

870122
100
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NEOPLASIAS DE ORIGEN LINFATICO
DE LA CAVIDAD ORAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

GUILLERMO VILLATORO PEREZ

ASESOR: DRA. CELIA MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JALISCO, 1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

" NEOPLASIAS DE ORIGEN LINFATICO DE LA CAVIDAD ORAL. "

INDICE.

	PAGS.
	Introducción..... 1
CAPITULO I	Generalidades del tejido linfá tico..... 3
CAPITULO II	Neoplasias Benignas..... 19
	A) Linfangiomas..... 19
	B) Migroma Quístico..... 23
CAPITULO III	Neoplasias Malignas..... 30
	A) Linfosarcoma..... 31
	B) Reticulosarcoma..... 38
	C) Enfermedad de Hodgkin..... 41
	D) Linfoma Folicular Gigante.. 49
	Conclusiones..... 57
	Bibliografía..... 59

INTRODUCCION.

INTRODUCCION.

El objetivo de esta tesis es revisar las diferentes manifestaciones de las neoplasias tanto benignas - como las malignas, ya que este tejido linfoide se puede encontrar involucrando cavidad oral y estructuras adyacentes que son de competencia del Cirujano Dentista.

Dentro de la atención integral del paciente, además del interrogatorio y de la exploración bucal se debe incluir la exploración de los ganglios linfáticos de cara y cuello como examen rutinario, que es una obligación del odontólogo el prevenir o al menos detectar una patología que pueda involucrar la vida del paciente.

Las tumoraciones benignas de origen linfático - en la boca pueden manifestarse desde el nacimiento en algunos casos, o bien desarrollarse al paso del tiempo, - clínicamente en ocasiones serán leves y sin mayor problema funcional para el paciente, pero en otras veces pueden ser extremadamente deformantes, en zonas de la boca que nos van a impedir no solo la función masticatoria, sino - el habla y la deglución, y que por la impresión estética - pueden afectar incluso el desarrollo psicológico de la - persona.

En relación a las tumoraciones malignas el mayor interés por parte del odontólogo son aquellas de estas lesiones que se manifiestan directamente en la boca y además en algunos casos muy similares a otras patologías más comunes y menos malignas que los linfomas, de ahí la necesidad del conocimiento de estas lesiones para tenerlas en mente al hacer nuestros diagnósticos diferenciales y evitar complicaciones a estos pacientes y a nosotros mismos si llevamos a cabo un tratamiento no indicado o dejamos correr el tiempo poniendo en peligro la vida del paciente.

CAPITULO I

" GENERALIDADES DEL TEJIDO LINFATICO. "

CAPITULO I

" GENERALIDADES DEL TEJIDO LINFATICO. "

El sistema inmune se compone de varios tipos -- de células muy especializadas encargadas de los procesos de inmunidad celular y humoral. (13)

Estas células son los linfocitos (TyB y los -- No TyB), las células plasmáticas y los macrófagos tienen su origen en la médula ósea, durante la vida fetal y neonatal los linfocitos pueden sufrir un proceso de maduración en órganos linfoides centrales, como el timo. (13)

La principal función de los linfocitos es la de responder a los antígenos que llegan al ganglio provenientes de las estructuras que están siendo drenadas. Las -- células se diferencian en células plasmáticas y producen anticuerpos (células B) o bien crecen, proliferan y generan una respuesta mediada por células T. Los Histiocitos o macrófagos, que también pueden proliferar participan en la inmunidad, pero funcionan principalmente en la fagocitosis de restos celulares y microorganismos que pueden haber llegado al ganglio a partir del área que drena.

(7)

Exposición, es decir, la etapa de su respuesta.-

Los linfáticos y los tejidos linfoides participan en toda reacción inflamatoria importante. Los linfáticos están casi tan difundidos como los capilares: están revestidos de epitelio continuo, y poseen uniones celulares laxas y membranas basal bien formada en los conductos de mayor calibre. (10)

Al ocurrir reacción inflamatoria, aumenta el flujo regional linfático de un líquido que posee concentración mayor que la corriente de proteínas y mayor número de leucocitos. (10)

La eliminación de proteínas de los espacios tisulares es función absolutamente esencial, sin la cual probablemente moriríamos en plazo de 24 horas. (5)

LINFODENOOPATIA.-

DISTRIBUCION:

Muchos ganglios linfáticos están situados en la axila y en ingle. Muchos también están distribuidos a lo largo de los grandes vasos del cuello. Y hay un número considerable en torax y abdomen sobre todo acompañando a -

los ganglios, vasos y al mesenterio. Hay unos pocos a -- nivel de los vasos poplíteos y también a nivel del codo. -- En general pues, los ganglios linfáticos están distribuidos no donde se origina la linfa (como los nódulos linfáticos). (6)

