

CASO CLINICO:

LINFOMA NO HODGKIN

DE CÉLULAS B GRANDES EN CAVIDAD ORAL PACIENTE MASCULINO DE 80 AÑOS

Análisis de la decisión en la clínica

Universidad Del Sureste

Presenta: Polet Viridiana Cruz Aguilar

Catedrático: Dr. Darío Cristiaderit Gutiérrez Gómez

OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO

Brindar a las recomendaciones de salud basadas en evidencia científica disponible sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del linfoma no hodgkin en los niveles de atención.

OBJETIVO SECUNDARIO

- Reconocer de manera oportuna y eficiente los signos y síntomas relacionados con el LNH para lograr un diagnóstico preciso
- Establecer criterios de referencia, para que el paciente con sospecha y diagnóstico del LH

DEFINICIÓN

Pertenece a un grupo de cánceres heterogéneos originados del crecimiento neoplásico de tejido linfóide.

Los glóbulos blancos denominados linfocitos se desarrollan de una manera anormal y forman tumores en el cuerpo

FISIOPATOLOGÍA

Se genera a partir del acumulo de alteraciones genéticas y epigenéticas promoviendo la mutación.

Presenta diferentes estadios de maduración de los linfocitos B, T y NK, teniendo el complejo de histocompatibilidad (CHM) 1 y 2 en la presentación de Ag a células Tcitotóxicas para la vigilancia inmunitaria tumoral.

B2-microglobulina inhibe la expresión de CHM1 en la superficie celular de las células neoplásicas

Lesión de ADN de un linfocito progenitor, siendo un daño adquirido.

ADN alterado sufre una mutación dando resultado una proliferación descontrolada y exagerada de linfocitos dando como resultado masas tumorales en ganglios linfáticos.

EPIDEMIOLOGÍA

Existen más de 30 tipos de LNH

90% linfomas de linfocitos B.

En Estados Unidos ocupan el 5to lugar en enfermedades oncológicas donde aproximadamente 71 000 personas son diagnosticadas al año con LNH.

Su incidencia va en aumento desde el año 2000 hasta el 2017 los linfomas han representado la octava causa de muerte por cáncer en México

En cavidad oral 5% de todos los linfomas y 14% de todas las neoplasias malignas de cabeza y cuello y 97% de LNH

Más frecuente en varones de 50 años

¿POR QUÉ SE PRESENTA? FX DE RIESGO

- Genético
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida
- Infecciones por Epstein- Barr
- Virus linfotrópico T humano
- Bacteria Helicobacter pylori
- Enfermedades autoinmunes (Síndrome de Sjogren, Lupus, Artritis reumatoide)

SEMIOLOGÍA CLÍNICA

- Fiebre
- Diaforesis
- Pérdida de peso
- Síndrome infiltrativo (adenopatías, esplenomegalia, hepatomegalia)
- Ganglios linfáticos agrandados
- Hiperhidrosis

