Linfoma primario de tiroides asociado a bocio multinodular

### Primary Thyroid Lymphoma Associated with Multinodular Goiter

Milena Santos Rodríguez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0000-8723-2880>

Miguel Ángel Amaró Garrido<sup>1,2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0532-9273>

Yania Luisa Jiménez Madrigal<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4921-6852>

Luis Torres Pérez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-5949-213x>

Sandra Alina Ramírez Valdivia<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0000-4164-0467>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Hospital Docente Clínico Quirúrgico Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus, Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico Universitario Juana Naranjo León. Sancti Spíritus, Cuba.

\* Autor para la correspondencia: [milenas@infomed.sld.cu](mailto:milenas@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** El linfoma primario de tiroides es poco frecuente y representa el 2,5 % de los linfomas no hodgkinianos y menos del 5 % de los tumores malignos de tiroides.

**Objetivo:** Describir los hallazgos clínicos, estudios complementarios, conducta terapéutica y evolución de un caso de linfoma primario de tiroides asociado a bocio multinodular.

**Presentación de caso:** Paciente femenina de 67 años, que acudió a la consulta por aumento brusco de volumen en la base del cuello, acompañado de fiebre vespertina. A pesar de no manifestar síntomas compresivos ni alteraciones en la función tiroidea, había experimentado una pérdida de peso de 3 kg en los últimos tres meses. La historia clínica reveló antecedentes de bocio multinodular e hipotiroidismo subclínico. Durante la evaluación física, se constató un bocio de grado 3 con nódulos irregulares y adenopatías cervicales. Los estudios de imagen mostraron características sugestivas de malignidad, lo que motivó la realización de una punción por aspiración con aguja fina. Los hallazgos citológicos indicaron un infiltrado linfoide, lo cual sugirió linfoma no Hodgkin. Después de una evaluación multidisciplinaria, se inició tratamiento con quimioterapia. La paciente respondió de manera favorable, con notable reducción del volumen glandular y desaparición de los nódulos.

**Conclusiones:** Este caso destaca la importancia de considerar el linfoma primario de tiroides en el diagnóstico de nódulos tiroideos, de forma especial en pacientes con tiroiditis, un enfoque adecuado puede llevar a un pronóstico positivo.

**Palabras clave:** linfoma primario de tiroides; linfoma de células b; no Hodgking, tiroiditis de Hashimoto.

## ABSTRACT

**Introduction:** Primary thyroid lymphoma is rare, representing 2.5% of non-Hodgkin lymphomas and less than 5% of malignant thyroid tumors.

**Objective:** To describe the clinical findings, complementary studies, therapeutic management, and evolution of a case of primary thyroid lymphoma associated with multinodular goiter.

**Case report:** A 67-year-old female patient presented with a sudden increase in volume at the base of her neck, accompanied by afternoon fever. Despite not exhibiting compressive symptoms or alterations in thyroid function, she had experienced a 3 kg weight loss in the last three months. Her medical history revealed a history of multinodular goiter and subclinical hypothyroidism. During the physical examination, a grade 3 goiter with irregular nodules and cervical lymphadenopathy was observed. Imaging studies showed features suggestive of malignancy, prompting a fine-needle aspiration biopsy. Cytological findings indicated a lymphoid infiltrate, suggesting non-Hodgkin lymphoma. After a multidisciplinary evaluation, chemotherapy was initiated. The patient responded favorably, with a marked reduction in glandular volume and resolution of the nodules.

**Conclusions:** This case highlights the importance of considering primary thyroid lymphoma in the diagnosis of thyroid nodules, especially in patients with thyroiditis; an appropriate approach can lead to a positive prognosis.

