

Linfoma extranodal primario no Hodgkin en encía diagnosticado inicialmente de forma errónea como absceso dental

Carla Patricia Martinelli-Kläy, DDS, MSc, PhD^a, Celso Ricardo Martinelli, DDS^b, Celso Martinelli, DDS, PhD^b, José Benedito Dias, DDS^b, Teresa Cristina Cheade, DDS^b, y Tommaso Lombardi, MD, Ph MD, DMD, PD^c

Los linfomas orales no Hodgkin son poco frecuentes y es raro que afecten a la encía. Se presenta un caso de linfoma no Hodgkin de la encía que fue diagnosticado y tratado de forma errónea como absceso dental. El examen clínico mostraba una masa ulcerada y firme que se extendía desde la región del primer premolar inferior derecho hasta el triángulo retromolar. En la exploración radiológica se observaba reabsorción del reborde alveolar. El análisis histológico reveló un linfoma no Hodgkin de células B grandes. Aparte de la afección mandibular, no se encontró ninguna otra evidencia de la enfermedad. El paciente fue tratado con quimioterapia con la que se consiguió remisión completa de la enfermedad. Dado que un linfoma no Hodgkin primario puede diagnosticarse erróneamente como una lesión inflamatoria banal, en aquellos casos en los que los síntomas no remiten después de aplicar el tratamiento específico es obligado realizar un análisis histológico.

(*Quintessence Int.* 2009;40:805-8)

^aCentro para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Orales. Ribeirao Preto, São Paulo, Brasil. Laboratorio de Patología Oral y Maxilofacial. División de Estomatología. Escuela de Medicina Dental. Facultad de Medicina. Ginebra, Suiza.

^bCentro para el Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Orales. Ribeirao Preto, São Paulo, Brasil.

^cLaboratorio de Patología Oral y Maxilofacial. División de Estomatología. Escuela de Medicina Dental. Facultad de Medicina. Ginebra, Suiza.

Correspondencia: Dra. C.P. Martinelli-Kläy.
Laboratory of Oral and Maxillofacial Pathology. Division of Stomatology.
19 rue Barthelemy-Menn, 1205 Ginebra, Suiza.
Correo electrónico: carla.martinelli@hispeed.ch

Los linfomas no Hodgkin (LNH) son poco frecuentes: son responsables de un 3,5% de las afecciones malignas intraorales¹ pero rara vez se presentan en encía². La mayoría de ellos corresponden a linfomas difusos de células B grandes y de alto grado.

El diagnóstico de los LNH de la cavidad oral a menudo resulta difícil porque pueden asemejarse a otras condiciones, como los abscesos dentales³. El propósito de la presentación de este caso es describir un caso de LNH primario de la encía y destacar la importancia del examen histológico.

Presentación del caso

Una mujer de 46 años de edad fue remitida a nuestra clínica por presentar un absceso dental doloroso en la parte posterior de la mandíbula derecha. La historia dental reveló que el primer molar inferior derecho había sido extraído, y que tras ello se le habían prescrito a la paciente los antibióticos adecuados. Como a pesar de ello la inflamación siguió aumentando, se había extraído también el segundo premolar inferior derecho con curetaje del alveolo pero sin someter el material extraído a análisis histopatológico. Después de la extracción, la lesión y los síntomas asociados aumentaron, y el paciente aquejó una sensación persistente de cuerpo extraño en la garganta.

El examen intraoral reveló una gran inflamación que se extendía desde la región del primer premolar inferior derecho hasta el triángulo retromolar. La masa era firme y la mucosa que la recubría se encontraba ulcerada (fig. 1a). No se palpaban adenopatías en la región de cabeza y cuello. No se disponía de radiografías iniciales.



Figura 1a. Inflamación que se extiende desde la región del primer premolar inferior derecho hasta el trigono retromolar.



Figura 1b. Radiografía panorámica que muestra un pequeño sequestro óseo y una ligera reabsorción del reborde alveolar.

Una radiografía panorámica reveló un pequeño sequestro óseo y una ligera reabsorción de la cresta alveolar (fig. 1b).

El examen histológico mostró un fuerte infiltrado difuso constituido por células blásticas linfoides grandes que presentaban núcleos ovoides y nucleolos prominentes, con presencia de numerosas mitosis atípicas (figs. 2a y 2b). La inmunohistoquímica mostró células pleomórficas positivas para CD20 y negativas para CD30, CD3, y anticuerpos Alk, confirmando el diagnóstico de LNH difuso de células B grandes (figs. 2c a 2f). Una vez completado el estudio se descartó linfoma sistémico.

