

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

Trabajo:

Investigación

Docente:

GORDILLO AGUILAR GLADYS ELENA

Alumno:

Gordillo López José Luis

Semestre y grupo:

2º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 19 de junio del 2020.

Cáncer nasofaríngeo

Epidemiología

Este carcinoma es muy raro en México, como lo es entre caucásicos europeos y estadounidenses. En la experiencia de los autores, representa apenas 0.1% de la totalidad de las neoplasias malignas, y en el Registro Nacional de Neoplasias Malignas de 2003 se reportaron 59 casos (34 casos en varones y 24 en mujeres), lo cual correspondió a 0.005% de los tumores malignos.² Los países donde se presenta con mayor frecuencia son China (tumor de la provincia de Guangdong, con una incidencia en varones de 20 a 30 por 100 000 habitantes y en mujeres de 15 a 20 por 100 000 habitantes) y Alaska. En comparación con otros carcinomas del tubo aerodigestivo, su presentación ocurre en adultos de edades menores, que por lo general se ubican entre los 20 y 50 años de edad, con una media de 40 años, y sólo se presenta en 1% de los tumores malignos de cabeza y cuello en adolescentes y niños.³ Afecta a varones y mujeres con una relación 2:1.

Etiología y factores de riesgo

El carcinoma nasofaríngeo es una enfermedad compleja causada por una interacción entre la infección crónica por el virus de Epstein-Barr (EBV), el ambiente y factores tanto genéticos como raciales del hospedador para que se desarrolle el proceso de carcinogénesis. El consumo de nitrosaminas volátiles (pescado salado) también se ha relacionado con este proceso, ya que se ha demostrado que el polimorfismo del gen metabolizador de nitrosaminas (CYP2A6) juega un papel crucial en la susceptibilidad para el desarrollo de este padecimiento y podría emplearse como marcador de riesgo.⁴ Asimismo, el gen BCL2L12, un nuevo miembro de la familia de genes BCL2 vinculado con la apoptosis, ha demostrado que su expresión es un indicador pronóstico independiente desfavorable de recaída a corto plazo en esta enfermedad.⁵

El genoma del virus de Epstein-Barr (EBV) ha sido demostrado por hibridación de su ácido nucleico en biopsias de carcinoma nasofaríngeo. El antígeno nuclear (EBNA-1) y la proteína latente de membrana 1 se expresan en la mayoría de los pacientes con carcinoma nasofaríngeo. Mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), se ha llegado a detectar DNA de EBV circulante hasta en 96% de los casos, y los valores

Cuadro Clínico:

La principal manifestación clínica es la presencia de adenopatías cervicales, las cuales se presentan en aproximadamente 60% de los casos, pueden ser universales 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, acúfenos, 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, pueden presentar diplopía y neuralgia del trigémino. Otros signos incluyen: trismus, exoftalmos, y en raras ocasiones ocurren síndromes paraneoplásicos.

Linfoma de Burkitt

Epidemiología:

El Linfoma de Burkitt muestra marcadas variaciones a lo largo de las diferentes regiones geográficas con respecto a la incidencia, edad de presentación, sitio anatómico primario del tumor y asociación con la infección por EBV. La forma Endémica predomina en África ecuatorial y Papúa Nueva Guinea y la forma Esporádica, en áreas como Norte América,

Norte y Oriente de Europa, así como Japón. Sin embargo, descripciones de Linfoma de

Burkitt fuera de las regiones Endémicas y Esporádicas, han permitido una progresiva identificación de áreas en el mundo donde el Linfoma de Burkitt exhibe características específicas y una incidencia intermedia, esta puede ser considerada una forma "intermedia", la cual ocurre en áreas como Sur América, Sur de Europa, Norte de África y Medio Oriente.

En África ecuatorial y Papúa Nueva Guinea es el cáncer más común de la niñez (Parkin 2003). Con una incidencia similar a la de la Leucemia Linfoblástica Aguda en países desarrollados, en el orden de 3-6 casos por 100.000 niños por año entre los 0-14 años, correspondiendo al 80%-90% de los linfomas en este grupo de edad.