Sino más bien a lo largo del curso de los vasos tributarios principales que fluyen hacia el conducto toráxico y el conducto linfático derecho. (6)

Tienen forma ovoide y varían de tamaño desde -- unos pocos milímetros hasta más de 1 cm pueden ser tan pequeños como semillas hasta los grandes como almendras con cáscara. (6)

Cada uno tiene:

- 1.- Una parte externa gruesa denominada corteza.
- 2.- Una parte interna denominada médula. Los ganglios -- con formas de frijol son comunes y facilitan la descripción porque poseen superficies convexa y cóncava. (6)
- 3.- Su estructura facilita la filtración eficaz de la -- línea y la migración interna de células, sobre todo -- los linfocitos y los macrófagos. (13)

Estas son las principales células de los ganglios linfáticos que cuenta con una malla de fibras reticulares que sirven de soporte y organización para sus elementos. Por otra parte, la red fibrilar sirve también para crear un sistema de canales a través de los cuales fluye la linfa y forman una densa cápsula. En la superficie del ganglio. Los vasos linfáticos aferentes entran en el ganglio perforando la superficie de la cápsula y drenan en el seno subcapsular. Desde allí, la linfa fluye hacia el interior del ganglio a lo largo de los canales formados por la estructura reticular, y sale de él por el hilo a través de un único vaso linfático aferente. La sangre entra en el ganglio a través del hilo por una pequeña arteriola. (13)

Los capilares arteriolares están en conexión con las vénulas poscapilares que a su vez están tapizadas por un endotelio característico, formado por células cuboides altas. Los linfocitos pasan entre estas células endoteliales para alcanzar la malla reticular del ganglio. (13)

En la corteza, junto al seno subcapsular, hay agregados de linfocitos B, denominados folículos contienen centros germinales, con células plasmáticas, macrófagos y linfocitos de rápida división, ocupados activamente en la síntesis de proteínas. Entre los folículos y jun-

to a ellos está la zona paracortical, que consta de varias capas de linfocitos T. Debajo del paracortex y ocupando la parte central del ganglio, se encuentra la médula, donde los linfocitos se ordenan en forma de cadenas, denominadas cordones medulares, que convergen en el medio. (13)

En las personas normales los ganglios no son palpables o solo muy poco. El que un ganglio linfático tenga importancia clínica depende en parte de su localización y de la edad y ocupación del paciente. El número y tamaño de los ganglios alcanza su máximo en la pubertad. Los niños son mucho más propensos, que los adultos a responder con hiperplasia linfoide y adenopatía generalizada, incluso a estímulos relativamente menores, tales como una infección leve de la porción superior del aparato respiratorio o la piel, y desarrollan apendicitis, adenitis mesentérica y amigdalitis con mucha mayor frecuencia que los adultos. (7)

La linfodenopatía refleja una enfermedad importante con mayor frecuencia en el adulto que en el niño. Sin embargo, los ganglios palpables no siempre significan una enfermedad grave. Pueden indicar simplemente un traumatismo menor o infecciones de las estructuras que drenan, como el caso de las manos en un trabajador manual

(ganglios epitroclares), las extremidades superiores - (axilares), la porción superior del aparato respiratorio y los dientes (cervicales) y, más frecuentemente -- las extremidades inferiores linguales. Aunque casi siempre son benignos, el aumento de tamaño de los ganglios -- linguales puede indicar enfermedad importante. Deberá -- considerarse patológico el crecimiento de los ganglios -- retroarticulares, supraclaviculares, epitroclares (no en el caso de trabajadores manuales), popliteos; mediastinales y abdominales.(7)

El ganglio linfático está rodeado por una capsula de tejido conectivo que recubre su corteza. Como los ganglios suelen encontrarse en el tejido grasoso. Suele adherirse algo de grasa a la superficie externa al estudiarse a distinguir un corte de ganglio linfático de uno de brazo, que tiene una superficie lisa. (6)

Los vasos linfáticos penetran en la cápsula que cubre la superficie convexa del ganglio, y otros lo dejan desde la parte más profunda de la indentación que se denomina Hilio. Los vasos linfáticos que llevan la linfa hacia el ganglio a través de la cápsula se llaman linfáticos aferentes, y los que la sacan por el Hilio del ganglio se denominan linfáticos eferentes. (6)

Ambas clases de vasos están dotados de válvulas del tipo de colnajo, de modo que la linfa no pasa en sentido inverso por ellos hacia su punto de origen. (6)

