

LINFOMA NO-HODGKIN INTRAORAL

Ruiz Cárdenas Jorge Leonidas^{1,a,b}, Fernández Martínez Clarisa Andrea^{1,2}, Díaz Arteaga Andy Jhayr³

RESUMEN

El linfoma No Hodgkin (LNH) es un cáncer que comienza en las células llamadas linfocitos, los cuales se encuentran en los ganglios linfáticos y en otros tejidos linfáticos. En la cavidad oral el LNH tiene baja incidencia, afectando a los maxilares y/o tejidos blandos. Se presenta el caso de una paciente de 92 años de edad con agrandamiento gingival mamelonado abarcando sector anterior y posterior de la cavidad oral. Se realizó radiografía panorámica, biopsia incisional de la lesión oral, estudio histopatológico y marcación inmunohistoquímica. Luego de la caracterización con los exámenes previos se concluye en LNH intraoral.

Palabras claves: Linfoma no Hodgkin, Intraoral, Odontología. (Fuente: DeCS- BIREME).

LYMPHOMA NO-HODGKIN INTRAORAL

ABSTRACT

The No Hodgkin lymphoma (NHL) is a cancer that begins in cells called Lymphocytes, which are in the lymph nodes and in other lymph tissues. In the oral cavity, the NHL has low incidence, affect the jaws and soft tissues. It is presented the case of a 92-year-old woman with a bright red gingival enlargement covering the anterior and posterior of the oral cavity. A panoramic radiograph, incisional biopsy of the oral lesion, histopathological study and immunohistochemical labeling were performed, in which, after characterization by exams previous it is concluded NHL intraoral.

Keywords: Lymphoma, Non-Hodgkin, Intraoral, Dentistry. (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

Los linfomas no Hodgkin (LNH) constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias malignas linfoproliferativas que tienen diferentes modelos de comportamiento y respuestas al tratamiento. Al igual que el linfoma de Hodgkin, el LNH se origina habitualmente en los tejidos linfoides y se puede diseminar hasta otros órganos. Sin embargo, el LNH es mucho menos previsible que el linfoma de Hodgkin y tiene predilección mucho mayor por diseminarse hasta sitios extraganglionares. El pronóstico depende del tipo histológico, el estadio y el tratamiento. Los linfomas dentro de la cavidad oral representan menos del 5% de las malignidades orales⁽¹⁾.

En cabeza y cuello, los linfomas extraganglionares son relativamente comunes en comparación con la enfermedad ganglionar. Aunque la presentación primaria del linfoma no-Hodgkin intraoral es poco frecuente, es importante tener en cuenta esta posibilidad, ya que manifestaciones primarias intraorales pueden representar el comienzo de la progresión hacia otros nódulos linfáticos y órganos reticuloendoteliales. En general, las manifestaciones orales del linfoma no-Hodgkin ocurren de manera secundaria a una diseminación de la enfermedad a través del organismo⁽²⁾.

El LNH puede presentarse a cualquier edad, pero es poco frecuente en niños. La incidencia de este linfoma aumenta con

la edad. El riesgo de padecer linfoma no Hodgkin aumenta durante el transcurso de la vida. El envejecimiento de las personas probablemente contribuya a un aumento en estos casos, existiendo así una mayor predilección por los varones. La edad más frecuente para este tipo de linfoma es a partir de los 60 años⁽²⁾.

La prevalencia del linfoma se incrementa en pacientes con problemas inmunológicos como: inmunodeficiencias congénitas (síndrome de Bloom, síndrome de Wiskott-Aldrich), SIDA, trasplante de órganos, enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o Síndrome de Sjogren) y está relacionado también con el virus de Epstein-Barr, hepatitis B y C, La bacteria *Helicobacter pylori*, personas expuestas a ciertos químicos (herbicidas e insecticidas) y personas expuestas a quimioterapia y radioterapia⁽³⁾.