LABORATORIALES

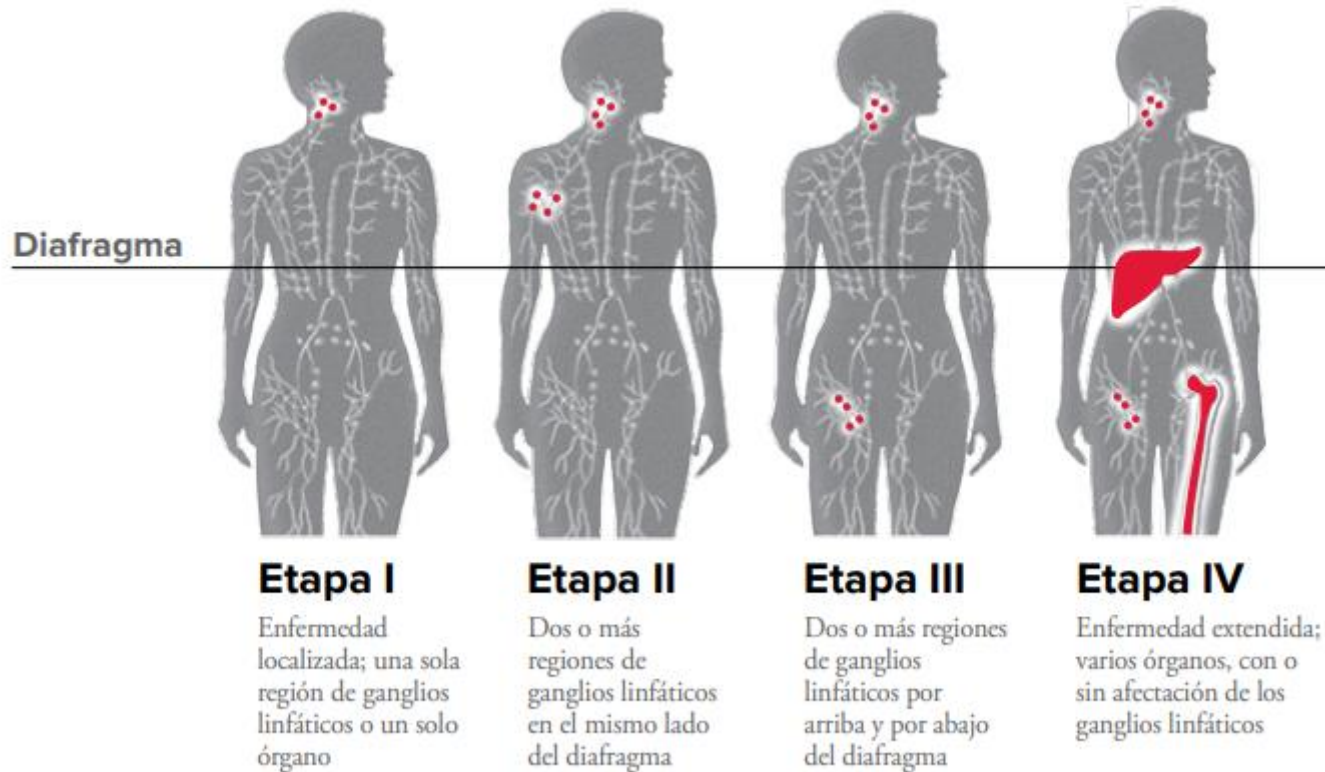
- Biometría hemática completa con lectura microscópica
- Velocidad de sedimentación globular
- Química sanguínea
- Pruebas de función hepática
- Deshidrogenasa láctica
- Fosfatasa alcalina
- Electrolitos séricos
- Beta 2 microglobulina

PRUEBAS DE GABINETE

- Radiografía de tórax
- Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis
- TAC cuello y macizo facial
- PET CT
- Biopsia

CLASIFICACIÓN

Etapas del linfoma no Hodgkin



Categorías A , B, X y E

A	B
Sin fiebre, sudoración excesiva, sin pérdida de peso	Fiebre, sudoración excesiva y pérdida de peso

Categorías A , B, X y E

X	E
Enfermedad con masa tumoral	Afectación de áreas o de un órgano fuera de ganglio linfático o se ha extendido.

CLASIFICACIÓN

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP

Escala ECOG	Descripción
0	Asintomático
1	Sintomático: Pero completamente ambulatorio, capaz de realizar actividades de la vida diaria con poca limitación
2	Sintomático: En cama menos del 50% del día
3	Sintomático: En cama más del 50% del día
4	Encamado: puede necesitar hospitalización.

ESCALA DE KARNOFSKY

%0	Descripción
100	Sin presencia de sintomatología
90	Capaz de actividad física con signos y síntomas leves
80	Act normal con esfuerzo + manifestaciones
70	Capaz de cuidarse pero incapaz de actividad o trabajo
60	Atención ocasional
50	Requiere asistencia y frecuente cuidados médicos
40	Encamado, necesita cuidado y atención especial
30	Invalidez severa, hospitalización indicada
20	Invalidez grave, hospitalización y tratamiento de sostén
10	Muy grave, rápida progresión de la enfermedad
0	Muerte

Tabla 1. Estadificación de los linfomas no Hodgkin de acuerdo a Ann Arbor ^{2,16}