**Keywords:** primary thyroid lymphoma; B-cell lymphoma; non-Hodgkin lymphoma; Hashimoto's thyroiditis.

Recibido: 13/03/2025

Aceptado: 20/03/2025

## Introducción

El linfoma es un tipo de cáncer que se desarrolla en el sistema linfático, pero en ocasiones particulares, se desarrolla a partir de linfocitos que están presentes en la glándula tiroidea. Esto se conoce como linfoma primario de la tiroidea (LPT), para distinguirlo de la invasión linfomatosa de la glándula tiroidea debido a metástasis o extensión directa.<sup>(1)</sup>

El LPT es un tumor infrecuente de la glándula tiroidea y de los ganglios locorregionales, que constituyen el 2,5 % del total de los linfomas no hodgkinianos y menos del 5 % de los tumores malignos de tiroidea,<sup>(2)</sup> la incidencia máxima se registra en la séptima década de vida y la relación hombre-mujer es de 1:4.<sup>(2,3)</sup>

El riesgo de presentar un LPT se incrementa en la tiroiditis de Hashimoto, aunque la evolución de esta a linfoma es infrecuente.<sup>(3,4)</sup> Ningún otro factor de riesgo ha sido identificado como causa del linfoma primario de tiroidea,<sup>(1)</sup> aunque hay referencias de elevada prevalencia en zonas con déficit de yodo.<sup>(2,5)</sup> A diferencia de otras formas de cáncer de tiroidea, la exposición a radiación no se ha asociado con claridad al linfoma primario de tiroidea.<sup>(1,5)</sup>

La forma de presentación clínica habitual es una masa de crecimiento rápido, en ocasiones dolorosa y que provoca síntomas por compresión o infiltración de tejidos, como la disfagia, la ronquera y el estridor. El 10-20 % de los pacientes con LPT presentan síntomas B (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso).<sup>(2,3,6)</sup> Lo habitual es que los sujetos se encuentren eutiroideos en el momento del diagnóstico, aunque un 10 % presenta un hipotiroidismo.<sup>(3,4)</sup>

En términos generales, los autores de la presente investigación afirman que, Cuba no posee una notable bibliografía especializada que contribuya en la comprensión y el manejo clínico de esta enfermedad. Esta carencia afecta no solo la calidad de la atención médica, sino que también restringe la posibilidad de implementar prácticas basadas en evidencia que mejoren el perfil terapéutico.

La falta de estudios actualizados, protocolos de tratamiento y guías clínicas específicas impide a los profesionales de la salud acceder a información crucial para la toma de decisiones informadas. Además, restringe la oportunidad de investigar nuevas estrategias terapéuticas y adaptarlas a las particularidades de la población cubana, lo que podría contribuir de manera significativa los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados.

Por consiguiente, el objetivo del presente trabajo fue describir los hallazgos clínicos, estudios complementarios, conducta terapéutica y la evolución de un caso de linfoma primario de tiroidea asociado a bocio multinodular.

## Presentación de caso

Se presenta el caso de una paciente femenina, de 67 años de edad, que acudió a consulta del Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, después de experimentar desde unos 15 días aumento brusco de volumen en la base del cuello. La paciente negó la presencia de síntomas compresivos, como estridor laríngeo, disfagia o ronquera, así como de hiper o hipofunción tiroidea. Sin embargo, reportó molestias y una ligera sensación de calor en la región cervical, además de episodios de febrícula vespertina con temperatura de 37,5 °C, que se aliviaban con dipirona (500 mg) una tableta cada 8 h. También expresa que presentó una pérdida de peso de unos 3 kg en los últimos tres meses.

En relación con los antecedentes patológicos personales, se registra hipertensión arterial de varios años de evolución, tratada con enalapril (20 mg) 1 tableta cada 12 h; diabetes *mellitus* tipo 2, desde hace 8 años tratada con glibenclamida (5 mg) 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida, en conjunto con un adecuado control metabólico.