Como la médula ósea, la substancia del ganglio está constituida por un estroma en el cual se sostienen en su sitio, por lo general de manera laxa, células libres. El estroma está constituido por células y substancias intercelular. Esta última está principalmente en forma de redcillas de fibras reticulares que a menudo se relacionan con material de membrana basal; estas fibras se conectan con la capsula, y también con trabéculas de tejido conectivo (colágeno) que se extienden hacia el interior del ganglio. Tanto desde la cápsula como desde el Hilio para dar sostén interno. (6)

Se cree en general que las células del estroma son células reticulares y producen fibras reticulares, la red reticular del ganglio varia desde muy entretejida hasta muy abierta. En la corteza hay zonas redondeadas en las que casi no existe la red. Estas zonas redondeadas se encuentran en zonas más o menos piramidales de una redcilla laxa. (6)

Las bases de estas áreas piramidales emigran --

hacia la cápsula, pero no sobresalen por ella: sin embargo, están conectadas con la misma mediante unas cuantas - fibras reticulares de colágena. Los espacios entre las - regiones piramidales adyacentes son cruzados por una red - reticular más abierta. Muchos de estos espacios contie - nen una trabécula derivada de la cápsula. La redcilla - de fibras reticulares de las zonas piramidales sigue has - ta la médula, sitio en que los extremos estrechos de las - zonas, piramidales se funden en estructuras denominadas - cordones medulares. La redcilla en estos sitios contie - ne a menudo más células plasmáticas que linfocitos. Los - cordones medulares se ramifican y anastomosan a menudo - entre sí lo mismo que se conectan con las zonas piramida - les. (6)

El número de trabéculas de tejido conectivo y - la distribución de la redcilla de fibras reticulares -- pueden variar algo en las diferentes especies la densidad de la redcilla reticular es generalmente mayor alrededor de los vasos sanguíneos, a los cuales sostiene. Los si - tios del estroma del ganglio linfático en el que se sos - tienen células libres, principalmente los linfocitos.(6)

Algunas fibras reticulares de colágena se ex - tienden entre las bases amplias de las zonas piramidales - y la cápsula hacia la que están orientadas. Existe una -

distribución semejante entre los lados de las áreas piramidales adyacentes, en cuyo espacio puede haber o no trabéculas y en los espacios entre los cordones medulares. (6)

Estos espacios que son cruzados por unas cuantas fibras reticulares, colágenas o de ambos tipos, constituyen lo que se llama senos del ganglio. (6)

El ganglio linfático posee una gama casi infinita de expresiones morfológicas "normales". Aún con un solo estímulo, el aspecto morfológico puede variar según la edad del individuo, feto, recién nacido, niño joven, adulto joven o anciano. El aspecto depende también de inmunizaciones anteriores, capacidad inmunológica del individuo y estado general de nutrición. (3)

Por último el aspecto varía según el tiempo transcurrido después de la exposición, es decir, la etapa de su respuesta. (3)

La linfa es líquido intersticial que penetra en los linfáticos. Por lo tanto, tiene composición casi idéntica a la del líquido tisular en la parte del cuerpo de la cual proviene. (3)

La concentración proteínica del líquido intersticial es, en promedio, de 2g por 100, y esta es también la concentración proteínica de la linfa, que fluye de la mayor parte de tejidos periféricos. Por otra parte la linfa formada en el hígado tiene una concentración de protefna hasta de 6g por 100 y la linfa formada en los intestinos tiene una concentración de protefna hasta de 3 a 5g por 100. (3)

Como la mitad, aproximadamente, de la linfa proviene de hígado e intestinos, la linfa torácica, mezcla de la linfa procedente de todas las partes del cuerpo suele tener una concentración proteínica de 3 a 5g por 100. (3)

El sistema linfático también constituye una de las vías principales de absorción de productos nutritivos desde el tubo digestivo: le corresponde principalmente la absorción de grasas. Por lo tanto, después de una comida rica en grasa, la linfa del conducto torácico a veces contiene hasta 1 a 2g por 100 de grasa. (3)

MACROQUELIA Y MACROGLOSIA.-

La macroquelia se sitúa en cualquiera de los labios, y a veces en los dos, pero es más frecuente en el

labio superior donde puede lesionar todo el labio, y algunas veces limitarse a la mitad de el. (9)

Cuando se hace un corte en el labio enfermo, escurre el cuchillo y escurre un líquido abundante, y la superficie del corte se ve de un color blanco, presentando algunas válvulas, pero siempre respetando la mucosa y la piel. El examen histológico demuestra que se trata de linfoglioma simple, a veces cavernoso, pero nunca se encuentran verdaderos quistes. El tejido conjuntivo perilinfático se encuentra esclerosado por defensa propia contra la irritación constante, producida por las dilataciones linfáticas. (9)