Estadio	Definición
I	Involucra una sola región ganglionar o un solo órgano o sitio extralinfático (IE).
II	Dos o más regiones ganglionares a un solo lado del diafragma. Involucración de un solo órgano o sitio extra linfático y uno ó más regiones linfoides a un solo lado del diafragma (IIE). Puede indicarse el número de regiones nodales involucradas (IIE _n).
III	Involucración de regiones de ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma. Pudiendo estar acompañado por involucración localizada de un sitio u órgano extra nodal (IIIE) o bazo (IIIS) o ambos (IIIES).
IV	Involucración difusa o diseminada de uno o más órganos extranodales a distancia con o sin involucración de ganglios linfáticos agrandados.

Subtipos de NHL y su frecuencia

Linfoma de células B

1. Linfoma difuso de células B grandes (31%)
2. Linfoma folicular (22%)
3. Linfoma de tejido linfoide asociado con las mucosas (MALT, por sus siglas en inglés) (7.5%)
4. Linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL, por sus siglas en inglés)/leucemia linfocítica crónica (CLL, por sus siglas en inglés) (7%)
5. Linfoma de células del manto (6%)
6. Linfoma mediastínico (tímico) de células B grandes (2.4%)
7. Linfoma linfoplasmacítico y macroglobulinemia de Waldenström (menos del 2%)
8. Linfoma ganglionar de células B de la zona marginal (menos del 2%)
9. Linfoma esplénico de la zona marginal (menos del 1%)
10. Linfoma extraganglionar de células B de la zona marginal (menos del 1%)
11. Linfoma intravascular de células B grandes (menos del 1%)
12. Linfoma de efusión primaria (menos del 1%)
13. Linfoma de Burkitt y leucemia de Burkitt (2.5%)
14. Granulomatosis linfomatoide (menos del 1%)

TABLA 5

Clasificación de Kiel de los Linfomas de tipo No-Hodgkin
(Lennert, 1974)

Bajo - Grado de Malignidad	
Linfoma linfocítico (LLC y otros) +	
Linfoma linfoplasmocitoide (Inmunocítico)	
Linfoma centrocítico	
Linfoma centrocítico - centroblástico	Folicular * Folicular * y difuso Difuso *
Alto - Grado de Malignidad	
Linfoma centroblástico	
Linfoma Linfoblástico	Burkitt Contorsionado Otros
Linfoma inmunoblástico	

* Con o sin esclerosis

+ LLC - Leucemia Linfocítica crónica

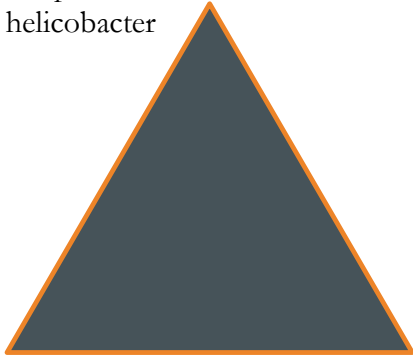
Tabla 16-18. Clasificación de los linfomas según Rappaport (1966)

- I. Linfomas nodulares
 - A. Linfoma linfocítico
 1. Pobremente diferenciado
 2. Moderadamente diferenciado
 3. Bien diferenciado
 - B. Linfoma de tipo celular mixto
 - C. Sarcoma de células reticulares (linfoma histiocítico) (Gall, 1958)
 - D. Enfermedad de Hodgkin (tabla 16-21)
- II. Linfomas difusos
 - A. Linfoma linfocítico
 1. Pobremente diferenciado
 2. Moderadamente diferenciado
 3. Bien diferenciado
 - B. Linfoma de tipo celular mixto
 - C. Sarcoma de células reticulares (linfoma histiocítico) (Gall, 1958)
 - D. Enfermedad de Hodgkin (tabla 16-21)

Fuente: Miale, J. Hematología. Medicina de Laboratorio. 6ª edición. Editorial Reverté S. A. 1985.