En paralelo, relata que desde hace 3 meses se determinó a través de la Consulta Especializada de Endocrinología un bocio multinodular, en el cual los estudios analíticos reportaron una TSH de 7,5 mU/L y una T4: 128 nmol/L, por lo que llevó al diagnóstico de un hipotiroidismo subclínico, con indicación de levotiroxina sódica (100 ug) 1 tableta a las 11 pm. De manera contraria, no se recogió antecedentes de punción por aspiración con aguja fina (PAAF), ecografía de tiroides, historial de radiación del cuello, ni antecedentes familiares de la enfermedad tiroidea benigna o maligna, esto motivó indicar complementarios imagenológicos y analíticos para reevaluar el caso.

En consulta, durante el examen físico del cuello, se detectó un bocio grado 3, sobre todo a expensas del lóbulo izquierdo, con características irregulares y ligero eritema en la piel, se palpó un nódulo que ocupaba la totalidad del lóbulo izquierdo, el cual midió unos 6 cm. De forma adicional, se detectó otro nódulo en el lóbulo derecho de unos 3 cm de tamaño (fig. 1A-1B).



**Fig. 1A-1B-** Examen físico del cuello que muestra un bocio grado 3, con predominio del lóbulo izquierdo y nódulo de unos 6 cm, acompañado de ligero eritema en la piel circundante.

*Fuente:* Tomada por el autor.

Del mismo modo, la región afectada se acompañaba de ligero calor y dolor. Se palparon adenopatías cervicales de unos 1,5 cm en cadenas ganglionares anteriores y una adenopatía en la región supraclavicular izquierda, de unos 3 cm, la cual era fija e irregular con características pétreas. Por último, se realizó la maniobra de Marañón, que resultó positiva, lo cual evidenció ingurgitación yugular. Los resultados analíticos revelaron un hematocrito de 0,22 L/L y un conteo de plaquetas de  $180 \times 10^9/L$ . El leucograma mostró un total de  $7,2 \times 10^9/L$ , con un 40 % de segmentos y un 60 % de linfocitos. Asimismo, la glucemia se registró en 8,7 mmol/L, la creatinina fue de 77 mmol/L y el ácido úrico se reportó en 247 mmol/L. Además, la urea presentó un valor de 5,8 mmol/L, mientras que los niveles de colesterol y triglicéridos (TAG) fueron de 5,4 mmol/L y 1,83 mmol/L, en ese orden. En cuanto al perfil hepático, las transaminasas mostraron 46 UI/L para TGP y 53 UI/L para TGO, junto con una GGT de 44 UI/L y la fosfatasa alcalina de 222 UI/L. En suma, se registraron proteínas totales de 68 g/L, con una albúmina de 38 g/L. Para complementar, se llevaron a cabo varios estudios imagenológicos, de forma inicial, se realizó un ultrasonido de tiroides y cuello, el cual informó: lóbulo derecho que mide 18 mm x 22 mm x 52 mm. Presencia de nódulo hipocogénico próximo a la tráquea, cuyo tamaño es de 15 mm x 32 mm, con halo de seguridad incompleto, márgenes irregulares y calcificaciones finas. El lóbulo izquierdo mide 22 mm x 34 mm x 74 mm, con presencia de nódulo que ocupa la totalidad del lóbulo, caracterizado como complejo a predominio sólido, con márgenes irregulares, sin halo de seguridad y con calcificaciones centrales. El resto del patrón de la glándula se describió como heterogéneo.

En adición, se observaron adenomegalias redondeadas en las cadenas ganglionares anteriores, las cuales no presentaron hilio graso. Se destacó un paquete mayor de 27 mm x 15 mm en la región supraclavicular izquierda, hipoecogénico, también sin hilio graso, con microcalcificaciones y bordes irregulares.