Puede suceder que la macroquelia pase inadvertida durante la niñez y se haga ostensible en la infancia o aún hasta la adolescencia. (9)

La deformación del labio es la única que llama la atención, el labio crece hasta duplicarse de tamaño y a veces va más allá; la consistencia del labio es firme-elástica, poco depresible; la piel y la mucosa que lo cubren están gruesas, y cuando la lesión es muy antigua desliza difícilmente sobre el tejido subyacente; los movimientos del labio son difíciles. El labio superior hiper

trofiado cae como una cortina sobre el inferior, que tiende a invertirse por la presión constante del superior. Cuando el labio inferior es el hipertrofiado, su cara mucosa tiende a exteriorizarse y la cara cutánea se aplica contra el mentón, y en este caso la saliva escurre constantemente y puede producir lesiones en la piel. Con frecuencia se acompañan de malformaciones de los maxilares por acción mecánica. (9)

El labio superior rechaza hacia atrás el borde alveolar correspondiente y el labio inferior por tracción hacia abajo y hacia adelante, produce una extraoclusión y a veces un verdadero prognatismo del maxilar. (9)

Las perturbaciones funcionales son nulas, pues solo en el caso de que se presente la lesión en recién nacidos, puede dificultarse la succión, y por lo tanto, desde nutrirse el niño. La afección es indolora, pero en caso de que se produzcan lesiones como escoriaciones, pueden producirse linforragias, o bien presentarse complicaciones por infección. (9)

El diagnóstico es bastante fácil, pues ningún otro padecimiento presenta el cuadro que hemos descrito. (9)

El tratamiento de la macroquelia es netamente quirúrgico y se lleva a cabo por medio de una escisión de fragmento cuneiforme de dimensiones suficientes para que el labio vuelva a su tamaño normal. Igualmente se ha hecho uso de la ignipunción y de la electrólisis. (9)

La microglosia presenta lesiones anatomopatológicas más complicadas, pues además de presentar la lesión de los linfáticos y del tejido conjuntivo perilinfático, exactamente en la misma forma que en macroquelia, se presentan casos donde la fibra muscular interviene directamente. (9)

La forma linfática es la más frecuente, pues ocupa un ochenta por ciento de los casos. El linfagioma es difuso y ocupa toda la extensión de la lengua produciendo una hipertrofia general del órgano, aunque algunos autores describen el linfagioma nodular, que constituye la macroglosia con tumores circunscritos sobre el dorso y los bordes de la lengua. Todas las variedades anatómicas del linfagioma se han observado en los estudios que se han hecho sobre la macroglosia; la forma cavernosa, quística y el linfagioma simple. Igualmente se han observado casos mixtos donde tanto los vasos sanguíneos como linfáticos son lesionados. (9)

La macroglosia puede ser bastante pronunciada desde el nacimiento al grado que puede salir fuera de los arcos dentarios, pero eso es una excepción y más bien se reconoce al principio por las perturbaciones funcionales que provoca; el niño tiene dificultad para tomar el seno, o bien comienza a mamar y arroja inmediatamente la leche que no puede deglutir. Es en el momento de la dentición cuando los primeros síntomas aparecen y la lesión se hace evidente. (9)

La lengua demasiado voluminosa para la cavidad bucal sale de los arcos y no vuelve a entrar, y cuando se logra reducirla se presentan fenómenos de sofocación; de allí que el prolapso llega a ser permanente, la lengua pierde su derecho de domicilio en la cavidad bucal y se ve al niño enseñando una lengua de adulto. El aumento de volúmen de la lengua se hace demasiado rápido pues se ven casos en que sólo en diez semanas ha alcanzado el máximo de volúmen. Por acción mecánica la porción prolabiada del órgano acaba por adquirir grandes dimensiones, formando un tumor inmóvil que cuelga hacia adelante de la barba con la mucosa que la cubre seca, queratinizada, con grietas en su superficie. (9)

En la unión de la porción prolabiada y la por-

ción intrabucal, la presión constante de los dientes produce un surco que se va haciendo más y más profundo hasta producir una verdadera amputación o bien favorecer la gangrena de la extremidad que está afuera. La prociencia de la lengua produce una desviación de los incisivos y también produce en el maxilar una desviación hacia adelante, que con frecuencia es permanente. (9)