PERIODO PREPATOGENICO

LLT, Virus de Epstein Barr,
VHC, VIH, helicobacter
pylori



Humano

Ambiente

PERIODO PATOGENICO

MUERTE

Cronicidad

Según el estadio

Complicaciones

Progresión tumoral, infecciones, enfermedades
cardiacas, lesión pulmonar, esterilidad.

**Síntomas
específicos**

Fiebre, diaforesis, perdida de peso, síndrome infiltrativo,
adenopatías progresivas indoloras de localización cervical, axilar,
inguinal y extraganglionar

Síntomas inespecíficos:

Nauseas, vomito, dolor en área, afebril, aumento de peso, tos, comezón, cefalea

C
L
I
N
I
C
O

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN A LA SALUD

- Platicas sobre la importancia de la detección oportuna de LNH.
- Hacer énfasis de la sintomatología de LNH
- Capacitación a todo el personal de salud sobre el diagnostico y tratamiento

PROTECCIÓN ESPECIFICA

- Evitar contacto con agentes mielotoxicos conocidos y prevenir enfermedades infecciosas que favorecen a los linfomas.
- No hay vacuna que proteja

PREVENCIÓN SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ

- Presencia de manifestación clínicas
- Adenopatías de crecimiento progresivo
- Biopsia de la zona tumoral estudio
- Inmunoquimico
- Exámenes de laboratorio y de gabinete
- Disección para la observación de cuerpos

TRATAMIENTO OPORTUNO

- Adecuado manejo a LNH
- Acudir al centro de salud o hospital más cercano
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Inmunoterapia

PREVENCIÓN TERCIARIA

LIMITACIÓN DEL DAÑO

- Dependiendo el estadio en el cual se presente el paciente

REHABILITACIÓN

- Terapia psicológica debido al daño que pueda causar el tratamiento y como sobre llevarlo
- Ejercicios terapéuticos
- Apoyo espiritual

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 80 años refiriere haber iniciado cuadro clínico con percepción de aumento de volumen en región naso geniana derecha dos meses previos a la consulta posterior a un traumatismo menor en dicha región.

Por lo que acude con odontólogo particular quien indicó terapia antiinflamatoria y antimicrobiana sin mejoría y lo refiere para valoración con el servicio de cirugía maxilofacial.



Antecedentes:

APNP:

hipertensión arterial sistémica actualmente controlada con hidroclorotiazida 25mg cada 12 horas

APP:

Habita en casa propia, en medio urbano, cohabitan 2 personas, cuenta con todos los servicios básicos como: agua, luz, gas, 3 habitaciones, casa de una planta de materiales duraderos, cuarto para cocina y comedor, 1 baño completo taza inglesa, sin mascotas, aseo bucal 3 veces al día, esquema de vacunación completo.

AGO: (si corresponden al sexo)

Tratamientos Previos

Antiinflamatorio ibuprofeno 400mg cada 8 horas

Datos clínicos al ingreso del caso

Sintomatología

Fiebre de 38°C, inflamación en región nasogeniana, sin dolor e hiperhidrosis nocturna

Exploración

Aumento de volumen en región naso geniana derecha, difusa, no dolorosa a la palpación, indurada, intra oralmente presentó aumento de volumen en región maxilar posterior derecha en zona vestibular de coloración similar a mucosa adyacente, indurada, difusa de base sésil de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, presentó movilidad grado III en órganos dentarios adyacentes; primero y segundo molar superior derechos.

Laboratoriales

Se realizó una biometría hemática con leucocitosis, hiperkalemia y creatinina elevada y B2 microglobulina positiva

Estudios de laboratorio y gabinete

Tomografía computarizada simple y contrastada de cabeza y cuello, donde se observó cortes axiales y coronales lesión hipodensa a hueso que abarca piso de la órbita, ocupa porción de seno maxilar e infiltra pared anterior del mismo hacia región de fosa cigomática



Figura 2. Fotografía clínica intraoral donde se observa aumento de volumen en zona vestibular de la región molar derecha del maxilar