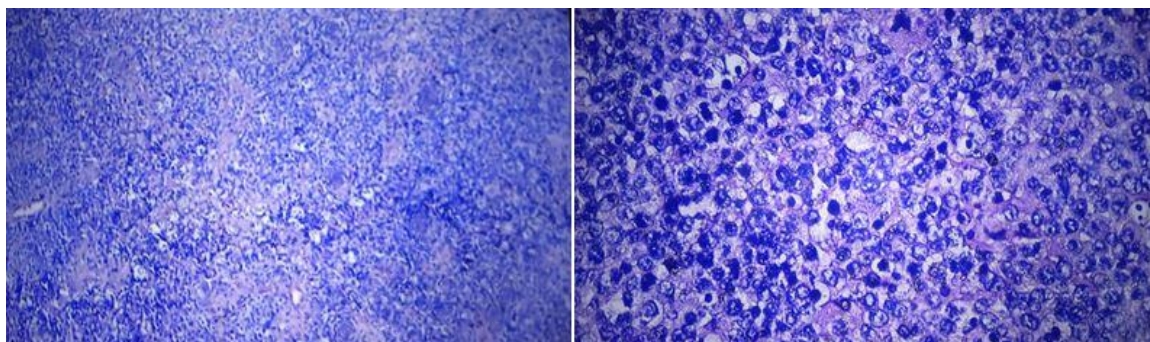
En conjunto, el ultrasonido abdominal presentó un hígado de tamaño normal, aunque con un ligero aumento difuso de la ecogenicidad. La evaluación de la vesícula, el páncreas, el bazo, la vejiga y ambos riñones no reveló alteraciones significativas. Sumado a esto, se descartaron linfanodomegalias periaórticas y en ambas regiones inguinales.

La tomografía axial computarizada (TAC) reveló un aumento en el tamaño de la glándula tiroides, acompañada de una masa cervical izquierda, con una densidad de 94 UH que ocasionó una ligera desviación de la tráquea hacia la derecha. No se identificó proyección endotorácica de la glándula. Además, se observaron adenopatías en la región cervical anterior, donde la mayor fue de 12 mm y otra en la región supraclavicular izquierda, que midió 18 mm x 27 mm con una atenuación de 66 UH.

Aparte de esto, la radiografía de tórax en proyección posteroanterior (PA) mostró un índice cardiorácico dentro de los límites normales. No obstante, se observó una ligera acentuación de la trama broncovascular pulmonar bilateral, sin evidencia de lesiones tumorales o derrame pleural.

La PAAF de tiroides guiada por ultrasonido realizada en el lóbulo derecho reportó un diagnóstico de tiroiditis linfocítica crónica, mientras que en el lóbulo izquierdo se observó tiroiditis linfoide. Los hallazgos observados en el análisis citológico de las muestras de tiroides revelaron un infiltrado difuso de células linfoides grandes y medianas, caracterizadas por la presencia de nucléolos prominentes y algunas presentaciones celulares en bizarra.

La arquitectura celular se encontró borrada casi en su totalidad, y se identificaron linfocitos grandes junto a histiocitos dispersos, observados a aumentos de 10x y 40 x. Estos hallazgos fueron sugestivos de un linfoma no Hodgkin (fig. 2A y 2B).



**Fig. 2A-** Análisis citológico a objetivo 10 x/0,25 con presencia de infiltrado difuso caracterizado por la presencia de células linfoides grandes y medianas. La arquitectura celular está alterada, con una pérdida casi total de la organización normal del tejido.

**Fig. 2B-** Análisis citológico a objetivo 40 x/0,65 con presencia de linfocitos grandes y dispersos, junto a histiocitos presentes en el tejido. Algunos núcleos con nucléolos bien definidos.

En adición, la PAAF de la adenopatía supraclavicular izquierda indicó hiperplasia linfoide atípica. Como resultado de estos hallazgos, se llevó a cabo una evaluación en consulta multidisciplinaria que condujo a la decisión de iniciar un tratamiento oncológico con la elección por un esquema de quimioterapia CHOP, que incluía ciclofosfamida, vincristina, adriamicina y prednisona.