El diagnóstico final fue LNH difuso de células B grandes extranodal primario (estadio I-E). El paciente recibió a continuación protocolo de quimioterapia empleando ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona³ (CHOP). Después de 3 años de seguimiento no se ha producido ninguna recidiva.

Discusión

Los LNH son raros en la cavidad oral; representan la segunda afección maligna de la cavidad oral por detrás solo del carcinoma de células escamosas¹. La incidencia de LNH aumenta a lo largo de la vida, con una edad media de presentación de aproximadamente 59 años⁴. El diagnóstico de LNH a menudo resulta difícil debido a que los rasgos clínicos pueden simular los de otras condiciones patológicas^{3,5} (por ejemplo, fibroma, enfermedad periodontal, etc.).

El aspecto radiológico de los LNH tampoco resulta característico. Con frecuencia, los LNH se presentan como una inflamación local no dolorosa, con o sin ulceración y acompañada de dolor o molestias en la garganta. Estos síntomas locales a veces se asocian a síntomas sistémicos denominados *síntomas B*^{1,4}.

En el caso que presentamos aquí, la lesión presentaba rasgos clínicos inespecíficos. Inicialmente se trató mediante extracciones dentales y antibióticos pensando en un absceso dental por infección dentaria. Esto confirma que debe pensarse en linfoma en presencia de una inflamación gingival acompañada de movilidad dentaria, ulceración y dolor o molestias dentales no justificables por otra causa.

Por ello, para establecer un diagnóstico, son muy importantes los estudios histológico e inmunofenotípico. La mayoría de los pacientes con LNH de cabeza y cuello se encuentran aquejados en el momento de la presentación de un linfoma difuso de células B grandes de alto grado en estadio I o II. De acuerdo con la clasificación por estadios de Ann Arbor, en este caso el linfoma se clasificó como estadio I-E. El tratamiento de los LNH extranodales incluye excisión quirúrgica, seguida de quimioterapia, y en ocasiones radioterapia asociada^{1,4,5}.

Los LNH de la encía pueden simular otras lesiones, y en ocasiones algunas de tipo banal. Por lo tanto, es necesario realizar un examen histológico en los casos en los que los signos y los síntomas persisten a pesar del tratamiento. Una biopsia temprana permite un diagnóstico apropiado y evita la progresión de la enfermedad, mejorando así su pronóstico.

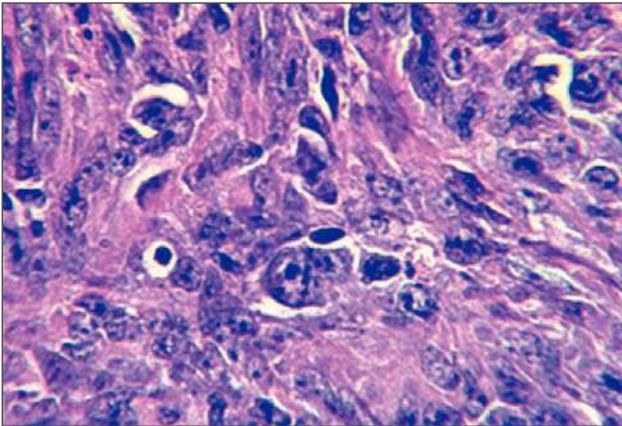


Figura 2a. Infiltrado difuso de células blásticas con núcleos ovoides y nucleolos prominentes (hematoxilina-eosina; 40 aumentos originales).

