



# Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

**Materia:**

**Microbiología y parasitología.**

**Trabajo:**

**Investigación**

**Enfermedades malignas.**

**Docente:**

**Q.C. Gladis Elena Gordillo Aguilar**

**Alumno:**

**Casto Henri Méndez Méndez**

**Semestre y grupo:**

**2° "A"**

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

## Índice

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Linfoma de Burkitt.....    | 3  |
| Diagnóstico.....           | 3  |
| Tratamiento .....          | 4  |
| Leucoplaquia.....          | 4  |
| Características.....       | 4  |
| Diagnostico.....           | 5  |
| Tratamiento .....          | 5  |
| Linfoma de no hodgkin..... | 6  |
| Tipos.....                 | 6  |
| Tratamiento .....          | 7  |
| Cáncer nasofaringe. ....   | 8  |
| Signos y síntomas .....    | 9  |
| Diagnóstico.....           | 9  |
| Pronóstico .....           | 10 |
| Tratamiento .....          | 10 |
| Bibliografía.....          | 11 |

## 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.

### Diagnóstico

Biopsia de ganglios linfáticos o de médula ósea

En raras ocasiones, laparoscopia.

El diagnóstico se basa en la biopsia de ganglio linfático o de tejido de otra localización sospechosa, como la médula ósea. En raras ocasiones, la laparoscopia se puede utilizar tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. La estadificación incluye imágenes del tumor con FDG-PET/TC; si no se cuenta con estos equipos, se puede realizar una tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis. Los pacientes también deben someterse a una biopsia de médula ósea, una citología del LCR y estudios de laboratorio que incluyan LDH. Deben iniciarse rápidamente los estudios de estadificación debido al rápido crecimiento del tumor.

## Tratamiento

### Quimioterapia intensiva

El tratamiento debe iniciarse con rapidez porque los tumores crecen a gran velocidad. Un esquema alternante intensivo de ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, metotrexato, ifosfamida, etopósido y citarabina, (CODOX-M/IVAC) más rituximab determina una tasa de curación > 80% en niños y adultos < 60 años. Para los pacientes > 60 años, los regímenes como el rituximab más etopósido, prednisona, vincristina (Oncovin), y doxorubicina (R-EPOCH con dosis ajustada) también se utilizan comúnmente con éxito. Para los pacientes sin metástasis en el SNC, la profilaxis del SNC es esencial.

Con el tratamiento, es frecuente el síndrome de lisis tumoral ([XRef]), y los pacientes deben recibir hidratación IV, alopurinol a menudo con rasburicasa, alcalinización y control estricto de electrolitos (en particular, potasio, fósforo y calcio). Algunos pacientes pueden requerir diálisis para la hiperpotasemia.

### Leucoplaquia.

La OMS ratificó en su última reunión de consenso de 1997 (Pingborg et al 1997) el seguir considerando dentro del precáncer oral a las lesiones precancerosas y a los estados precancerosos. Se considera como lesión precancerosa a “un tejido de morfología alterada más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal” y como estado precanceroso a “una condición generalizada que se asocia con un riesgo significativamente mayor de cáncer”. La leucoplasia y la eritroplasia, conjuntamente con la queilitis actínica y la queratosis del paladar asociada al fumar invertido se consideran lesiones precancerosas.

### Características

Las leucoplasias pueden aparecer como una lesión única, localizada, como lesiones difusas, ocupando extensas áreas de la mucosa oral, o incluso como lesiones múltiples. De igual forma, el aspecto clínico de las leucoplasias es muy heterogéneo, pudiendo variar desde áreas maculares, lisas y ligeramente blanquecinas y translúcidas, a placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes y con superficie rugosa y fisurada. Generalmente son asintomáticas, pudiendo en algunos casos presentar una ligera sensación de ardor.

El característico pleomorfismo de las lesiones leucoplásicas ha dado lugar a la aparición sucesiva de distintas clasificaciones clínicas, en un intento de caracterizar las lesiones y servir de orientación sobre su posible comportamiento. En la actualidad se consideran dos formas clínicas: las leucoplasias homogéneas y las leucoplasias no homogéneas (Axell et al, 1984). Las formas homogéneas son mucho más prevalentes que las no homogéneas.