A la par, el Departamento de Endocrinología, determinó la sustitución del tratamiento de base con glibenclamida por un régimen convencional de insulina insulatard, con la administración de 10 unidades durante el desayuno y 8 unidades a las 11 p.m. para optimizar el control metabólico, dado que fue necesario la utilización de esteroides en altas dosis.

Por otro lado, el especialista en otorrinolaringología, llevó a cabo la evaluación del espacio aéreo mediante laringoscopia indirecta, la cual informó que el espacio subglótico se encontraba permeable en más del 80 %, lo cual descartó la necesidad de realizar una traqueotomía o una cirugía de urgencia.

A la luz de los resultados histológicos, se decidió proceder con una biopsia excisional de la adenopatía supraclavicular izquierda, cuyo análisis confirmó el diagnóstico de linfoma primario de tiroides de células B, no Hodgkin.

Posterior a esto, con la finalización del tratamiento con quimioterapia, se observó una respuesta favorable, evidenciada por la reducción del volumen y tamaño de la glándula a niveles normales, así como la desaparición de los nódulos.

Hasta la fecha, la paciente ha mostrado buena evolución, con tratamiento continuado de levotiroxina sódica a una dosis de 100 µg, con la administración de una tableta diaria y la mantención de un seguimiento regular por parte del Servicio de Oncología.

Se implementó un enfoque ético riguroso que garantizó la obtención del consentimiento informado de la antes de la elaboración de este informe, lo cual aseguró el respeto por la autonomía y los principios éticos en la práctica médica.

## Discusión

El linfoma primario de tiroides, constituye en la actualidad un problema diagnóstico en la práctica médica, no solo por la particular e insidiosa presentación clínica de esta entidad, sino por la capacidad para mimetizar otras condiciones benignas como el bocio multinodular. El presente caso, se caracterizó por una masa cervical de rápido crecimiento en una paciente sin antecedentes de autoinmunidad tiroidea, esto indica la necesidad de integrar hallazgos clínicos, imagenológicos e histopatológicos para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

La glándula tiroides, que en condiciones normales carece de tejido linfoide nativo, puede desarrollar una proliferación de tejido linfoide intratiroideo en el contexto de enfermedades autoinmunitarias, de manera particular en la tiroiditis de Hashimoto, como lo menciona Wang y otros.<sup>(7)</sup>

Esta condición facilita la evolución hacia el desarrollo del linfoma. La paciente en cuestión, con antecedentes de tiroiditis, muestra esta conexión. Además, los linfomas derivados de la tiroiditis autoinmune poseen un mejor pronóstico; sin embargo, la posibilidad de transformación hacia linfomas más agresivos también ha sido documentada por Acar y otros<sup>(8)</sup> y Khan,<sup>(9)</sup> lo cual enfatiza la necesidad de vigilancia clínica minuciosa en casos como el reportado.

Es crucial realizar un diagnóstico diferencial que considere la tiroiditis de Hashimoto y el carcinoma anaplásico, que resalten los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud al diferenciar ambas entidades. La clasificación de los linfomas tiroideos primarios, en la cual predominan los linfomas no Hodgkin, con especial atención a los de células B grandes, ofrece un marco que ayuda a entender la naturaleza del linfoma en el caso reportado, donde la PAAF se utilizó para guiar el diagnóstico.<sup>(3,10)</sup>

Aunque la PAAF permite confirmar el diagnóstico en un porcentaje significativo de casos, se describen limitaciones de este medio al diferenciar entre tipos de neoplasias, lo que justifica la eventual necesidad de una biopsia quirúrgica en la investigación de LPT como lo mencionan Acosta y otros<sup>(11)</sup> y Alburqueque y otros.<sup>(4)</sup>

La atención prestada a la estadificación del linfoma es fundamental, como se reflejó en el enfoque multidisciplinario utilizado en este caso. Evaluaciones exhaustivas, como hemogramas y estudios de imagen, son vitales para proyectar el tratamiento. Se utilizó la clasificación de Ann Arbor,<sup>(12,13)</sup> que proporciona un esquema claro para comprender la extensión de la enfermedad, lo cual resultó alentador, pues ayudó al diagnóstico en etapas tempranas. La concordancia entre la estadificación y el manejo terapéutico se traduce en mejores perspectivas para el paciente.

