

CASO CLÍNICO

Linfoma Mucoso Folicular de Células B Pequeñas. Reporte de un caso.

Mirtha E. Meneses,* Melany L. Ayala,** Carolina Feraudy,*** Delfo Carballo****

- * Docente Dermatóloga Hospital Obrero No1, La Paz Bolivia
** Residente de Dermatología de 2do año Hospital Obrero No1, La Paz Bolivia
*** Médico Patólogo, Hospital de Clínicas, La Paz Bolivia,
**** Médico Patólogo, La Paz Bolivia

Correspondence:
melanyayala.95@gmail.com

Palabras clave: Linfoma No Hodgkin, Virus Epstein Barr, Linfoma Folicular de células B, R-CHOP.

Fecha de recepción: 22/12/2022
Fecha de aceptación: 05/05/2023

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 39 años de edad que acude por cuadro clínico de 4 años de evolución, caracterizado por lesión que ocupa todo el paladar blando. Se realizaron 3 estudios histopatológicos, que reportan proceso inflamatorio crónico. Se solicita serología para Virus Epstein Barr, misma positiva, y 4to estudio histopatológico que reporta linfocitos atípicos, con resultado de inmunohistoquímica CD20 positivo, concluyendo en el diagnóstico final un Linfoma de células B pequeñas folicular en paladar blando. Se presenta este caso por la importancia entre la asociación del VEB y procesos linfoproliferativos y que debe ser tomada en cuenta ante un paciente con lesión en paladar de larga data.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 39 años de edad sin antecedentes de importancia, Procedente y Residente de Oruro, Bolivia, ocupación maestra de secundaria, niega hábitos tóxicos COMBE (-).

Con antecedente de una internación en el mes de febrero del 2022 en Hospital Obrero No1, por parte del Servicio de Infectología, para estudio de Leishmaniasis mucosa.

Acudió a Consulta Externa de Dermatología con transferencia de Infectología, por cuadro clínico de larga data de 4 años de evolución, caracterizado por lesión ulcerativa en paladar blando, acompañada de tos con expectoración purulenta, disfagia y odinofagia. Recibió tratamiento con antifúngicos y antimicrobianos por tiempos prolongados.

Se realizaron 3 estudios histopatológicos que reportaron proceso inflamatorio severo crónico. Cuadro se exacerba hace aproximadamente 1 año, con lesión que ocupa toda la úvula.



Foto 1



Foto 2

CUADRO 2. PANEL VIRAL

HIV	NEGATIVO
VEB (IG-G)	POSITIVO
CMV (IG-G)	POSITIVO
VHB	NEGATIVO
VHC	NEGATIVO
VHS (IG-G)	POSITIVO
RUBEOLA (IG-G)	POSITIVO

Al examen físico dermatológico segmentario se evidencia mucosa oral erosionada fibrosa ulcerativa en paladar blando, con ausencia de la úvula.

Ante la sospecha de una enfermedad infecto-contagiosa, se solicitan estudios para tuberculosis y leishmaniasis, mismos reportan: Tinción de Ziehl Neelsen Negativo en esputo, intradermorreacción negativa, Reacción en Cadena de Polimerasa para Leishmaniasis negativo en aspirado de lesión.

Ante lesión granulomatosa y hallazgos tomográficos se completan estudios con perfil inmunológico, mismos negativos. Además, se solicita panel viral, mismo reporta: Se evidencia positividad para ciertos virus en fase de cronicidad, sin embargo el más importante es la positividad para VEB y su relación con enfermedades tanto inmunológicas como linfo-proliferativas.

Con positividad para VEB y persistencia de lesión ocupativa en paladar, se solicitó estudio inmu-no-histoquímico de tercer estudio histopatológico, mismo reporta: Presencia marcada de linfo-plasmocitos y neutrófilos, con presencia de folículos linfoides prominentes, reactivos.

Ante la duda diagnóstica se solicita inmunohistoquímica, que reporta lo siguiente: CD 20 ++, CD79a, Ki67++, Bcl2+, CD3-, CD56-, Grandzime B-. Linfocitos B reactivos.