El LB es encontrado en áreas de bajo riesgo, tales como Norte América, norte y oriente de Europa y el oriente de Asia, con una incidencia anual ajustada para la edad de 2 por millón, correspondiendo a cerca del 6-15% de todos los Linfomas. En áreas de Sur América, Sur de Europa, Norte de África y Medio Oriente consideradas áreas de riesgo intermedio, con tasas ajustadas para la edad que van entre 3,9 y 8,6 casos por millón, correspondiendo a un 15-46% de los casos de Linfomas. En Colombia para 1982-1991, el Linfoma de Burkitt fue reportado en "International Incidence of Childhood Cancer, Vol II", con una incidencia de 6.2 casos por millón, la más alta entre los países de América Central y América del Sur en menores de 15 años.

Entre los tumores malignos relacionados con el VIH se encuentra el Linfoma de Burkitt. En Uganda, las tasas de incidencia de Linfoma de Burkitt aumentaron de 9,5 casos por millón en 1960-71, a 34,3 casos por millón para el período 1991-1997. En Estados Unidos el impacto de la pandemia del VIH es claro, Guech-Ongey reporta para el periodo de 1980-2005, una incidencia de Linfoma de Burkitt entre pacientes con SIDA fue de 39.5 casos por 100.000 por año en menores de 19 años.

No hay duda que el Linfoma de Burkitt es mucho más común en el África ecuatorial que en otras regiones del mundo, probablemente debido a diferencias en el ambiente y en particular al riesgo de exposición a agentes infecciosos, así como a algunos factores genéticos. Por esta razón, fue llamado el "Linfoma Africano", extendiéndose entre 10 a 15° al norte y sur del ecuador, con una prolongación hacia el sur en la costa este, donde anualmente las temperaturas son mayores a 15°C y las precipitaciones son de más de 24 pulgadas.

Cuadro Clínico:

Son cánceres de un tipo específico de glóbulos blancos (leucocitos) denominados linfocitos, que ayudan a combatir las infecciones. Los linfomas pueden desarrollarse a partir de los linfocitos B y de los linfocitos T. Los linfocitos T son importantes en la regulación del sistema inmunitario y para combatir las infecciones víricas. Los linfocitos B producen anticuerpos.

Puede desarrollarse a cualquier edad, pero es más habitual en niños y adultos jóvenes, especialmente en los varones. A diferencia de otros linfomas, tiene una distribución geográfica específica: es muy frecuente en África Central y muy raro en Estados Unidos. La infección por el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt. También es más frecuente en las personas con infección por el VIH.

El linfoma de Burkitt crece y se disemina rápidamente, con frecuencia hacia la médula ósea, la sangre y el sistema nervioso central. Cuando se extiende, produce debilidad y cansancio. En los ganglios linfáticos y los órganos abdominales pueden acumularse grandes cantidades de células del linfoma y causar inflamación. Si las células del linfoma invaden el intestino delgado pueden dar lugar a una obstrucción o una hemorragia. Pueden inflamarse el cuello y la mandíbula, a veces con dolor intenso. Para establecer el diagnóstico, los médicos realizan una biopsia del tejido anormal y solicitan otras pruebas para determinar el estadio de la enfermedad.

Sin tratamiento, el linfoma de Burkitt es rápidamente mortal. En algunos casos poco frecuentes es necesario realizar una intervención quirúrgica para extirpar segmentos de intestino obstruidos, hemorrágicos o perforados. La quimioterapia intensiva, que incluye la administración de antineoplásicos en el líquido cefalorraquídeo (quimioterapia intratecal) para prevenir la extensión de la enfermedad al cerebro y la médula espinal, puede conseguir la curación de más del 80% de los casos.