A nivel diagnóstico, la combinación de ecografía se alineó con las guías actuales, lo cual aseguró un análisis integral para la valoración tumoral.<sup>(13,14)</sup> Estas modalidades no solo respaldan el diagnóstico, sino que también agrupan información crucial para decidir sobre la intervención terapéutica.<sup>(15,16)</sup>

Las capacidades individuales de cada técnica, a saber, la disponibilidad de la ecografía, permite formular un plan de tratamiento más efectivo. Además, el diagnóstico del LPT se fundamenta en la identificación de células B mediante inmunohistoquímica, esto confirmó el fenotipo requerido para un manejo específico<sup>(15,16)</sup>.

La revisión de la literatura apoya el caso reportado, en el que se destacan similitudes en el perfil del paciente y en la respuesta al tratamiento. El hecho de que la paciente se haya sometido a un protocolo de quimioterapia, que se destaca como tratamiento de elección para LPT, pone de relieve una tendencia común observada en la literatura sobre la eficacia de esta terapia frente a los linfomas de células B.

Las historias clínicas revisadas por Sebile y otros<sup>(17)</sup> y Krishnan<sup>(18)</sup> presentaron casos de linfomas de células B grandes, tratados con quimioterapia, lo que demuestra la confluencia de hallazgos en la literatura con el caso en cuestión.

En cuanto a la evolución del tratamiento, el cambio desde un abordaje quirúrgico hacia uno más centrado en la quimioterapia en linfomas de tipo B, manifiesta una comprensión más profunda de la biología tumoral.<sup>(19,20)</sup> Esta tendencia no solo se ajusta a las recomendaciones actuales, sino que también responde a la necesidad de ofrecer diagnósticos y tratamientos más específicos y menos invasivos.

Se concluye que el linfoma primario de tiroides, aunque infrecuente, debe considerarse en pacientes con bocio multinodular de crecimiento acelerado, incluso sin antecedentes de autoinmunidad tiroidea. Este caso destaca la importancia de integrar hallazgos clínicos sutiles con estudios imagenológicos y biopsias dirigidas de adenopatías sospechosas para superar las limitaciones diagnósticas de la citología tiroidea. El éxito terapéutico con quimioterapia, junto al manejo multidisciplinario de comorbilidades, subraya la relevancia de protocolos adaptados a diferentes contextos.

## Referencias bibliográficas

1. Bejerano RJ. Linfoma primario de la tiroides. Rev Cuban Med Milit. 2022 [acceso 23/10/2024];51(4):e02201964. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1964>

