

LINFOMA NO HODGKIN DE LA CAVIDAD BUCAL COMO MANIFESTACION CLINICA PRIMARIA DE INFECCION POR VIH. INFORME DE 7 CASOS.

Dr. Carlos Alberto Díaz Pérez¹, Dra. Milagros Martínez Rodríguez².

RESUMEN

Está bien determinado que la infección por VIH predispone al desarrollo de linfomas no Hodgkin. Éstos pueden ser sistémicos, primarios del sistema nervioso central y linfomas de cavidades orgánicas. La localización extraganglionar más frecuente es en el sistema nervioso central, seguido del sistema gastrointestinal. Estos linfomas se caracterizan por su alto grado de malignidad y rápida progresión. Se han publicado pocos casos en que el linfoma no Hodgkin aparece en la boca como primera localización y punto de partida para el diagnóstico del SIDA. Teniendo en cuenta estos elementos, se presentan 9 casos de pacientes estudiados en el Mpilo Central Hospital de Bulawayo, Zimbabwe, que desarrollaron el linfoma en la boca como primera manifestación clínica de la infección por VIH, en relación con sus características clínicas e histológicas.

Palabras clave: LINFOMA NO HODGKIN / etiología; INFECCIONES POR VIH / diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA BOCA / etiopatología VIH.

INTRODUCCION

Tres tipos de neoplasias están relacionadas con la infección por VIH: el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin y el carcinoma escamoso^{1,2}; los tres pueden aparecer en la cavidad bucal.

¹ Especialista de I grado en Cirugía Maxilofacial. Responsable del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez".

² Estomatólogo. Responsable del servicio de Estomatología del Hospital Pediátrico Docente "Pedro A. Pérez".

Está bien establecido que la infección por VIH predispone al desarrollo de linfomas no Hodgkinianos; su incidencia ha aumentado en los últimos años, cuando más del 30% de los pacientes con severa inmunodepresión lo desarrollan.³ Powles⁴ lo considera como el segundo tumor más común que afecta a las personas infectadas con el VIH, que su incidencia no ha declinado con la introducción de la terapia antirretroviral y su pronóstico continúa siendo muy pobre.

Los linfomas relacionados con el SIDA pueden dividirse en tres grupos: sistémicos, primarios del sistema nervioso central y de cavidades orgánicas⁵; los sistémicos constituyen el 80% de todos los linfomas; la localización extraganglionar más frecuente es en el sistema nervioso central, seguido del sistema gastrointestinal, pero no es común su presencia en la boca como primer signo de la enfermedad.⁶

Sin embargo, se han registrado algunos casos en que el linfoma no Hodgkin es el primer signo clínico de la infección por VIH y el punto de partida para su diagnóstico; esto nos motivó a presentar 7 casos estudiados en el Mpilo Central Hospital de Bulawayo, Zimbabwe, donde a partir del linfoma bucal se llegó al diagnóstico del SIDA; se presentan las características clínicas e histológicas.

INFORME DE LOS CASOS

Caso Clínico # 1. Paciente femenina, de 14 años de edad, que acude a consulta por tener inflamado el maxilar derecho, con tres semanas de evolución, asintomática.

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen bucal: tumoración localizada en el maxilar derecho, alrededor de los molares, de color rojo, friable, de 6 cm, aproximadamente, blanda, no dolorosa a la palpación.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, inmunoblástico.

Tratamiento: transferido al departamento de Oncología

Caso clínico # 2. Paciente masculino, de 32 años de edad, que acude a consulta por tener inflamadas las encías, con tres semanas de evolución, asintomático.

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen bucal: masa roja de aproximadamente 3 cm, entre los incisivos centrales superior, blanda y no dolorosa a la palpación.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, centroblástico.

Caso clínico # 3. Paciente masculino, de 36 años de edad, que acude a consulta por tener inflamado el maxilar derecho, con cuatro semanas de evolución, que no mejora con el tratamiento recibido (antibióticos y antiinflamatorios).

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen bucal: tumoración localizada en el maxilar derecho, alrededor de los premolares y molares, en forma de masa roja, que expande el paladar duro y el vestíbulo bucal, ulcerada en el espacio retromolar.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, inmunoblástico.