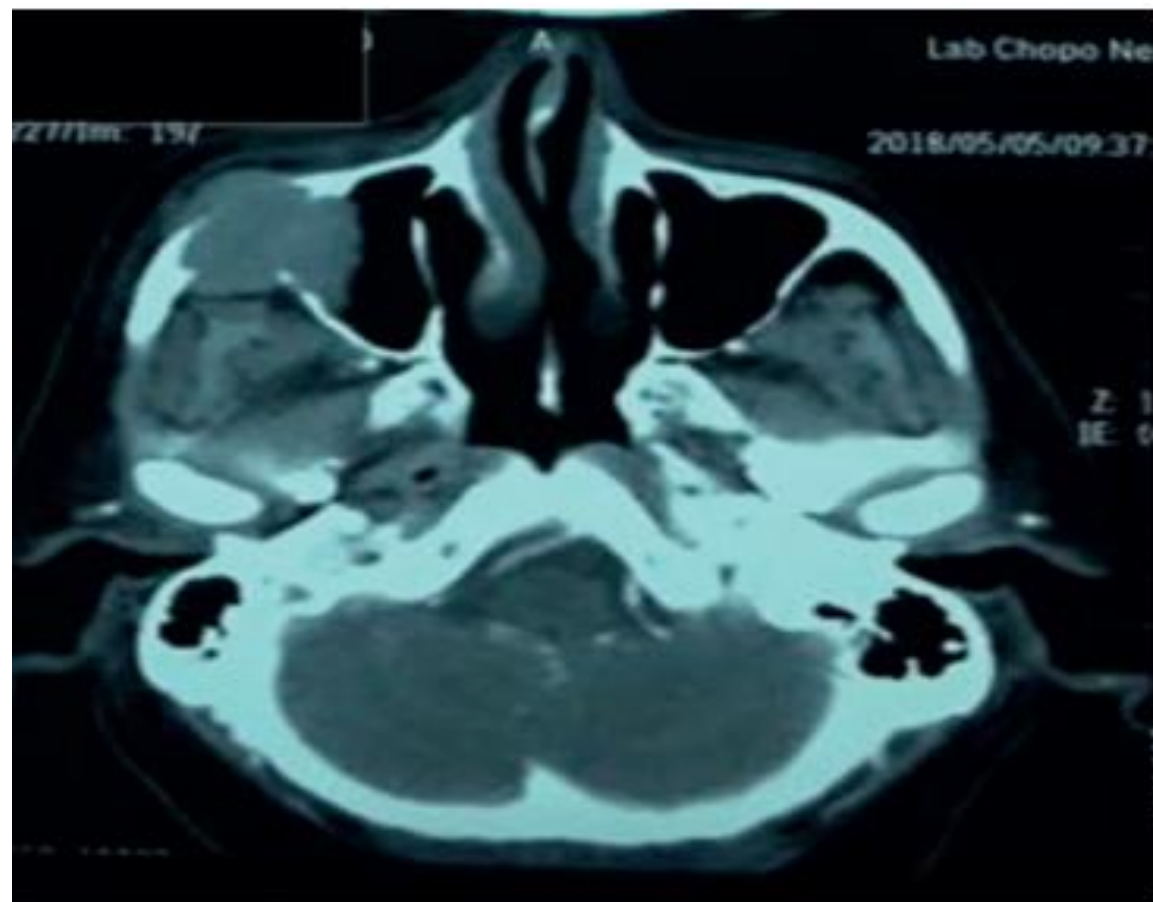
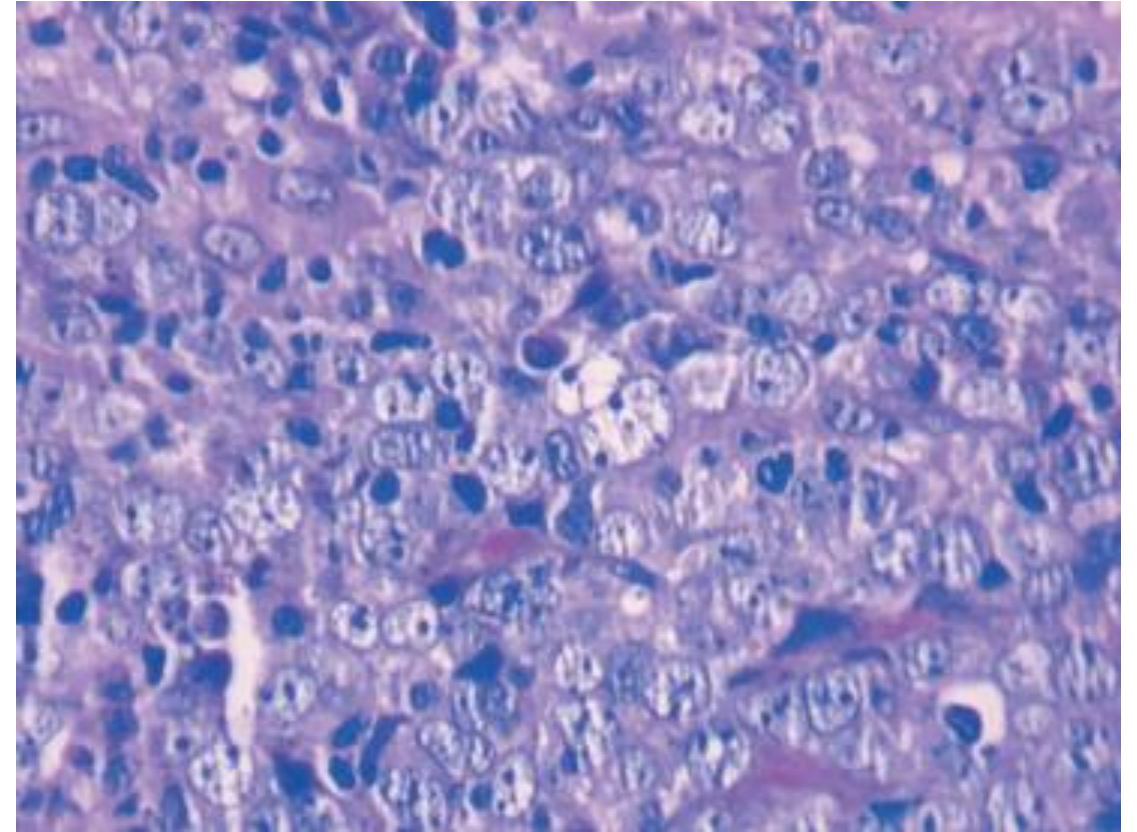