La lesión puede ser eritematosa o violácea y puede estar o no ulcerada. Cuando existen manifestaciones en tejidos orales blandos, son generalmente asintomáticas, de carácter relativamente blando, aparecen como un aumento de volumen difuso y afectan principalmente mucosa yugal, encía y porción posterior del paladar duro. Si la lesión se localiza en hueso, puede presentar pérdida de hueso alveolar y movilidad

¹ Servicio de Odontología. Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.

² Especialista en Odontopediatría.

³ Interno de Estomatología Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.

^a Cirujano Dentista Hospital Regional Lambayeque. Maestro en Estomatología. Magíster en Educación con mención en Docencia.

^b Docente Escuela de Estomatología Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú.

dental acompañado de dolor, hinchazón, adormecimiento del labio y fractura patológica. Radiológicamente puede observarse una zona radiolúcida mal definida⁽³⁾.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se tiene que tener en cuenta los antecedentes médicos del paciente, se puede realizar un examen físico, biopsia de la lesión a tratar, pruebas (Inmunohistoquímica, citometría de flujo, citogenética, pruebas genéticas moleculares, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), análisis de sangre (Hemograma, lactato deshidrogenasa (LDH), descarte de hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV), pruebas de detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), beta2 –microglobulina) y pruebas de imagenología (Rx de tórax, Tomografía axial computarizada (TAC), ecografía y gammagrafía ósea)⁽⁴⁾.

La terapia inicial y la intensidad del tratamiento indicadas para el paciente se basan en el subtipo y en el estadio clínico de la enfermedad. En general, la meta del tratamiento es destruir tantas células de linfoma como sea posible e inducir una "remisión completa", es decir, eliminar todo indicio de la enfermedad⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 92 años de edad, procedente del distrito de Monsefú, provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque, de ocupación ama de casa. Se presentó a la consulta en forma ambulatoria, al realizar la anamnesis la paciente refiere que hace dos meses le realizaron una extracción en el cuadrante III (sector inferior izquierdo) de la cavidad oral y luego de eso apareció un agrandamiento gingival abarcando el sector anterior y posterior de ese cuadrante, no refirió dolor, pero le impedía masticar sus alimentos y por ende acude al Servicio de Odontología del Hospital Regional Lambayeque.

Dentro de sus antecedentes personales refiere ser hipertensa controlada, no refiere antecedentes familiares, sus funciones vitales se encontraron dentro de los valores normales, no detectándose hinchazón de ganglios a nivel del cuello y de ninguna alteración extraoral.

Al examen clínico intraoral se observa un agrandamiento gingival mamelonado de color rojo brillante en el cuadrante III, inflamación gingival generalizada, desgaste dental severo generalizado, presencia de placa bacteriana y lengua saburral.



Figura 1. Tejido gingival hiperplásico, presencia de placa bacteriana, desgaste severo dental.

Los diagnósticos presuntivos que se le planteó a la paciente fue atrición excesiva de los dientes, halitosis, hiperplasia gingival, granuloma de células gigantes, granuloma piógeno.



Figura 2. Vista oclusal: Tejido gingival hiperplásico, presencia de placa bacteriana, desgaste severo dental.

El plan de trabajo que se elaboró fue: Fotografías (extraorales -intraorales), análisis radiográfico (panorámico), biopsia parcial de tejido hiperplásico e interconsulta al servicio de Patología. Su tratamiento de la paciente se dividió en varias citas: En la primera cita se le brindó asesoría nutricional, charlas de higiene bucal y se le indicó Perio Aid (clorhexidina) al 0,12% como enjuague bucal durante 14 días. Adicional a ello se le realizó la interconsulta a ginecología debido a que presentaba mal olor en sus partes íntimas y por sospecha de alguna neoplasia maligna. Los resultados de la interconsulta a ginecología dieron como diagnóstico que la paciente presentaba neoplasia maligna de ovario y neoplasia maligna de mama. En la segunda cita a la paciente se le realizó la biopsia del tejido hiperplásico.