Linfoma de linfocitos B malignos

La leucemia linfocítica crónica-B representa la leucemia humana más común en los países occidentales y está caracterizada por la proliferación y acúmulo de linfocitos B monoclonales CD5 + en sangre periférica, médula ósea, ganglios linfáticos y órganos relacionados, que morfológicamente tienen apariencia madura, pero que son biológicamente inmaduros. El curso de la enfermedad está determinado por una profunda disregulación inmune con hipogammaglobulinemia progresiva y una disrupción en la interacción entre las células B y T, así como fenómenos de autoinmunidad. Es el prototipo de enfermedad maligna humana que involucra defectos de la muerte celular programada o apoptosis. En esta enfermedad las translocaciones cromosómicas son raras y las aberraciones genéticas más frecuentes son las deleciones 13q14,11q y la trisomía 12. A pesar de los avances logrados en las técnicas moleculares, aún no se ha podido identificar un oncogen asociado con la patogénesis de este tipo de leucemia, pero los hallazgos citogenéticos y moleculares suministran importante información diagnóstica, clínica y pronóstica, lo cual puede contribuir a decisiones en cuanto al tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta enfermedad.

Leucoplaquia vellosa oral

Epidemiología

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.

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%.

En los países desarrollados la leucoplasia parece afectar a individuos entre la cuarta y séptima década de la vida. En países en desarrollo, la aparición de este tipo de lesiones se adelanta entre 5-10 años.

La distribución por sexos varía según la diferente distribución del hábito tabáquico, aunque puede unificarse en un 3:1 más frecuentemente en hombres que en mujeres.

La localización oral en la que se presenta la leucoplasia también tiene relación con el tipo de hábito tabáquico. Estudios realizados en India han mostrado que en sujetos fumadores, en el 85% de los casos las lesiones aparecen en mucosa vestibular o comisuras bucales. Sin embargo, cuando se analizan los datos de los sujetos que tienen hábito de fumar invertido, la localización preferente pasa a ser el paladar, englobando un 70% de las lesiones. En estudios de países desarrollados, las localizaciones más habituales son la mucosa vestibular y las comisuras orales, englobando el 90% de todas las leucoplasias orales.

Cuadro Clínico

Con la leucoplasia, se forman parches blancos y espesos en las encías, en la parte interna de los pómulos, en la parte inferior de la boca y, a veces, en la lengua. Se pueden eliminar los parches raspándolos.

Los médicos no saben qué causa la leucoplasia, pero consideran que la irritación crónica por tabaco, ya sea fumado, humedecido o masticado, es la causa principal de su desarrollo.

Si bien la mayoría de los parches de la leucoplasia no son cancerosos (son benignos), algunos presentan signos iniciales de cáncer. Algunos tipos de cáncer de la parte inferior

de la boca pueden ocurrir cerca de los focos de leucoplasia. Y los focos blancos mezclados con focos rojos (leucoplasia moteada) pueden indicar el potencial de que aparezca el cáncer. Por lo tanto, es mejor que consultes con tu dentista o profesional de atención primaria si tienes cambios inusuales y persistentes en la boca.

Un tipo de leucoplasia denominada «leucoplasia pilosa», en ocasiones, también llamada «leucoplasia pilosa oral», afecta principalmente a las personas cuyo sistema inmunitario se ha debilitado a causa de una enfermedad, en especial, el VIH o sida.

Bibliografías:

-  <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zb.pdf>
-  <http://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v33n2/0186-4866-mim-33-02-00246.pdf>
-  <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/nasopharyngeal-carcinoma/symptoms-causes/syc-20375529>
-  <https://accessmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookid=2306§ionid=180362641>
-  <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-sangre/linfomas/linfoma-de-burkitt>
-  <http://bdigital.unal.edu.co/53160/1/karentatianagalviscastro.2016.pdf>
-  <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/leukoplakia/symptoms-causes/syc-20354405#:~:text=Leucoplasia,boca%20o%20c%C3%A1ncer%20de%20boca.>
-  http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000200004