Tratamiento: transferido al departamento de Oncología.

Caso clínico # 4. Paciente femenina, de 22 años de edad, que acude a consulta por tener inflamada la lengua, con seis semanas de evolución, que aumenta progresivamente de tamaño y le impide hablar y alimentarse correctamente (Figura 1).

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen bucal: tumoración lobulada en los dos tercios anteriores de la cara ventral de la lengua, que protruye sobre los incisivos y el labio inferior hacia el exterior.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, centroblástico.

Tratamiento: transferido al departamento de Oncología.

Caso Clínico # 5. Paciente femenina, de 23 años de edad, que acude a consulta por tener inflamada la cara, con cinco semanas de evolución y no mejora con el tratamiento recibido (antibióticos y antiinflamatorios).

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen facial: aumento de volumen de la mejilla derecha, firme, que desplaza el ala nasal.

Examen bucal: masa roja, friable, alrededor de premolares y molares, que expande el paladar duro y el surco vestibular.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, linfoblástico.

Caso clínico # 6. Paciente femenina, de 32 años de edad, que acude a consulta por tener inflamada la boca, con seis semanas de evolución, y no mejora con el tratamiento recibido (antibióticos y antiinflamatorios).

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen bucal: tumoración localizada en el maxilar derecho, alrededor de los premolares y molares, de color rojo, friable, que expande el paladar duro y el surco vestibular.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, plasmocítico.

Tratamiento: transferido al departamento de Oncología.

Caso clínico # 7. Paciente femenina, de 22 años de edad, que acude a consulta por tener inflamada la cara, con cinco semanas de evolución, y no mejora con el tratamiento recibido (antibióticos y antiinflamatorios).

APP: negativo

Estado general: bueno

Examen facial: aumento de volumen de la mejilla derecha, que desplaza el ala nasal, firme a la palpación.

Examen bucal: tumoración localizada en el maxilar derecho, alrededor de los premolares y molares, de color rojo, friable, que expande el paladar duro y el surco vestibular.

US abdominal: negativo

RX de tórax: negativo

VIH: positivo

Informe histológico: alto grado de malignidad, linfoma no Hodgkin, plasmocítico (Figura 2).

DISCUSION

La infección por VIH está asociada a un incremento de la incidencia del linfoma no Hodgkin.⁶⁻⁸ La hipótesis de su patogenia podría ser que la estimulación antigénica del virus de Epstein-Barr (VEB) y la simultánea disfunción de células T conllevaría a una proliferación de células B que acabarían originando el linfoma. La mayoría de ellos son linfomas de tipo inmunoblástico, con muy mal pronóstico y progresión hacia la muerte.

Según Ramírez Amador y sus colaboradores⁹, el 12% de las neoplasias en pacientes con SIDA son linfomas no Hodgkin, mientras que Weiss³ considera una cifra mayor, más del 30%, y que su incidencia va en aumento. Estos pacientes pueden desarrollar linfomas extranodales; en la boca aparecen como un crecimiento rápido en forma de masa, generalmente localizados en las encías, aunque también han sido registrados en el paladar y en los procesos alveolares^{10,11}; sin embargo, es infrecuente que el linfoma aparezca en la boca como primer signo de la neoplasia o de la infección por VIH.^{6,12,13} Generalmente, los pacientes infectados por VIH desarrollan con más frecuencia otras

manifestaciones bucales de la enfermedad, como la candidiasis y la leucoplasia vellosa¹⁴, a partir de las cuales se puede llegar a un diagnóstico precoz.^{12,14}

De acuerdo con la edad promedio (22,7 años, límite 14 -35 años) nuestros pacientes están dentro del grupo de riesgo de transmisión heterosexual de la infección por VIH, vía fundamental en el sur de África.^{12,13} La mayoría de los linfomas se localizaron en los maxilares (4 pacientes), en forma de masa roja ulcerada que destruye el hueso e invade las estructuras adyacentes. Desarrollaron una rápida evolución, como promedio 4,5 semanas (límite 3-6 semanas). No se observó predominio de alguna variante histológica, aunque el tipo centroblastico (2 pacientes) se considera frecuente en la variante extranodal del linfoma no Hodgkin del tracto digestivo¹⁵ y el tipo inmunoblástico (2 pacientes) se caracteriza por el gran numero de mitosis y rápida progresión, y es la variante mas común de linfoma no Hodgkin asociada a la infección por VIH.¹⁵

