



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

MATERIA: MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

DOCENTE: Q.C. GRADYS ELENA GORDILLO AGUILAR

PRESENTA: ANDREA MONTSERRAT SANCHEZ LOPEZ

1. LINFOMA DE BURKITT

La OMS describe tres variantes clínicas para el linfoma de Burkitt: endémico, esporádico y asociado a inmunodeficiencia.

Linfoma de Burkitt endémico se refiere principalmente a los casos que ocurren en niños africanos. Este tipo usualmente involucra huesos faciales, especialmente la mandíbula, el maxilar superior y el orbital del ojo. El virus de Epstein-Barr (VEB) está asociado con el 90% de los linfomas de Burkitt endémicos.

Linfoma de Burkitt esporádico Se refiere a los casos que ocurren en una región geográfica o climática no específica. Este tipo usualmente involucra al abdomen. A diferencia del linfoma endémico, la infección con VEB sólo se encuentra en cerca del 20% de los casos. Representa el 40-50% de los linfomas no-Hodgkin en infantes, pero sólo el 1-2% de los linfomas en adultos en Europa Occidental y los Estados Unidos.

Linfoma de Burkitt asociado a inmunodeficiencia se refiere a casos que ocurren en pacientes infectados con VIH, pacientes de transplantes (más frecuentemente en órganos sólidos) o individuos con otros desordenes del sistema inmunológico. El linfoma de Burkitt representa 30-40% de los linfomas no-Hodgkin en individuos infectados con VIH. Sin embargo, el VIH no está directamente relacionado con la formación de cáncer. VEB se encuentra en 30-40% de los casos de linfoma de Burkitt.



Cuadro clínico

El linfoma hace que los ganglios linfáticos se hinchen. Los ganglios linfáticos cancerígenos están inusualmente hinchados y pueden ser detectados en la superficie del cuerpo.

Sin embargo, la inflamación de los ganglios linfáticos también puede ser resultado de otros factores, incluyendo infecciones, por lo que no son una indicación confiable de cáncer. Otros síntomas generales causados por el linfoma incluyen:

- pérdida inexplicable de peso
- fiebre
- sudoración nocturna extrema
- comezón severa

Tipos específicos de linfoma se manifiestan a través de distintos síntomas. Personas con linfoma del estómago o nódulos abdominales pueden experimentar calambres dolorosos, náuseas, pérdida del apetito y estreñimiento debido al bloqueo del intestino grueso por ganglios linfáticos hinchados. El linfoma de piel puede verse y sentirse fácilmente. Las lesiones aparecen frecuentemente como nódulos morados y rojizos directamente bajo la piel y frecuentemente dan comezón

2. LEUCOPLASIA VELLOSA ORAL

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos señalan una prevalencia media de leucoplasia oral en el mundo que oscila entre el 1% y el 5% de la población, aunque estas cifras se elevan considerablemente en los países del sudeste asiático y singularmente en la India. Para España y otros países desarrollados de nuestro entorno, probablemente es más razonable aceptar una prevalencia del 0.5%.

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.

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.

Afecta principalmente a las personas cuyo sistema inmunitario se ha debilitado a causa de una enfermedad, en especial, el VIH o sida.



Cuadro clínico

Por lo general, la leucoplasia se presenta en las encías, el interior de las mejillas, la parte inferior de la boca (debajo de la lengua) y, a veces, en la lengua. No suele ser dolorosa y puede pasar desapercibida durante un tiempo.

La leucoplasia puede presentarse:

- Como parches blancos o grisáceos que no desaparecen al limpiar la zona
- Con textura plana o irregular
- Como zonas engrosadas o endurecidas
- Junto con lesiones rojas y abultadas (leucoplasia moteada o eritroplasia), las cuales tienen más probabilidades de mostrar cambios precancerígenos

LINFOMA DE LINFOCITO B MALIGNO

Epidemiología

Las células cancerígenas del linfoma No-Hodgkin pueden ser T o B. En los Estados Unidos, aproximadamente el 15% de los casos de linfoma No-Hodgkin se desarrollan de linfocitos T y 85% de linfocitos B. Las células blancas de la sangre normales pueden desarrollarse en hasta treinta diferentes variaciones anormales, cada una clasificada como un tipo distinto de linfoma No-Hodgkin.

La American Cancer Society estima que aproximadamente 65,540 (89%) de los 74,030 casos de linfoma diagnosticados en los Estados Unidos en el 2010 serán clasificados como No-Hodgkin.

Los linfomas se originan del tejido linfoide. Se desarrollan como consecuencia de la expansión clonal de una u otra línea (o sublínea) linfoide (linfocitos B o T y más raro NK), dando los dos grandes grupos: Linfoma Hodgkin (LH) y linfoma no Hodgkin. El linfoma no Hodgkin (LNH) comprende un grupo de enfermedades relacionadas entre sí.

