

**Linfoma extranodal. Afectación primaria de carrillo**

**Extranodal Lymphoma. Primary cheek involvement**

**Dr. Rolando Casas Fundora; Dra. Laura Elena Fuentes Díaz; Dr. Rafael Pila Pérez; Dra. Margarita Pila Peláez; Dr. Rafael Pila Peláez**

Hospital Provincial Manuel Ascunce Doménech Camagüey, Cuba.

## **RESUMEN**

La incidencia de los linfomas no Hodgkin (LNH) en pacientes infectados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es relativamente alta. Sin embargo, se han reportado muchos casos por la clínica y estudios histopatológicos de manifestaciones orales en pacientes con LNH. La afectación primaria del carrillo como manifestación extranodal del LNH es una entidad que se presenta muy raramente. Presentamos los hallazgos encontrados en las diversas pruebas realizadas, para el diagnóstico definitivo fue necesaria la exéresis quirúrgica de la tumoración.

**DeCS:** LINFOMA NO HODGKIN; SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; CIGOMA/lesiones.

## **ABSTRACT**

The incidence on non-Hodgkin s lymphomas (NHL) in patients infected with immunodeficiency virus (HIV) is relatively high –However., there have been new reports on the clinical and histopathological features on oral manifestations on NHL

in these patients. Primary cheek involvement by extranodal is rare. We present one case of extranodal lymphoma that requires surgical treatment for the diagnosis.

**DeCS:** LYMPHOMA, NON- HODGKIN; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; ZYGOMA/injuries.

## **INTRODUCCIÓN**

Varios estudios de linfoma no hodkin (LNH) de la cavidad oral han aparecido últimamente en la literatura (1-3). En general las lesiones orales se caracterizan por inflamación, que puede crecer rápidamente y que muestra ulceración (4). Los sitios comunmente afectados son la gingiva vestibular bucal y la mucosa paladar (5), la afección primaria de los carrillos es raramente señalada.

El objetivo de este trabajo es describir un caso de LNH del carrillo, señalando sus características y la necesidad de su exéresis para su diagnóstico definitivo.

### **Observación clínica:**

Se trata de un hombre de 60 años que presentó una historia de dolor durante dos meses en la zona del carrillo derecho que no cedía a los analgésicos ni a los antiinflamatorios locales, por lo que tuvo que acudir a su estomatólogo en múltiples ocasiones. Entre sus antecedentes personales destacaba ser diabético desde los 42 años, por lo cual llevaba tratamiento con antidiabéticos orales. Durante el último mes había aumentado el dolor, que se acentuaba durante la masticación, de la hemicara derecha, fiebre de 39º C, así como astenia, anorexia y sudoraciones vespertinas, por lo cual es referido a la consulta de máxilo – facial de nuestro hospital.

### **Examen físico:**

Dolor intenso a la palpación de la hemicara derecha en la zona del carrillo del mismo lado con signos inflamatorios, absceso tumoral de 3 a 4 cm de consistencia algo dura, redondeada, movable y de superficie irregular. El resto del examen físico fue normal.

Entre los datos complementarios se destacan: hemoglobina 9g/l, leucocitos 15 300 x 10<sup>9</sup>/l con diferencial normal, VS 110/hora, Glicemia, creatinina, e iones fueron normales LDH 703 u/i survey óseo, colon por enema y esófago estómago y duodeno: normales. Radiografías de tórax y maxilares: normales, ultrasonido de

abdomen: sin alteraciones, TAC de mediastino y abdomen: normal, BAAF no concluyente para el diagnóstico, ecografía: normal.

Es sometido a intervención quirúrgica donde se reseca una masa tumoral de 4 cm aproximadamente, de color blanquesino, algo dura y con diagnóstico anatomopatológico del linfoma no Hodgkin de tipo linfocítico.

El paciente fue remitido al Hospital Oncológico donde recibió tratamiento radiante, siendo dado de alta asintomático y después de dos años se encuentra totalmente recuperado.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los linfomas surgen a partir de los linfocitos de los ganglios linfáticos pudiendo afectar posteriormente el tejido linfoide extranodal, pero también aunque raros, pueden haber linfomas primitivamente extranodal (6). Cerca del 25% de los LNH son de tracto gastrointestinal, ventrículos cardiacos, faringe, tiroide, huesos, testículos, pulmón cerebro y piel (8,9). Las manifestaciones orales se reportan en el 5% de los casos de LNH (10). También es importante señalar que los LNH extranodales son una de las lesiones no epiteliales más comunes en la sesión del cuello y cabeza (11). Por tanto los linfomas afectan distintos tejidos linfáticos (12).

Los síntomas más comunes y signos son aumento de volumen de los ganglios, fatiga, anorexia, fiebre, así como los propios del órgano afectado. Nuestro paciente presentó todos los síntomas y signos con excepción de las adenopatías, pero si presentó inflamación, dolor intenso en la zona del carrillo, acompañándose de dificultad para el acto masticatorio. En ocasiones el principal y más común síntoma es la presencia del tumor intraoral (10). A veces es la pérdida de dientes con parestesia del nervio mandibular (13), por ello muchos pacientes tienen que acudir al estomatólogo en múltiples ocasiones debido a que se piensa en el diagnóstico de otras entidades como infecciones, periodontitis o reacción alérgica (14). Hay que tener presente que estas alteraciones han aumentado en los pacientes con VIH positivo. Se señala que el intervalo entre el primer síntoma y el diagnóstico definitivo es de 2,5 meses en un rango entre 0 y 8 meses (10), nosotros demoramos cuatro meses para el diagnóstico.

