



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Nombre del profesor: Gladys Elena Gordillo Aguilar

Nombre del trabajo: investigación sobre el cuadro clínico y la prevalencia de enfermedades malignas

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Microbiología y parasitología

Grado: 2º

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de junio del 2020.

LINFOMA DE BURKITT

Prevalencia:

Los LNH son más frecuentes que la enfermedad de Hodgkin. En Estados Unidos se diagnostican anualmente alrededor de 50,000 nuevos casos en todos los grupos etarios, y su incidencia aumenta con esta. Se desconoce su causa, aunque, al igual que en las leucemias, existen estudios experimentales que sugieren la participación de ciertos virus en algunos linfomas. Por ejemplo, se ha aislado el retrovirus denominado virus del linfoma leucemia de células T humanas (HTLV-I), que parece ser endémico en el sur del Japón, el Caribe, Sudamérica, parte del centro de América y el sudeste de Estados Unidos.

La incidencia de LNH, sobre todo de los tipos inmunoblástico y de células pequeñas no hendidas (linfoma de Burkitt), está aumentada en los pacientes infectados por el VIH. En estos casos se ha comunicado afectación primaria del SNC y enfermedad diseminada. En alrededor del 30% de los casos, los linfomas son precedidos de una linfadenopatía generalizada, lo que sugiere que la estimulación policlonal de los linfocitos B precede a la formación del linfoma.

Cuadro clínico:

El linfoma de Burkitt es un linfoma de células pequeñas no hendidas. Es raro en Estados Unidos, pero es endémico en África Central. Puede presentarse en la infancia como una masa mandibular u ovárica de crecimiento rápido. Con mayor frecuencia, aparece como una enfermedad abdominal voluminosa, que se origina a menudo en la región de la válvula ileocecal. En los adultos puede ser voluminosa y generalizada, frecuentemente con afectación masiva del hígado, el bazo y la médula ósea. La afectación cerebral y del líquido cefalorraquídeo (LCR) se observa a menudo en el momento del diagnóstico, o en el caso de linfomas recidivantes.

En la patológica demuestra un índice mitótico elevado y un patrón en cielo estrellado de linfocitos malignos rápidamente proliferativos. La enfermedad se asocia de forma estrecha al virus de Epstein-Barr (VEB) en el linfoma endémico; sin embargo, no está claro que este desempeñe un papel etiológico.

LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL

Prevalencia:

La incidencia de la leucoplasia oral ha sido evaluada longitudinalmente por estudios realizados en India, Japón y otros países del Oriente. Esta incidencia está condicionada por la edad, el sexo y el hábito de fumar en los sujetos. De esta forma, en India se encontraron incidencias anuales de 5,2/1000-30/1000 en varones fumadores, de 0,6/1000-5,8/1000 en varones no fumadores, y de 0,2/1000-1,3/1000 en mujeres independientemente de su hábito tabáquico.

En cuanto a los datos de prevalencia de leucoplasia oral, referida a los casos identificados en una población en un momento determinado, existe un acuerdo mundial en cuanto a las cifras. Estos datos oscilan entre 1%-5% dependiendo del país a estudio, del tipo de población, del tipo de hábito tabáquico y de la definición clínica de leucoplasia utilizada. En una revisión sistemática de 2003, Petti y Cols. Agruparon datos de 17 países en los que se realizaron estudios de prevalencia entre 1986-2002. A pesar de la gran heterogeneidad de los estudios, las técnicas estadísticas utilizadas arrojaron una prevalencia mundial unificada de un 2,6%.

Cuadro clínico:

Existen dos tipos fundamentales de leucoplasias: las *homogéneas* y las *no homogéneas*, que se subdividen a su vez en eritroleucoplasias, nodulares y exofíticas.

La leucoplasia homogénea es una lesión blanca de la mucosa oral, uniformemente plana, con una fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada.

En cambio una leucoplasia no homogénea es una lesión predominantemente blanca o roja (eritroleucoplasia) con una superficie irregular, nodular o exofítica.

LINFOMA DE LINFOCITOS B MALIGNOS

Prevalencia:

Reino Unido constituye cerca del 8% de cáncer entre jóvenes. Los Linfomas No Hodgkin (LNH) son un grupo heterogéneo de trastornos linfoproliferativos originados en linfocitos B, linfocitos T y linfocitos NK. En los Estados Unidos, los linfomas de células B representan 80% a 85% de todos los casos, con 15% a 20% siendo los linfomas de células T; Linfomas Natural Killer (NK) son muy raros.

Cuadro clínico:

El síntoma más común son adenopatías, se ha relaciona la aparición de linfadenopatías cervical baja izquierda, supraclavicular o cervical bilateral y adenopatías supra aórticas con o sin inclusión de adenopatías mediastinales con LNH; fiebre sin causa, sudoración nocturna, cansancio, pérdida de peso sin causa y anorexia, piel pruriginosa, petequias.

CÁNCER NASOFARÍNGEO

Prevalencia:

El carcinoma nasofaríngeo (CNF) tiene una incidencia en Europa de 1.1 por cada 100000, y se registran 4760 casos nuevos por año, mientras que en el sudeste Asiático es endémico con una incidencia de hasta 25 por 100,000, existen otras zonas de riesgo intermedio como lo son Magreb y África Central, donde la incidencia se encuentra entre 5 y 7 por 100,000.

En las zonas de endemia afecta principalmente a pacientes jóvenes en la 20 década de vida, en el resto se observa un pico de incidencia a los 50 años. Se observa un leve predominio en varones a razón de 2-3: 1 sobre las mujeres, sin embargo no se observa diferencia en la sobrevida entre sexos.

Cuadro clínico:

La principal manifestación clínica es la presencia de adenopatías cervicales, las cuales se presentan en aproximadamente 65% de los casos, pueden ser uni o bilaterales. Seguida de signos y síntomas nasales, otológicos y neurológicos. Únicamente 5% de los pacientes presentan metástasis al momento del diagnóstico, y afectan el esqueleto axial, y en menor proporción el hígado y pulmones. Se puede presentar, por efecto de masa: obstrucción nasal, rinorrea que podría ser sanguinolenta, o voz nasalizada.

Los signos otológicos están presentes en el 40-60% de los pacientes e incluyen: hipoacusia, otitis seromucosa, acufenos, otalgia y otorrea. La afectación de los pares craneales es menos frecuente, entre 10-20% de los casos, esto indica invasión de la base del cráneo, puede presentar diplopía y neuralgia del trigémino.

Bibliografías:

Araya, B. U. (2015). <https://www.medigraphic.com/>. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zb.pdf>

Escribano-Bermejo M, B.-M. (2019). <http://scielo.isciii.es/>. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

Fernando Sierra Arego, C. M. (Marzo de 2012). <http://scielo.sld.cu/>. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000100013

Ordoñez, D. I. (2014). <https://www.medigraphic.com/>. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142zf.pdf>