Figura 3. Anestesia infiltrativa.



Figura 4. Biopsia parcial con abundante sangrado.

Una vez tomada la muestra se colocó cemento quirúrgico para ayudar en la cicatrización y se le indicó supracyclin (doxiciclina) 200 mg (1 tab c/8h x 7 días). La muestra tomada fueron fragmentos de tejidos que en conjunto median 2.6 x 2.3x0.9 cm de color marrón claro, consistencia elástica, presenta algunas áreas hemorrágicas, esta muestra fue enviada al servicio de Patología. Los resultados de dicha muestra arrojaron como resultado: Lesión de encía (cuadro histopatológico compatible con linfoma no hodgking), por lo cual se le realizó estudios de inmunohistoquímica. En la tercera cita del tratamiento, se le dió el diagnóstico definitivo a la paciente el cual fue Linfoma no hodgking y por ende la interconsulta al servicio de Oncología para su respectivo seguimiento de dicha enfermedad. Actualmente la paciente asiste a sus citas en dicho servicio para su tratamiento.

DISCUSIÓN

Las manifestaciones en tejidos y órganos son de crecimiento rápido y la mucosa bucal puede estar afectada desde un primer momento como única manifestación o, secundariamente. Una gran mayoría presenta a la vez síntomas sistémicos, con fiebre sin explicación, sudores nocturnos o pérdida de peso mayor de 10 kg en poco tiempo. Las mucosas orales pueden estar incluidas porque en general estos linfomas son extranodales. La edad parece ser un factor importante que acompaña la evolución de esta neoplasia ya que el aumento relativo de linfomas de bajo grado tiende a aumentar con ésta, (mayores de 60 años)⁽⁶⁾.

Un claro diagnóstico de linfoma no-Hodgkin puede ser enmascarado por signos y síntomas sugestivos de otras enfermedades orales como gingivitis ulceronecrotizante o pericoronaritis crónica, así como osteomielitis u otras malignidades⁽⁷⁾.

Los linfomas tienen mayor prevalencia en pacientes inmunosuprimidos, como los que reciben trasplantes de órganos o aquellos con desórdenes inmunológicos congénitos⁽⁵⁾. Los dos factores que más influyen en el

pronóstico de un paciente con LNH son el grado de malignidad y el estadio clínico al momento del diagnóstico.

Podemos concluir que, aunque el linfoma no-Hodgkin intraoral es una entidad rara, debemos tomarla en cuenta al momento del diagnóstico de lesiones orales y estar actualizados con respecto a esta enfermedad, ya que un diagnóstico adecuado te conlleva a elaborar un plan de tratamiento preciso para cada patología oral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW: Non-Hodgkin lymphoma. *Lancet* 380 (9844): 848-57, 2012. [PUBMED Abstract]
2. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016.
3. Howlader N, Noone AM, Krapcho, et al, eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/, basado en la presentación de datos SEER de noviembre de 2012 publicado en el sitio web de SEER en abril de 2013. https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2010/
4. Karlin L, Coiffier B. Improving survival and preventing recurrence of diffuse large B-cell lymphoma in younger patients: current strategies and future directions. *OncoTargets and Therapy*. 2013;6:289-296.
5. Evens AM, Winter JN, Gordon LI, et al. Non-Hodgkin lymphoma. In: Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ, eds. *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach*. 13th ed. Lawrence, KS: UBM Medica; 2010:739-794.
6. Richards a, Costelloe MA, Eveson JW, Scully C, Irvine GH, Rooney N. Oral mucosal non-Hodgkin's lymphoma -a dangerous mimic. *Oral Oncol* 2000; 36: 556-58.
7. Leonard JP. Is rituximab maintenance still standard of care in indolent non-Hodgkin lymphoma? *Clinical Advances in Hematology & Oncology*. 2012;10(8):540-542.

Revisión de pares: Recibido: 16/02/17 Aceptado: 30/03/17