Los hallazgos radiológicos no son específicos en los linfomas, la desaparición de la lámina dura característica del linfoma de Burkitt no fue observado por nosotros. Por no tratarse de este tipo de linfoma se reporta en ocasiones lesiones óseas en procesos avanzados (15). La TAC y resonancia magnética tienen alta sensibilidad y

baja especificidad lo que hace necesaria la realización de pruebas histoquímicas especiales (10). Por tanto, el diagnóstico de los linfomas está basado en el estudio histológico: la falta de consenso en la clasificación de los linfomas causan problemas a los patólogos y a los clínicos y crean dificultades en la interpretación de los estudios publicados.

El linfoma primario extranodal se encuadró dentro de los linfomas de células B periféricas (16). Nuestro paciente presentaba un LNH linfocítico en estadio I de Ann Arbor, sin otro tipo de lesión. El tratamiento consiste en quimioterapia, radioterapia, combinación de ambos o tratamiento quirúrgico.

*Del Pozo López y Cols* (17) señalan como más beneficiosa la combinación radioterapia con quimioterapia. Cada día es mayor la tendencia a usar la quimioterapia sola, en especial en las zonas histopatológicas de más pronóstico y en los estadios avanzados (17). La radioterapia quedaría reservada para casos escogidos (18), mientras que hay autores que indican la extirpación de la lesión por exéresis quirúrgica (19,20), como realizamos a nuestro enfermo, el cual después de dos años se encuentra totalmente asintomático.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kalhim A, Al-Soudant M, Matukas V. Malignant Lymphoma of the palate: Report of two cases. *J Oral Maxillofacial Surg* 1986;44:811-14.
2. Lund D, Rood A, Graig C, Burkitt Lymphoma presenting with Jaw lesions in a young white girl. *Br J Oral and Maxillofacial Surg* 1997;35:438-41.
3. Chandú A, Mitchell A, Currisson A. Cutaneous CD 30 positive large T Cell Lymphoma of the Upper Lip: a rare presentation. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 1997;35:193-95.
4. Thomas D, Lewis, Cuipe J, Bras J. Cutaneous lymphoma presenting as a facial swelling : report of a case and review of the literature. *Int J Oral maxillo -Fac Surg* 1995;23:356-58.
5. Croot R, Van Merkesteyn J, Bras J: Oral manifestations of non Hodgkin's Lymphoma in HIV infected patients. *Int J Oral maxillo -Fac Surg* 1990;19:194-96.
6. Saiz Martínez J, Pufald J, Torralba M, Puebla Macarrón C, Alfonso Aguirán B, Madariaga Ruiz B., Villa Vieja Atance J. Linfoma extranodal. Afectación primaria de la cintura escapulo -humeral. *Arch de la Fac de medicina de Zaragoza*. 1998;78:139-42.
7. Keves C, Babalan F, Lattanzi D. Periradicular Lymphoma: differentiation from inflammation . *Oral Surg* 1998; 66: 220-35.

8. Chatila R, Fiedder P, Vender R. Primary lymphoma of the Collblader : A case and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2242-44.
9. Inchusta M, Sanchez M, Sánchez M, Mellado M, Rodríguez V: Linfoma angiocéntrico con afectación pulmonar. *Radiografía* 1997;37: 335-37.
10. Soder Holm A, Lindquist C, Heikinheimo K, Forssell R, Non-Hodgkin's lymphoma presenting through.
11. Sloomweg P, Wittkam of A, Kluin P, De Wilde P. Van Unnir J: Extranodal Non - Hodgkin's lymphoma of the oral tissues: An analysis of 20 cases. - *J Maxillo Facial Surg* 1985,13:85-92.
12. Asmot B, Recharl C. Non - Hodgkin's lymphoma and paraproteinaemias. *Bailliere's. Clin Haematol* 1992;1:82-5.
13. Fakuda V, Ishida T, Fujimoto M, Veda T, Aozasak. Malignant lymphoma of the oral cavity : Clinico-pathologic analysis of 20 cases. *J Oral Pathol* 1998;168-12-17.
14. Brahim J, Katz R, Roberts M. Non-Hodgkin's lymphoma of the hard palate mucosa and buccal gingiva associated with AIDS. *Oral Maxillo Fac Surg* 1989; 46:328-30.
15. Hupp J, Collins F, Ross A, Myall R. A review of the Burkitt's lymphoma. Importance of radiographic diagnosis. - *J Maxillo Fac Surg* 1982;10:240-45.
16. Harris N, Jaffe S, Stein H. A revised European -American Clasifcation of the Lymphoid neoplasms: a proposal from the International. Lymphoma Study Group. *Blood* 1994;84:381-92.
17. Del Pozo López A, Belloozo Matínez F, Jaen Olasses Pontell Soriano. Lozano Barrioso: Linfomas de localización en la esfera de ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1987; 40: 185-88.
18. Fujitani T, Takahata T, Hattori H. Radiochemotherapy for Non- Hodgkin's lymphoma in palatine tonsill. *Cancer* 1984;54:1288-92.
19. Walter P, Work D, Bayley G. Cirugía de las glándulas salivales mayores. *Otorrinolaringología Shumrick. Paparella* 1982. P 270-75.
20. Yoel J. Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. Barcelona: Salvat; 1986. P 558-67.

Recibido: 25 de marzo de 2000

Aporbado.19 de abril de 2001