Coincidimos con Bagan¹³, y con Colmenero, y sus respectivos colaboradores¹⁶, que han presentado 1 caso y 3 casos, respectivamente, similares a los nuestros, en que el linfoma no Hodgkin fue la primera manifestación de la infección por VIH y el punto de partida para su diagnóstico. Es llamativo que estos pacientes fueran tratados inicialmente como afectados por simples procesos inflamatorios, y se demorara el diagnóstico y tratamiento adecuado. Sugerimos tener en cuenta los resultados de este trabajo en el África subsahariana, donde existe una alta incidencia de la infección por VIH, para mejorar la eficacia en el diagnóstico y tratamiento de las manifestaciones bucales del SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Lozada-Nur F, Silverman S, Migliorati CA, Conant MA, Abrahams D, Volberding PA. Oral manifestation of tumor and opportunistic infections in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): findings in 53 homosexual men with Kaposi sarcoma. *Oral Surgery* 1983; 50:491-4.
2. Pindborg JJ. Classification of oral lesions associated with HIV infection. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology* 1989; 67:292-5.
3. Weiss R, Huhn D. HIV-related non-Hodgkin's lymphoma: Chop induction therapy and interferon-alpha-2B/Zidovudine. *Leukemia and Lymphoma* 1998; 29(1/2):103-119.
4. Powles T, Matthew G, Bower M. AIDS related systemic non-Hodgkin's lymphoma. *Sex Transm Infect* 2000; 76(5):335-41.
5. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins. *Patología Estructural y Funcional*. 6a ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 2000:264.

6. Ziegler JL, Beckstead MD, Volverding PA, Abrams DI, Levine AM, Lukes RJ, *et al.* Non Hodgkin's lymphoma in 90 homosexual men: relation to generalized lymphadenopathy and the acquired immunodeficiency syndrome. *New England J Medicine* 194; 311:561-70.
7. Lewis MA, Philip L. Immunological disease. En: Lewis M A, Philip J L. *Clinical oral medicine*. Oxford: Wright. 1993:77-81.
8. Epstein JB, Scully C. Neoplastic disease in the head and neck of patient with AIDS. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1992; 22:219-26.
9. Ramírez-Amador V, González M, De la Rosa E, Esquivel L, Volkow P, Ochoa F J, *et al.* Oral findings in Mexican AIDS patients with cancer. *J Oral Path Med* 1993; 22: 87-91.
10. Kaugars G E, Burns J C. Non Hodgkin's lymphoma of the oral cavity associated with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 433-6.
11. Groot R H , Van Merkestegn JPR, Brus J. Oral manifestations of non Hodgkin's lymphoma in HIV-infected patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19: 1994-6.
12. Scully C, Cawson R A. *Medical problems in dentistry*: 4 ed. Oxford: Wright; 1998.
13. Bagan Sebastián JV, Cardona Tortajada F, Jiménez G, Carbonell Pastor E. Linfoma inmunoblástico en la cavidad oral como primera manifestación clínica aparente de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida. *Arch de Odontoestom* 1995; 11: 615-18.
14. Vanwyk CW, Dreyer WP, Esquep A, Suárez M. Viral infections. En: Prabhu, *et al.* *Oral diseases in the tropics*. Oxford: OUP; 1992: 271-275.
15. Curran R C. *Tumors: structure and diagnosis*. Oxford: OUP; 1995.
16. Colmenero C, Pintado V, Gamallo C, Valencia E, Patrón M, Gilaguado A. Linfomas no Hodgkinianos de la cavidad oral en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Piel* 1990; 5: 162-7.

FIGURAS

Figura 1.



Caso # 4. Tumoración lobulada en los dos tercios anteriores de la cara ventral de la lengua, que protruye sobre los incisivos y el labio inferior hacia el exterior.

Figura 2.



Caso #.7. Tomografía axial computarizada que muestra la destrucción de estructuras adyacentes al maxilar derecho.