2. Bejerano RJ, Camué Ciria HM. Consideraciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer tiroideo. Rev Cubana Med Milit. 2022 [acceso 13/10/2024];51(4):e02202060. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2060>
3. Bravet Smith EJ, Mollinedo Rangel O, Acuña Amador A, García Cogler G. Linfoma del tejido linfoide asociado a las mucosas en paciente con tiroiditis de Hashimoto. Medicentro Electrónica. 2022 [acceso 23/01/2025];26(2):493-503. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432022000200493&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000200493&lng=es)
4. Alburqueque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Dulanto-Moscoso LJ, Virú-Flores HM. Recaída de linfoma folicular de alto grado en tiroides. Acta méd. costarric. 2022 [acceso 11/02/2025];64(3):43-9. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022022000300043&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000300043&lng=en)
5. Ríos A, Rodríguez JM, Febrero B, Parrilla P. Linfoma primario del tiroides. Endocrinol Nutr. 2014;61(9):497-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2014.04.007>
6. Khan SA, Aziz A, Ali D, Islam N. Primary thyroid lymphoma: A case series. Khyber Med Univ J. 2021 [acceso 03/03/2025];13(Suppl. 1):S15. Disponible en: <https://www.kmuj.kmu.edu.pk/article/view/22236>
7. Wang X, Huang D, Xu Y, Zhang Z. Primary thyroid lymphoma: a case and literature review. Asian J Surg. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2024.10.260>
8. Acar N, Acar T, Avcı A, Hacıyanlı M. Approach to primary thyroid lymphoma: case series. Turk J Surg. 2019;35(2):142-5. DOI: <https://doi.org/10.5578/turkjsurg.4132>
9. Khan SA, Aziz A, Ali D, Islam N. AACE2021-A-1033: Primary thyroid lymphoma: Case series of patients from a developing country. Endocr Pract. 2021;27(12):S32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2021.11.047>
10. Brito Sosa G, Guerra Mesa JL, Cassola Santana JR. Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2006 - 2010). Rev Cubana Cir. 2015 [acceso 06/03/2025];54(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932015000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300002&lng=es)
11. Acosta Guerrero G, Delgado Llorca F, Ricardo Martínez D, Guerra Corría Y. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes operados por cáncer de tiroides. Multimed. 2022 [acceso 06/03/2025];26(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182022000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100008&lng=es)

12. Álvarez-Vera JL, Aguilar-Luevano J, Alcívar-Cedeño LM, Arana-Luna LL, Arteaga-Ortiz L, Báez-Islas PE, *et al.* Consenso mexicano de linfoma de Hodgkin. *Gac Med Mex.* 2021 [acceso 01/03/2025];157(Supl 2): S1-S18. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132021000800001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000800001&lng=es)
13. Vilas González M, Cufí Quintana M, Mestre Fusco A, Gayete Cara Ángel, Fernández Alarza A, Zuccarino-F. Valoración radiológica del linfoma. Más allá del diámetro menor. *Seram.* 2020 [acceso 12/01/2025];2(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8370>
14. Zhang X, Wei B, Nong L, Zhang H, Gao Y, Ou J. The usefulness of serial ultrasound in thyroid mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *Front Endocrinol.* 2022;13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1054584>
15. Gong H, Jiang Y, Jiang T, Yang Y, Wu Z, Xiao J, *et al.* Bibliometric analysis and visualization of global research trends in primary thyroid lymphoma via CiteSpace. *Gland Surg.* 2024;13(11):2078-97. DOI: <https://doi.org/10.21037/gS-24-317>
16. Stoica RC, Pasare AT, Curca RG, Anghel AW, Vlad S. Primary thyroid lymphoma—case report. *Romanian J Mil Med.* 2019;122(1):82-4. DOI: <https://doi.org/10.55453/rjmm.2019.122.1.11>
17. Sebile DH, Karaipek KB, Dokmetaş M, Kılıçlı F, Bayramgil A, Dorukhan CG, *et al.* Primary thyroid lymphoma: case report. *Endocr Abstr.* 2022 DOI: <https://doi.org/10.1530/endoabs.81.ep996>
18. Krishnan S, Renuka IV, Ramya CH. Primary Thyroid Lymphoma: A Rare Case Report. *Ann of Pathol and Lab Med.* 2020 [acceso 12/06/2025];7(6):C74-7. Disponible en: <https://pacificejournals.com/journal/index.php/apalm/article/view/2735>
19. Su X, Hu X, Ma B. Aggressive primary thyroid lymphoma invading the internal jugular vein: a case series. *Quant Imaging Med Surg.* 2022;0. DOI: <https://doi.org/10.21037/qjms-22-649>
20. Carsote M, Rentea DE, Mehedintu C, Zugravu S, Dumitrascu A, Sandru F, *et al.* Primary thyroid lymphoma. *Romanian J Med Pract.* 2021;16(4):466-8. DOI: <https://doi.org/10.37897/rjmp.2021.4.12>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.