Conclusión diagnóstica: Mucosa erosionada con focos necróticos y proliferación de linfocitos atípicos compatibles con linfoma de células B pequeñas, folicular de

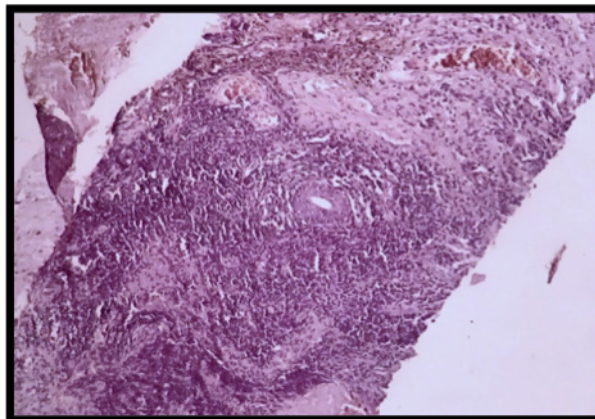


Foto 3.

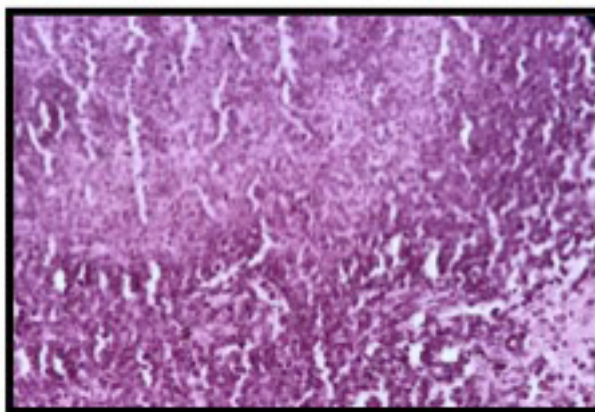


Foto 4.

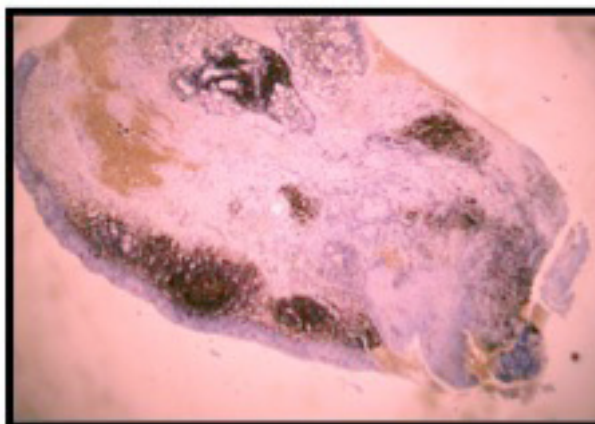


Foto 5.



Foto 6.

bajo grado histológico. Con los estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos se confirmó la sospecha clínica de una enfermedad linfo-proliferativa de tipo Linfoma No Hodgkin en mucosa oral.

Tras el diagnóstico inicial, se realizó la respectiva transferencia a Oncología, donde recibió 6 sesiones de quimioterapia R-CHOP con resolución completa del cuadro.

DISCUSIÓN

Los tumores malignos de la cavidad oral representan el 5% de los tumores de todo el cuerpo humano, de ellos el 90% corresponden al Carcinoma de Células Epidermoides (CE) y el 2-10% restante a los linfomas, que pueden ser Hodgkin (LH) y No Hodgkin (LNH).¹

De ellos, el Linfoma Folicular representa el 30% de los LNH. La etiopatogenia se basa en alteraciones en la proliferación de los Linfocitos B y en diferentes etapas de maduración. Además que se ha encontrado una estrecha relación con el Virus Epstein Barr, VHC, VHH-8, HTLV-1, H. pylori, entre otros. La franca relación con el VEB establece que podría permanecer latente en los linfocitos B, con cierta capacidad para inmortalizar a las células, lo que hace que sea un factor de mal pronóstico y de progresión tumoral.^{2,5} En nuestro caso se presenta positividad para el VEB evidenciándose la migración a un proceso linfoproliferativo.