Cada variedad histológica de linfoma no Hodgkin se caracteriza por la transformación maligna de las células linfoides, con morfología, inmunofenotipo, genética y clínica diferente. Entre la etiología encontramos: virus de Epstein-Barr (EBV), virus linfotrófico humano tipo 1 (HTLV1), herpes virus humano 8 (HHV-8), Helicobacter pylori. Los linfomas difusos de células B grandes (30–40%) son los más comunes, seguidos de linfoma de células B folicular (22%). Todos los demás tipos de linfoma tienen una frecuencia menor de 10%. El diagnóstico de los linfomas es histopatológico. El tratamiento se lleva a cabo con poliquimioterapia (CHOP), adicionándole un anticuerpo monoclonal (rituximab), también se emplea radioterapia.



Cuadro clínico

El signo más común del linfoma no Hodgkin es agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos en el cuello, la axila o la ingle. Los ganglios linfáticos agrandados también se pueden encontrar cerca de las orejas o del codo.

Los signos y síntomas del linfoma no Hodgkin pueden incluir

- Ganglios linfáticos inflamados
- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Cansancio
- Pérdida del apetito
- Disminución de peso
- Sarpullido.

CANCER NOSOFARÍNGEO

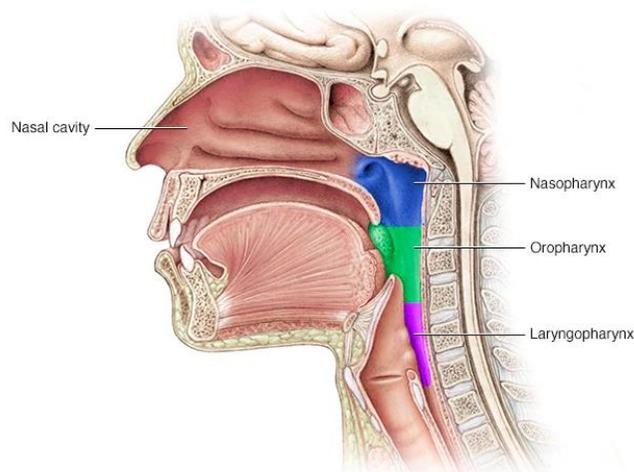
Epidemiología

El carcinoma nasofaríngeo (CNF) es un tumor que se origina en las células epiteliales que cubren la superficie y revisten la nasofaringe. La incidencia anual es de 1/100.000 en los países occidentales.

La incidencia es más alta en las poblaciones chinas y tunecinas. Aunque es una enfermedad rara, el CNF representa casi una tercera parte de los neoplasmas nasofaríngeos de la niñez.

¿Qué es?

Un carcinoma nasofaríngeo es cáncer que ocurre en la nasofaringe, la cual se ubica detrás de la nariz y encima de la parte posterior de la garganta. El cáncer comienza cuando una o más mutaciones genéticas provocan la proliferación descontrolada de las células normales, la invasión de las estructuras cercanas y, finalmente, la diseminación (metástasis) a otras partes del organismo. En los carcinomas nasofaríngeos, este proceso comienza en las células epidermoides que recubren la cara externa de la nasofaringe.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

No se sabe con exactitud qué causa las mutaciones genéticas que dan lugar al carcinoma nasofaríngeo, aunque se detectaron factores que aumentan el riesgo de padecer este tipo de cáncer, como el virus de Epstein-Barr. Sin embargo, no queda claro por qué algunas personas que tienen todos los factores de riesgo nunca padecen cáncer, mientras que otras que no tienen factores aparentes de riesgo sí lo padecen.

Cuadro clínico

En sus primeras etapas, el carcinoma nasofaríngeo puede no provocar síntomas. Entre los posibles síntomas notables del carcinoma nasofaríngeo se incluyen los siguientes:

- Un bulto en el cuello causado por un ganglio linfático inflamado
- Presencia de sangre en la saliva

- Supuración de sangre de la nariz
- Congestión nasal o zumbido en los oídos
- Pérdida de la audición
- Infecciones frecuentes del oído
- Dolor de garganta
- Dolores de cabeza

Las neoplasias de cavum se caracterizan por dar una sintomatología tardía y engañosa. Debido a su localización, en la mayoría de los casos, el paciente consulta cuando el tumor ya es muy grande y ha obstruido la trompa de Eustaquio o las fosas nasales.

Sus síntomas más habituales son tumor palpable en el cuello, cierta disnea, hipoacusia (por obstrucción de las trompas, que puede dar lugar a una otitis serosa), otalgia, disfonía o epistaxis.

Son tumores muy invasivos, llegando incluso a invadir la base del cráneo así como grupos ganglionares cervicales. Además, tienen una gran capacidad metastásica, por lo que se encuentran metástasis a distancia. Según los signos o síntomas iniciales o predominantes, o ambas, se dividen en:

- Forma respiratoria o nasofaríngea. Con obstrucción nasal, rinolalia cerrada y rinorrea o epistaxis.
- Forma ganglionar. Las metástasis ganglionares cervicales son precoces, pudiendo alcanzar un tamaño considerable antes que se sospeche la lesión primitiva.
- Forma articular. Con hipoacusia, otalgia, acúfenos y eventualmente, infección.
- Formas neuroocular y neurológica. Por lesiones de los nervios craneanos debido a la progresión invasora.
- Forma dental.
- Formas metastásicas. No es frecuente como inicio del cuadro. Las metástasis tardías, esqueléticas, han sido descritas particularmente en las vértebras y en la bóveda craneana.