Los fenómenos funcionales llegan a perturbarse más y más a medida que el prolapso se hace permanente; la succión, la deglución y la masticación son molestas, la respiración y la fonación son igualmente difíciles, la saliva escurre constantemente hacia afuera y hasta ahí la macroglasia permanece indolora; pero cuando la ulceración se establece, el dolor aparece. No es raro ver accesos inflamatorios con abultamiento considerable del órgano y acompañado de accidentes graves de sofocación y en estos casos ver la vida del enfermo en peligro. (9)

El diagnóstico de la macroglasia es fácil. Cuando después de una glositis la lengua queda crecida, no es propiamente una macroglosia, pues hay que recordar siempre que el hecho de que sea congénita es indispensable para constituir la macroglosia. (9)

El pronóstico es serio por las complicaciones -

las perturbaciones funcionales, etc. a que da lugar. (9)

El tratamiento se hace quirúrgicamente por la -
escisión cuneiforme, con hemostasis cuidadosa, seguida --
de sutura inmediata. La ignipunción no es aplicable, - -
pues ha fracasado frecuentemente. (9)

CAPITULO II

" NEOPLASIAS BENIGNAS. "

A) LINFANGIOMAS.

B) MIGROMA QUISTICO.

CAPITULO II

" NEOPLASIAS BENIGNAS. "

A).- LINFANGIOMA.-

Son tumores benignos, cuyas células forman espacios ocupados por linfa o líquido seroso, y están revestidos por una capa única de endotelio. En alguna ocasión - dentro de los vasos pueden observarse estructuras valvulares. Estos espacios se parecen mucho a los canales linfáticos. (14)

Es la contraparte menos común del hemangioma, - y ha surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza - de esta lesión (neoplasia contra hamartoma). Similares a las originadas en torno al hemangioma. Watson y - - - McCarthy propusieron una clasificación de los linfangiomas, sobre la base de su estudio de 41 casos. (11)

En esta clasificación se proponen las siguientes divisiones:

- 1).- Linfangioma simple.
- 2).- Cavernoso.
- 3).- Celular o hipertrófico.

4).- Sistemático difuso.

5).- Quístico o higroma. (11)

Pueden presentarse en cualquier lugar de la piel y tónica mucosa: sin embargo, la cavidad bucal constituye una de las localizaciones más comunes, observándose con mayor frecuencia en la lengua. (2)

Cuando son superficiales, se presentan como un racimo de excrecencias blandas e incoloras, de paredes -- delgadas en la mucosa. Si su localización es profunda, -- producen un agrandamiento difuso de la lengua que borra -- las características de su superficie, de modo que ésta -- aparece lisa y carente de papilas. El agrandamiento de -- la lengua puede ser muy acentuado (macroglossia lymphoma -- tosa). (2)

Los linfangiomas orales se diferencian de los -- hemangiomas, por ser incoloros o, lo que no deja de ser -- sorprendente, azules, son de consistencia blanda e indolo -- ra y no poseen características clínicas precisas. Si se -- afecta la lengua, una macroglosia puede ser el signo ini -- cial. No es raro que los linfangiomas de la lengua eviden -- cien un carácter clínico papilar. (14)

La mayoría de los casos de linfangioma están --

presentes en el momento del nacimiento según Watson y --
McCarthy, en una serie el 95 por 100 de los casos habían
comenzado antes de los 10 años de edad. La edad de su --
aparición estaba por debajo de los 15 años en solo 71 --
por 100 de 42 casos registrados por Nix, (11)

En tanto que en 132 pacientes estudiados por --
Hill y Briggs, 88 por 100 de las lesiones se habían ori--
ginado al final del segundo año de vida. A diferencia --
del hemangioma, la distribución por sexos del linfangio--
ma está dividida en forma casi pareja. (11)

En los casos de Watson y McCarthy, la zona de --
la cabeza y cuello era el sitio de los tumores en 52 por--
100 de los casos. (11)

Microcópicamente, los linfangiomas revelan unos
espacios vasculares, de tamaño grande y pequeño, revesti--
dos por una capa única de células endoteliales. En oca--
siones se aprecian estructuras valvulares. Es caracterís--
tico que estos espacios carezcan de elementos sangüíneos--
formes aunque pueden contener líquido linfático bajo el--
microscopio la mayoría de los linfangiomas bucales mues--
tran espacios grandes de paredes delgadas y llenos de --
linfa. (14)

En las lesiones superficiales estos espacios -- cavernosos nacen inmediatamente debajo del epitelio. (2)

El linfangioma intrabucal es más común en la -- lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa ves-
tibular encías y labios. (11)

Las lesiones superficiales se manifiestan como -- lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono levemente más rojo. (11)