### Diagnostico

El diagnóstico provisional se basa en el estudio clínico de la lesión. Los criterios clínicos incluyen la apariencia, consistencia al tacto y localización de la lesión. Por inspección podremos clasificarla como homogénea o incluirla en alguna subdivisión de las no homogéneas. La palpación meticulosa de la lesión deberá descartar la presencia de induración o dolor a la compresión de los tejidos, lo que estaría más en consonancia con una lesión maligna.

### Tratamiento

El primer paso a considerar en el tratamiento de la leucoplasia, es la supresión de los posibles factores relacionados con su etiología: excluir el tabaco y el alcohol, eliminar cualquier factor irritativo de tipo mecánico, etc.

Es importante recordar la frecuente asociación, bien como agente primario o bien con carácter oportunista, de una infección por Candidas. Es más común en leucoplasias no homogéneas, sobre todo de localización retrocomisural, pero también puede darse en las de

tipo homogéneo. Estaría indicado la administración de un tratamiento con antifúngicos tópicos o incluso sistémicos y volver a examinar la lesión a las 2 semanas, siendo frecuente constatar una mejoría muy evidente de la misma. Muchos clínicos realizan dicho tratamiento de forma sistemática en todas las lesiones blancas durante las 2 semanas anteriores a la toma de la biopsia.

### Linfoma de no hodgkin.

El linfoma no Hodgkin (también conocido simplemente como linfoma o NHL, por sus siglas en inglés) es un cáncer que comienza en los glóbulos blancos llamados linfocitos que forman parte del sistema inmunitario del cuerpo. Linfoma no Hodgkin es un término que se utiliza para muchos tipos de linfoma que todos comparten las mismas características. Hay otro tipo principal de linfoma, denominado linfoma de Hodgkin, que es tratado de manera diferente. Consulte Linfoma de Hodgkin. El NHL afecta con más frecuencia a los adultos, aunque los niños también pueden padecerlo. Consulte Linfoma no Hodgkin en niños.

Por lo general, el NHL comienza en los ganglios linfáticos u otro tejido linfático, pero a veces puede afectar a la piel.

### Tipos

#### Linfomas de células B versus linfomas de células T

El sistema linfático está compuesto principalmente por linfocitos, un tipo de glóbulo blanco que ayuda al cuerpo a combatir infecciones. Existen dos tipos principales de linfocitos:

**Linfocitos B (células B):** las células B ayudan normalmente a proteger al cuerpo contra los gérmenes (bacterias o virus) produciendo proteínas llamadas anticuerpos. Los anticuerpos se adhieren a los gérmenes, y los marcan para que sean destruidos por otros componentes del sistema inmunitario.

Linfocitos T (células T): existen varios tipos de células T. Algunas células T destruyen gérmenes o células anormales en el cuerpo. Otras células T estimulan o desaceleran la actividad de otras células del sistema inmunitario.

El linfoma puede empezar en cualquier tipo de linfocitos, pero los linfomas de células B son más comunes.

### Linfomas indolentes versus linfomas agresivos

Los tipos de linfoma no Hodgkin pueden también agruparse en función de qué tan rápido crecen y se propagan:

Los linfomas indolentes crecen y se propagan lentamente. Es posible que algunos linfomas indolentes no requieran tratamiento de inmediato, sino que se les puede dar un seguimiento riguroso. En los Estados Unidos, el tipo de linfoma indolente más común es el linfoma folicular.

Los linfomas agresivos crecen y se propagan rápidamente, y usualmente necesitan ser tratados de inmediato. En los Estados Unidos, el tipo de linfoma agresivo más común es el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL).

Algunos tipos de linfoma, como el linfoma de células del manto, no entran claramente dentro de estas categorías.

Independientemente de cuán rápidamente crecen, todos los linfomas no Hodgkin se pueden propagar a otras partes del sistema linfático si no se tratan. A la larga, también se pueden propagar a otras partes del cuerpo, como el hígado, el cerebro o la médula ósea.

### Tratamiento

Hay diferentes tipos de tratamientos para los pacientes de linfoma no Hodgkin. El tratamiento de los pacientes con linfoma no Hodgkin lo debe planificar un grupo de proveedores de atención de la salud expertos en el tratamiento de linfomas. A veces, el tratamiento del linfoma no Hodgkin causa efectos secundarios.

Se utilizan nueve tipos de tratamiento estándar:

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Inmunoterapia
- Terapia dirigida
- Plasmaféresis
- Espera cautelosa
- Terapia con antibióticos
- Cirugía
- Trasplante de células madre

Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.