Figura 3. TC corte axial. Se observa lesión hipodensa a hueso que ocupa porción del seno maxilar derecho y destruye pared anterior del mismo

Se decide realizar toma de biopsia incisional bajo anestesia local, obteniendo tejido de consistencia blanda, friable de color blanquecino, el cual se envía a estudio histopatológico, observando un espécimen formado por linfocitos medianos y grandes con pleomorfismo e hiperchromatismo en un tejido conectivo fibroso denso bien vascularizado con hemorragia reciente.



Paciente fue referido al Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN) donde se realizó el estudio de inmunohistoquímica.

Diagnósticos

Dx 1: Linfoma No Hodgkin de células grandes B tipo centro germinal

Justificación: Debido a los estudios realizados de la biopsia del tejido y la prueba inmunohistoquímica cCD-20, bcl-1, bcl-6, CD-10 positivos; NUM-1 positivo; CD3, EBERISH: negativos.

Diagnósticos descartados: (si existen)
Queratoquiste odontogénico, odontoma

Justificación: Se descarta por los estudios realizados

Tratamientos

Dx 1: Linfoma No Hodgkin de células grandes B tipo centro germinal

Tx: Radioterapia dirigida a la zona de la lesión (36 Gy) y 6 ciclos de quimioterapia con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, clorhidrato de doxorubicina (hidroxidaunorubicina), sulfato de vincristina (Oncovin) y prednisona).

Eliminación o conservación de tratamientos preexistentes: Eliminación de antiinflamatorio.

