



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Nombre de alumno:

Gordillo López Eric Roberto

Nombre del profesor:

Gordillo Aguilar Gladys Elena

Nombre del trabajo:

Prevalencia y cuadro clínico

Materia:

Microbiología y parasitología

Grado: 2 Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de junio del 2020.

El linfoma de Burkitt clásico es endémico en África Central y representa el 30% de los linfomas infantiles en los Estados Unidos. La forma endémica de África suele manifestarse por agrandamiento de la mandíbula o los huesos faciales.

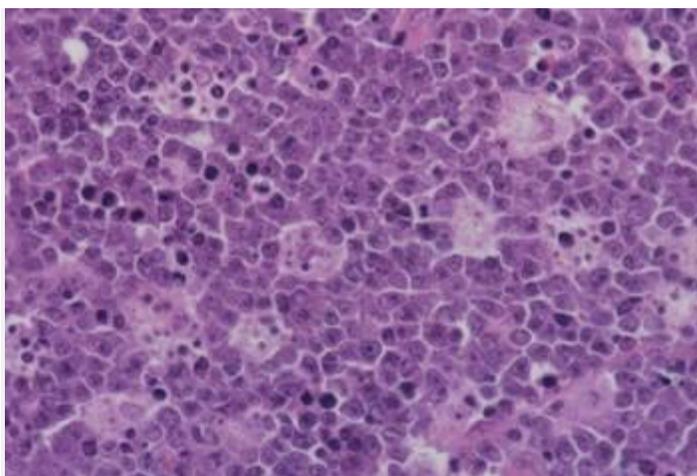
En el linfoma de Burkitt esporádico (no africano), predomina la patología abdominal que con frecuencia se origina en la región de la válvula ileocecal o en el mesenterio. El tumor puede causar obstrucción intestinal. También pueden estar comprometidos sitios extraganglionares como el cerebro u otros órganos sólidos. En los adultos, la enfermedad puede ser voluminosa y generalizada, a menudo con compromiso masivo del hígado, el bazo y la médula ósea. Frecuentemente, hay compromiso del SNC en el momento del diagnóstico o en caso de recidiva del linfoma.

Linfoma de Burkitt



El linfoma de Burkitt es el tumor humano de crecimiento más rápido, y la anatomía patológica revela un alto índice mitótico, proliferación clonal de linfocitos B y un patrón en "cielo estrellado" de macrófagos benignos que han englobado linfocitos malignos apoptóticos. En las exploraciones con FDG-PET, los tumores tienen tasas metabólicas elevadas. Se observa una translocación genética característica que involucra al gen C-myc del cromosoma 8 y la cadena pesada de inmunoglobulina del cromosoma 14. La enfermedad tiene una estrecha asociación con infección por virus Epstein-Barr en el linfoma endémico; sin embargo, no se ha esclarecido si el virus Epstein-Barr desempeña un papel etiológico. El linfoma de Burkitt es frecuente en pacientes con HIV/sida y puede ser una enfermedad definitoria de dicha patología.

Linfoma de Burkitt relacionado con el HIV



La incidencia de la leucoplasia oral ha sido evaluada longitudinalmente por estudios realizados en India y Japón. Esta incidencia está condicionada por la edad, el sexo y el hábito tabáquico de 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 (2). En Japón, a pesar de tener hábitos muy diferentes a los existentes en India, la incidencia anual se mostró muy parecida a la observada en India: 4,1/1000 entre hombres y 0,7/1000 entre mujeres (3).

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 predominantemente blanca de la mucosa oral, uniformemente plana, con una fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada. Por el contrario, una leucoplasia no homogénea es una lesión predominantemente blanca o roja (eritroleucoplasia) con una superficie irregular, nodular o exofítica (12). Las leucoplasias homogéneas suelen ser asintomáticas, el paciente a lo sumo suele referir rugosidad. El descubrimiento suele ser casual, por lo que el tiempo de evolución de la lesión en muchos casos es incierto. Las formas homogéneas pueden cursar, por el contrario, con escozor y ardor.

El linfoma de Hodgkin es una enfermedad relativamente infrecuente que se observa principalmente en personas jóvenes. El número de casos nuevos diagnosticados cada año (incidencia) de linfoma de Hodgkin en diversos países y regiones de Europa es de 2,5 a 3 casos por cada 100000 habitantes.

Cuando el crecimiento ganglionar se produce en el tórax o en el abdomen los síntomas dependen de la compresión que los ganglios provocan sobre otras estructuras anatómicas. Así, puede aparecer tos y dificultad respiratoria (en caso de compresión de la tráquea o los bronquios), o dolor abdominal o de espalda (en caso de afectación de los ganglios del abdomen). Un síntoma clásico, pero poco frecuente, es la aparición de dolor en los ganglios linfáticos después de tomar alcohol (signo de Oster).

Alrededor del 25% de los pacientes manifiesta sintomatología general consistente en pérdida de peso importante (mayor del 10% respecto al peso inicial), intensa sudoración nocturna o fiebre persistente. El prurito (picor en la piel) generalizado es un síntoma infrecuente pero característico del linfoma de Hodgkin y, algunas veces, puede anteceder meses o años al diagnóstico del linfoma.

El cáncer nasofaríngeo se propaga primero a los ganglios linfáticos del cuello y produce bultos en el cuello antes de cualquier otro síntoma. En algunas ocasiones, la obstrucción persistente de la nariz o de las trompas de Eustaquio puede provocar inicialmente una sensación de taponamiento o dolor de oídos y pérdida de la audición, especialmente en un oído. La obstrucción de la trompa de Eustaquio puede ocasionar un acúmulo de líquido en el oído medio. El paciente también puede presentar dolor de oído, hinchazón de la cara, secreción de pus y sangre de la nariz, inflamación de los ganglios linfáticos y hemorragias nasales. Parte de la cara o un ojo pueden quedar paralizados.

la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 7.9 por 100000 para los hombres y de 2.2 por 100000 para las mujeres. La incidencia de cáncer de cabeza y cuello, ajustada por edad fue de 14.3 casos nuevos por 100000 en hombres y de 4.4 casos nuevos por 100000 en mujeres. En términos generales, la sobrevida del estadio I es de 80% o más y en estadios más avanzados (III–IV), alcanza un 40%. Los principales factores de riesgo reportados en la literatura son el fumar cigarro y el consumo de alcohol. Así también, en las últimas publicaciones se muestra que el rol que cumple el virus papiloma humano cobra cada vez más importancia.

BIBLIOGRAFÍA

H. King, F.B. Locke. Cancer mortality among Chinese in the United States. J Natl Cancer Inst. noviembre de, 65 (1980), pp. 1141-1148

<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-hodgkin?showall=1>

Bouquot JE, Whitaker SB. Oral leukoplakia—rationale for diagnosis and prognosis of its clinical subtypes or "phases". Quintessence Int. 1994 Feb;25(2):133-40.

Hainsworth JD, Litchy S, Shaffer DW, Lackey VL, Grimaldi M, Greco AF. Maximising therapeutic effect of rituximab: maintenance treatment vs. re-treatment at progression in patients with indolent non-Hodgkin's lymphoma- a randomized phase two trial of the Minie Pearl research network. Journal of clinical oncology. 2005;23(6):1088-95.