- Terapia de vacuna
- Los pacientes podrían considerar la participación en un ensayo clínico.

### Cáncer nasofaríngeo.

El cáncer nasofaríngeo puede afectar a todos los grupos etarios, incluso adolescentes, y es frecuente en la región del mar del Sur de China. Aunque es raro en los EE. UU. Y Europa occidental, es uno de los cánceres más comunes entre los inmigrantes chinos, especialmente los de ascendencia del sur de China y del sudeste asiático. Después de varias generaciones, la prevalencia entre los chinos estadounidenses disminuye gradualmente hasta equipararse

con la del resto de los estadounidenses, lo que sugiere un componente medioambiental en la etiología. Se considera que la exposición por la dieta a los nitritos y al pescado salado aumenta el riesgo. El virus de Epstein-Barr virus es un factor de riesgo importante y existe predisposición hereditaria. Otros cánceres nasofaríngeos son los carcinomas adenoide quístico y mucoepidermoideo, tumores malignos mixtos, adenocarcinomas, linfomas, fibrosarcomas, osteosarcomas, condrosarcomas y melanomas.

### Signos y síntomas

El cáncer nasofaríngeo a menudo se presenta con metástasis palpables en los ganglios linfáticos en el cuello. Otro síntoma de presentación frecuente es la pérdida de la audición, en general causada por obstrucción nasal o de la trompa auditiva (de Eustaquio), que produce derrame en el oído medio. Otros síntomas son dolor de oído, rinorrea sanguinolenta y purulenta, epistaxis franca, parálisis de los nervios craneales y adenopatía cervical. La parálisis de los pares craneales afecta sobre todo al VI, IV y III par, debido a su localización en el seno cavernoso, en estrecha proximidad al foramen lacerum, que es la vía más común de diseminación intracraneal para estos tumores. Dado que los linfáticos de la nasofaringe se comunican en la línea media, son frecuentes las metástasis bilaterales.

### Diagnóstico

Endoscopia y biopsia nasofaríngeas

Estudios por imágenes para la estadificación

A los pacientes en los que se sospecha un cáncer nasofaríngeo se les debe realizar la exploración con un espejo nasofaríngeo o un endoscopio y deben tomarse muestras para biopsia de las lesiones. La biopsia a cielo abierto del ganglio cervical no debe realizarse como

procedimiento inicial (ver Masa cervical), si bien es aceptable, y a menudo recomendable, la biopsia con aguja. Se solicita RM con gadolinio (con supresión grasa) de la cabeza con atención a la nasofaringe y base del cráneo; esta última se encuentra afectada en cerca del 25% de los pacientes. La TC también se solicita para evaluar con exactitud los cambios óseos de la base del cráneo, que se visualizan menos en la RM. Con frecuencia, se realiza una PET para evaluar la extensión de la enfermedad, así como los ganglios linfáticos cervicales.

### Pronóstico

Los pacientes con enfermedad en estadio temprano (ver Estadificación del cáncer de cabeza y cuello) suelen tener un buen resultado (la supervivencia a los 5 años es de 60 a 75%), mientras que los pacientes con enfermedad en estadio IV tienen un mal resultado (la supervivencia a los 5 años es < 40%).

### Tratamiento

Quimioterapia más radioterapia

Cirugía

Dada la localización y la extensión del compromiso, los cánceres nasofaríngeos a menudo no son aptos para la resección quirúrgica. En general se tratan con quimioterapia y radioterapia, que suelen ser seguidas por quimioterapia adyuvante. Los tumores recidivantes pueden tratarse con otro ciclo de radiación, por lo general, con braquiterapia (colocación de implante radiactivo); se corre el riesgo de producir radionecrosis de la base de cráneo. Una alternativa a la radiación, para pacientes selectos, es la resección de la base de cráneo. La resección consiste en eliminar parte del maxilar superior para el acceso, pero en casos selectos la resección puede llevarse a cabo por vía endoscópica, aunque existen pocos datos aún sobre la resección endoscópica.

## Bibliografía.

- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/linfomas/linfoma-de-burkitt>
- La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n1/original2.pdf>
- <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/linfoma/paciente/tratamiento-lnh-adultos-pdq>
- <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/linfoma-no-hodgkin>
- <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html>
- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/c%C3%A1ncer-nasofar%C3%ADngeo>