Los linfomas maduros de células B pequeñas están asociados con una traslocación 14 y 18 del q23, q21; que resulta en la fusión de los genes IGH y BCL-2. Dentro de la epidemiología se dice que afecta más a los varones, con un promedio de la séptima década de la vida.^{3,4}

Generalmente no presenta síntomas B a diferencia de los otros linfomas y el sitio de predilección de presentación es el paladar. Microscópicamente se evidencia patrón de crecimiento folicular, con centrocitos y centroblastos dispersos. El inmunofenotipo es CD20 +, CD10+, BCL6+, BCL2+, CD23+/-, CD43.³

Se cita como principales diagnósticos diferenciales a la Leishmaniasis mucosa, Granulomatosis con Poliangeitis y Tuberculosis Mucosa, sin embargo, los estudios de PCR para leishmania, perfil inmunológico (P-ANCA, C-ANCA, ANA) negativo y Tinción de Ziehl Neelsen Negativo en esputo, todos ellos se engloban dentro del Síndrome de la Línea Media. El último diagnóstico diferencial y el principal incluye al Linfoma de células T (NK), que se diferencia en su estirpe histológica y su alta mortalidad (hasta el 60%).⁶

Se puede concluir que es una entidad poco frecuente, de muchos diagnósticos diferenciales, que debe ser tomada en cuenta, ante un paciente con una lesión ulcerativa en cavidad oral de larga data, en asociación con una coinfección con el VEB, con el fin de prevenir secuelas a largo plazo o incluso la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ofelia J. Malignant lymphoma of the oral cavity and the maxillofacial region: Overall survival prognostic factors. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Jul 1;18 (4): 619-26.
2. Vinitzky I. Linfoma no Hodgkin de células grandes B en cavidad oral: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Odontol. Sanmarquina* 2020; 23(2): 181-18.
3. Petersen V. Linfoma de células del manto, linfoma de malta, linfoma de linfocitos pequeños y linfoma folicular de la cavidad oral: una actualización. *J Oral Pathol Med*. 2021;50:622-630.
4. Guidry J. Epstein Barr Virus in the Pathogenesis of Oral Cancers. *Oral Dis*. 2018 May ; 24(4): 497-508 Barone S. Linfoma no Hodgkin maligno oral: un estudio retrospectivo de un solo centro. En *J Medio Ambiente*. 2022; (19) 6:1-10.
5. Falk R. Granulomatosis con polangeitis y polangeitis microscópica: manifestaciones clínicas y diagnóstico. In: Lee S, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass.: UpToDate, 2022.
6. Mozas P. Actualización en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del linfoma folicular. *Medicina Clínica*. 2021: 2-9.

7. Abufon P. Linfoma folicular sistémico con afectación cutánea y recidiva únicamente cutánea. Cartas científico clínicas. 1-3. Guerra A. Linfoma No Hodgkin. Conceptos Generales. 2013; 8 (1): 23-24.
8. Granado A. Leishmaniasis cutánea y mucocutánea. Actas Dermo Sifilio-Graficas. 2021; 111 (2): 601-618.
9. Mollinedo J. Leishmaniasis en Bolivia: revisión y estado actual en Tarija, frontera con Argentina. Biomedica. 2020. 40 (1); 45-61.
10. Deep K. A Disguised Tuberculosis in oral buccal mucosa. Dental Research Journal. 2011; 8 (3): 1-6.
11. Santiago H. Caracterización de lesiones letales de la línea media del Hospital Escuela Universitario, Honduras entre 2011-2014. CIMEL 2017; 22(1) 6-10
12. Chavarriaga M. Presentación de caso clínico Linfoma No Hodgkin. 2013.
13. Andreou A, Thermos G, Sklavounou-Andrikopoulou A. Linfoma extraganglionar de células NK/T, tipo nasal con afectación del paladar: reporte de un caso raro y revisión de la literatura. Patología de cabeza y cuello. 2021 junio; 15 (2): 621-627.