Las depresiones más profundas se presentan como -- nódulos o masas sin alteraciones significativas de la --
textura superficial o el color. (11)

Litzon y Lash estudiaron 46 casos de linfangio-
ma de lengua. Señalaron que la parte dorsal anterior era
la zona lingual afectada con mayor frecuencia. La presen-
cia de nódulos irregulares en la superficie de la len-
gua, con proyecciones grises y rosadas, es el signo más --
común de la enfermedad, y cuando está asociada con macro-
glosia, es patognomónico de linfangioma. (11)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El linfangioma, del cual el tipo más común es-

el cavernoso, se compone de numerosos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales, y que contienen linfa. Algunos conductos están llenos de sangre. (11)

Los linfangiomas no experimentan transformaciones malignas. No responden a la irradiación, ni a las soluciones esclerosantes; en cambio la escisión quirúrgica, si fuere posible, constituye el tratamiento de elección. (2)

Puesto que el linfangioma es más radorresistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el morruati de sodio, que el hemangioma. (11)

Estas lesiones tienen tendencia a recidivar -- después de su extirpación como surge de la serie de Watson y McCarthy, en la cual 41 por 100 de los casos había recidivado. Esta tendencia aumenta con la edad del paciente. (11)

IGROMA QUISTICO (Lingangioma Qufstico) (Hygroma Cysticom Colli)

El higroma qufstico es una malformación congénita en la cual grandes espacios qufsticos llenos de linfa, se desarrollan en el cuello. Se trata de una lesión

de la infancia y niñez que puede ser unilateral o bilateral. (2)

Consiste en el desarrollo de una anomalía del sistema linfático que casi siempre aparece al nacer o durante el período neonatal. (14)

Se cree que los quistes proceden de secuestraciones de tejido linfático embrionario. Sin embargo, no se ha establecido si el higroma se forma a causa de drenaje insuficiente debido a la falta de comunicación de los quistes con canales linfáticos centrales o venas, o a causa de un crecimiento local excesivo de tejido linfático con secreción excesiva por las células vivas. (14)

Fue descrito clásicamente como originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos. Sin embargo, hay considerables pruebas que indican que este tipo de quiste no tiene relación con los arcos branquiales. No es quiste fisural verdadero, pero es mejor considerarlo como tal por su origen en el desarrollo. (11)

Bhaskar y Bernier comunicaron una serie de 468 casos de esta forma de quiste y analizaron a fondo las posibilidades de la histogénesis de esta lesión. Sus pruebas convencen de que el origen estaría en la transforma-

ción quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. La fuente de este epitelio es desconocida, pero es probable que provenga de glándulas salivales, como otra posibilidad embriológica. (11)

Por esta razón, Bhaskar y Bernier propusieron las denominaciones " Nódulos Linfáticos Quísticos Benignos ", ó " Quistes Linfoepiteliales Benignos ". (11)

Little y Rickles, dieron a conocer un estudio de nódulos linfáticos en la glándula parótida, submaxilar y sublingual, o adyacente a ellas y zonas cervicales, con respecto a las inclusiones de glándulas salivales. Llegaron a la conclusión de que cuando se intentaba correlacionar la incidencia de estos quistes con las zonas de mayor concentración de 2 tipos de restos epiteliales que -- podrían dar origen a los quistes - parotídeos contra -- branquiales - resultaba que el aparato branquial era el -- origen más factible. Sobre esta base, discutieron la --- aceptabilidad de la teoría de la inclusión de glándulas - salivales para la histogénesis de este quiste. (11)

En más de la mitad de los casos aparecen al nacer y el resto se desarrolla durante los primeros años en el período de crecimiento linfático activo.

Más del 90% han aparecido antes de los 2 años de edad. El agrandamiento y prolongación dentro del suelo bucal o del torax puede ser lentamente progresivo o intermitente, dando lugar a una dificultad en la respiración o deglución o ambas cosas, aproximadamente en el 25%. La enfermedad respiratoria superior acompañada por fiebre se asocia con frecuencia con toxemia y agrandamiento de la masa quística cervical. Esta enfermedad era a menudo mortal antes del uso de los antibióticos. (14)

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes, aunque pueden tornarse evidentes en la niñez temprana son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años. (11)

La lesión se presenta como una masa móvil - asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior; por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. (11)

Aunque la mayoría de estos quistes se produce en el cuello, muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en las zonas -

periauricular y parotídea. (11)

Aunque afecta un primer lugar el cuello, puede extenderse hacia arriba y reemplazar y agrandar la glándula parotídea, el piso de boca, la mejilla y la lengua. (2)