Rehabilitación y terapia o medidas paliativas:

EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

A pesar la enfermedad siguió progresando

Evidencia la persistencia de nódulo y desarrollo de
ulceras intra oral

Paciente fallece 15 días después del inicio de su
radioterapia y quimioterapia

EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

1.- Al implementar el tratamiento: El paciente se le noto un deterioro físico y fetidez bucal

2.- Complicaciones: Ulceras intra oral, cefalea, nauseas, cansancio, xerostomía

3.- Ajustes y cambios: Sin ajuste alguno

4.- Nueva evolución (se puede repetir varias veces) pasa a 2 o 5

5.- Evolución favorable o fatal: Muerte

DESENLACE DEL CASO CLÍNICO

Radioterapia 36 Gy y 6 ciclos
quimioterapias R-CHOP

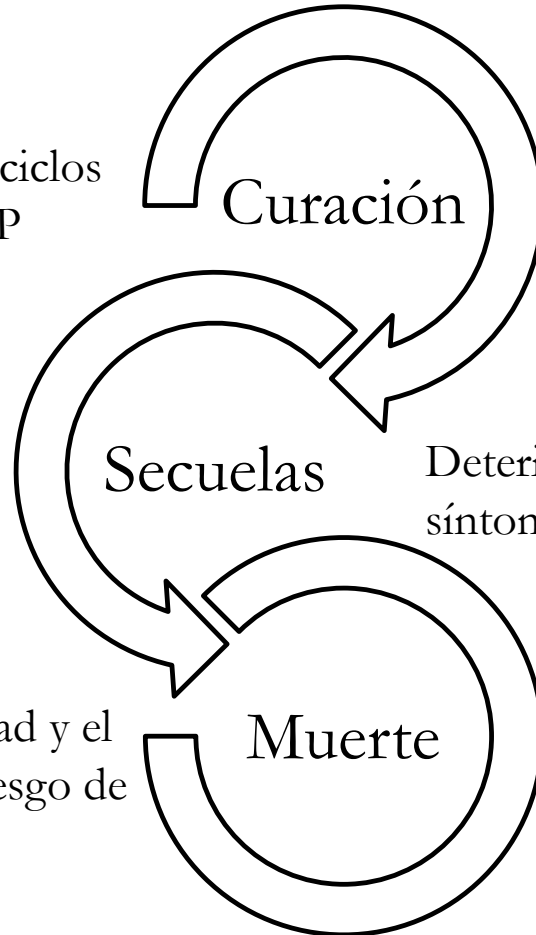
Curación

Secuelas

Deterioro físico, llagas bucales,
síntomas gastrointestinales.

Debido a ser mayor de edad y el
tratamiento aumento el riesgo de
muerte.

Muerte



PRONOSTICO DEL CASO

FALLECIO PACIENTE DE 80 AÑOS DE EDAD

CONCLUSIONES DEL CASO CLÍNICO

Los linfomas de cavidad oral representan el 4% de los casos de cáncer en cavidad bucal, es de vital importancia tomar en cuenta los datos epidemiológicos, como el género, edad y factores de riesgo que pueden llegar a desencadenar el LNH.

Como en este caso el paciente tenía 80 años de edad y no tenía algún factor de riesgo importante para llegar a ese diagnóstico, por eso es importante tener los conocimientos necesarios para poder detectar de una manera precoz el linfoma de no Hodgkin en cavidad oral también, la posibilidad de que el LNH se manifieste en boca como una lesión primaria, lo cual puede significar el inicio de una progresión de la enfermedad hacia otros nodulos linfáticos y estructuras anatómicas.

BIBLIOGRAFÍAS

- Genetech. (2014). *Linfoma no Hodgkin*. https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_nhl.pdf
- Brene, I. V. B., & Traver Méndez, V. T. M. (2020). Linfoma no Hodgkin de células grandes “B” en cavidad oral: presentación de un caso y revisión de la literatura. *ODONTOLOGÍA SANMARQUINA*, ISSN-L 1560-9111; eISSN: 1609-8617. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097501/16910-texto-del-articulo-62028-1-10-20200507.pdf>
- Linfoma No Hodgkin extranodal NK/T nasal Extranodal Non-Hodgkin NK/T nasal Lymphoma. (2019). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 9(N.2: 119-123), ISSN-2215 2741. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr192q.pdf>
- *Linfomas No Hodgkin en el Adulto*. (2009). Guía de Práctica Clínica. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/174GER.pdf>