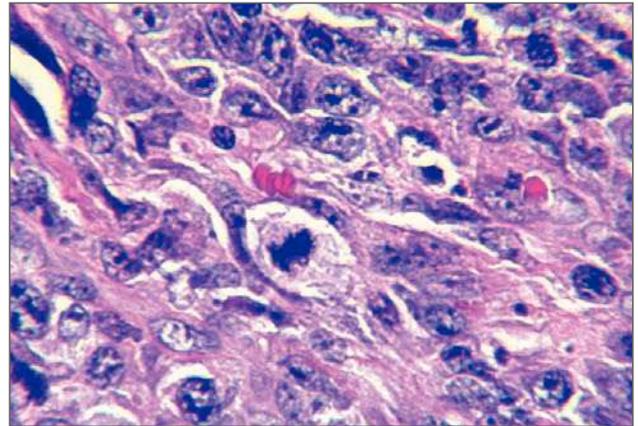
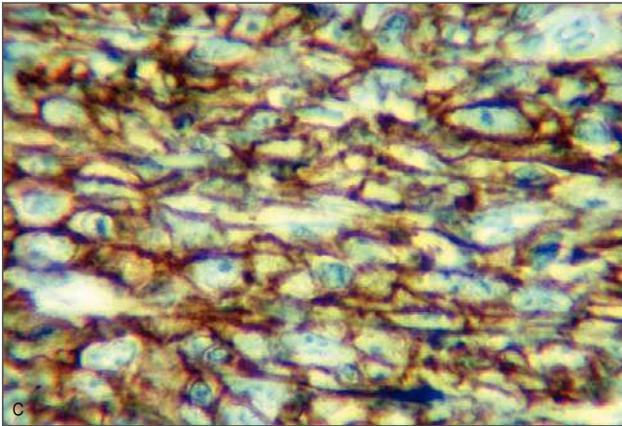
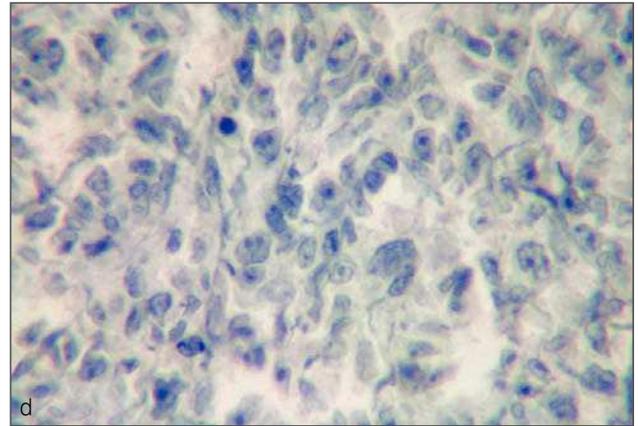


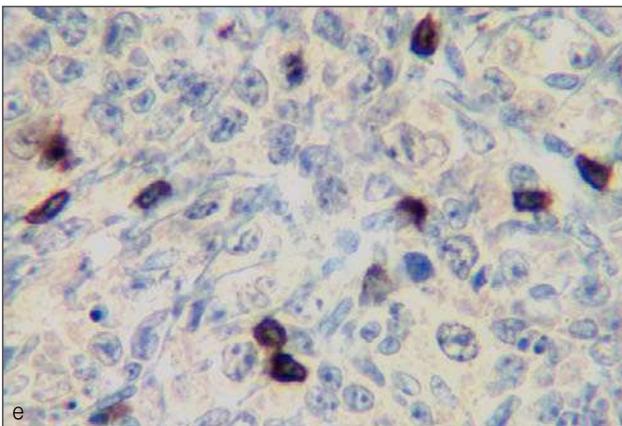
Figura 2b. Campo que muestra mitosis atípicas (hematoxilina-eosina; 40 aumentos originales).



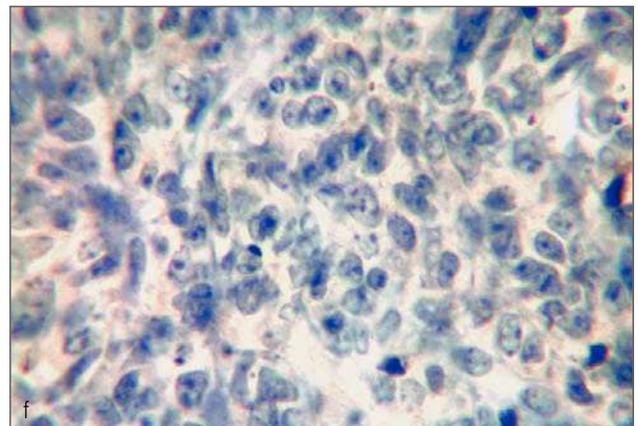
c



d



e



f

Figuras 2c a 2f. Inmunohistoquímica que muestra células pleomórficas difusamente positivas para CD20 (c) y negativas para CD30 (d), CD3 (e) y anticuerpos Alk (f) (immunoperoxidasa; 40 aumentos originales). En la figura 2e, solo son positivos algunos linfocitos T.

Bibliografía

1. Mawardi H, Cutler C, Treister N. Medical management update: Non-Hodgkin lymphoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:e19–e33.
2. Epstein JB, Epstein JD, Le N, Gorsky M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: A population-based review of 361 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:519–525.
3. Richards A, Costelloe MA, Eveson JW, Scully C, Irvine GH, Rooney N. Oral mucosal non-Hodgkin's lymphoma—A dangerous mimic. *Oral Oncol* 2000;36:556–558.
4. van der Waal RIF, Huijgens PC, van der Valk P, van der Waal I. Characteristics of 40 primary extranodal non-Hodgkin lymphomas of the oral cavity in perspective of the new WHO classification and the international prognostic index. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:391–395.
5. Mealey BL, Tunder GS, Pemble CW. Primary extranodal malignant lymphoma affecting the periodontium. *J Periodontol* 2002;73:937–941.