Puede haber una ligera preferencia por los varones y por el lado derecho. Aproximadamente el 15% de los higromas se prolongan dentro de la porción anterior del mediastino y un 15% estan asociados con invasión linfangiomas de la lengua. La prolongación dentro del mediastino prácticamente se limita a las masas del lado derecho. (2)

En el 30% de los casos hay infección espontánea del higroma quístico cervical. La hemorragia espontánea con rápido aumento en el tamaño de la masa ha sido registrada en aproximadamente el 10%. En el 15% ocurre una resolución espontánea lentamente progresiva. (2)

Microscópicamente, el higroma quístico cervical consta de numerosos espacios quísticos endoteliales de tamaño variable con paredes de espesor y estructura también variables. Los quistes pueden comunicar entre sí. Las paredes están compuestas de tejido conjuntivo fibroso co-

lágono, músculo liso y, raras veces de músculo estriado, grandes vasos y nervios. Se observan algunos linfocitos e incluso algún ganglio linfático. Los focos antiguos de hemorragia son frecuentes. También se suelen encontrar en las paredes del quiste trombos nuevos y antiguos.

(14)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Este quiste suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado. La pared del quiste se compone, por lo general, de tejido linfoide con la forma típica del nódulo linfático. En la pared, también, puede haber una cantidad variable de tejido conectivo. (14)

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoide gelatinoso es peso. (14)

Los cortes microscópicos muestran un quiste o numerosos quistes llenos de linfa, revestidos por un endotelio delgado y plano y con cantidades variables de colágono en sus paredes. (2)

La lesión no está encapsulada y su eliminación

es casi imposible. No obstante, la esación quirúrgica - es el único tratamiento. (2)

Este quiste debe ser tratado por medio de una... remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión. (14)

Collins y Edgerton, registraron la formación - de un carcinoma derivado del epitelio que tapiza el quis te de la hendidura bñanquial, pero esto es relativamente raro. (14)

CAPITULO III

" NEOPLASIAS MALIGNAS. "

- A) LINFOSARCOMA.**
- B) RETICULOSARCOMA.**
- C) ENFERMEDAD DE HODGKIN.**
- D) LINFOMA FOLICULAR GIGANTE.**

CAPITULO III

" NEOPLASIAS MALIGNAS. "

El sistema linforreticular consta de componentes linfocíticos y reticuloendoteliales que se originan a partir de las células mesenquimatosas primitivas existentes. No solo en el tejido linfoide, sino también en la mayoría de los tejidos del cuerpo. (14)

Los tumores originados a partir de células linfocíticas o reticuloendoteliales están integrados por células que se han desarrollado siguiendo cualquiera de las dos líneas de diferenciación, o ambas a la vez. Existen tumores de tipos citológicos puros, así como algunos en los que existen tanto elementos linfocíticos como reticulares. (14)

Complican la clasificación en subgrupos rigidos según la diferenciación y maduración histológica las formas histológicas intermedias, la transición de un tipo celular a otro en el curso de la enfermedad y la enorme liberación de células neoplásicas, especialmente linfocitos, a la sangre periférica, identificándose entonces la enfermedad como leucemia linfocítica. El grupo de tumores se conoce comúnmente como el de los linfomas.

malignos. Se utilizan criterios histológicos para diferenciar los subgrupos citados que tienen diferentes cursos clínicos y distintos pronósticos. Los principales subgrupos son los siguientes:

- 1.- Linfoma folicular.- En el cual se conserva la arquitectura folicular durante la mayor parte de la enfermedad.
- 2.- Linfoma sarcoma.- En el cual la diferenciación ha seguido la línea linfocítica.
- 3.- Reticulo sarcoma.- En el que la diferenciación se ha producido siguiendo la línea reticular.
- 4.- Enfermedad de Hodgkin.- En la que se ha diferenciado las células reticulares del tronco común. (14)

LINFOSARCOMA.-

Es una forma común de linfoma maligno que se origina en los ganglios linfáticos o en cualquier acúmulo linfoide y se caracteriza por la proliferación neoplásica de linfocitos o sus precursores. (11)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Se observa la propensión de los linfomas a - -

presentarse en varoes. Thorson y Brown consignaron una relación de 2 a 1 de varones respecto de mujeres. Aunque la enfermedad puede aparecer a cualquier edad, la mayoría de los casos se registran entre los 50 y 70 años. Sin embargo, una cantidad apreciable de casos se produce en niños y adultos jóvenes, si bien la enfermedad es rara entre los 20 y 30 años. (11)

Puede originarse prácticamente en cualquier zona del organismo. Por esta razón, los signos y síntomas clínicos de la enfermedad son extremadamente variados y dependerán del órgano específico o estructura afectada. (11)

En la mayoría de los casos, la tumefacción abarca un grupo o una cadena de ganglios, aunque en algunos casos incipientes se agranda un solo ganglio. La consistencia de estos es firme y nómosa a la palpación. La piel que los cubre llega a tener aspecto pardusco. En gran parte de los casos están afectados los ganglios linfáticos del grupo cervical, pero a veces están bastante atacados los axilares, inguinales y abdominales. (11)

El foco primario de la enfermedad se genera fuera de los ganglios linfáticos en una cantidad importante de casos. En la serie de 196 pacientes con linfosarcomada a conocer por Sugar Baker y Craver, 35 por 100 tenía

tumores de origen extraganglionar: 23 por 100 tenfa tumores de origen cervicales, en 6 por 100 del aparato gastro intestinal y hubo algunos en hueso, próstata, testículos, ovarios, mama, pulmón, timo y bazo. En el aparato gastro intestinal, el afectado con mayor frecuencia es el estóma go y le siguen el yeyuno, ileon y recto. Debido a ello, una molestia común de los pacientes es el trastorno gástrico o signos de obstrucción intestinal. También hay disnea y tos. (11)

En la región de la cabeza, los sitios más frecuentes son las amígdalas y nasofaringe, y las molestias en las vías respiratorias superiores como el dolor de garganta, inflamación de amígdalas, obstrucción nasal y hemorragia son comunes en estos pacientes. Otras regiones atacadas de la cabeza pueden ser glándula parótida, seno maxilar, órbita, nódulo, así como la cavidad bucal principalmente dicha. (11)

La mayoría de los casos de linfosarcoma siguen una evolución aguda, que termina en la diseminación amplia de la enfermedad al bazo, pulmones, huesos, hígado, piel y muchos otros lugares. (11)

MANIFESTACIONES ORALES:

Se han comunicado muchos casos de linfosarcoma de la cavidad bucal, pero resulta difícil determinar si esas lesiones son primariamente extranodulares o simplemente manifestaciones de la dispersión difusa de la enfermedad. Como los acúmulos linfoides pequeño son comúnmente en muchos sitios de la cavidad bucal, es razonable suponer que la enfermedad puede producirse aquí -- como lesión primaria. (11)

El paladar y las apofisis alveolares son las localizaciones habituales de los tumores y casi siempre existe tumefacción de lugar, que puede ser dura o blanda y se asocia a veces a dolor de intensidad variable. En ocasiones existe anestesia regional. (14)

No es infrecuente que se extraigan las piezas dentarias afectadas por el tumor, debido al dolor, la tumefacción y su movilidad. (14)

Ulteriormente, el alveolo dentario no cura y se llena de tejido tumoral. La destrucción de hueso por la infiltración tumoral se sigue habitualmente de un gran crecimiento de los tejidos blandos. Pueden apare--

cer úlceras, con un aspecto en sacabocas que recuerda - - el de un goma sífilítico. Cuando se localiza en la encía es posible confundirlo con una infección de Vincent. El aspecto radiográfico de las lesiones óseas no es característico. La destrucción de hueso da lugar a radiotransparencia: existen pocas o ninguna manifestaciones de osteogénesis. (14)

En las lesiones maxilares es frecuente la ocupación del seno maxilar y la destrucción de sus paredes. - Puede observarse obstrucción nasal y tumefacción facial. (14)

La afectación de los tejidos blandos aparece en la región de unión del paladar óseo con el blando, donde existe una considerable cantidad de tejido linfoide.

La infiltración tumoral produce una discreta - - tumefacción de tinte azulado. La ulceración de la superficie es a menudo evidente. (14)

Las zonas bucales atacadas con mayor frecuencia incluyen el paladar, encía y reborde alveolar, mucosa vestibular, mandíbula, piso de la boca y lengua. Inicialmente la enfermedad se manifiesta como una hinchazón que - - crece con rapidez, pero pueden permanecer sin ulcerarse -

por un periodo considerable. La presencia de dolor es variable. Los dientes se aflojan cuando está atacado el maxilar y se han realizado extracciones en casos no reconocidos, con la ulterior proliferación de la masa tumoral en la zona de la cirugía. Al final, algunos de estos tumores se convierten en grandes masas fungosas inecróticas y de mal olor antes que el paciente sucumba. (11)

CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS:

La normal arquitectura de un ganglio linfático o del tejido invadido está distorsionada por un crecimiento excesivo difuso de células linfocíticas: la mayoría de ellas se encuentran en el mismo estadio de desarrollo, lo que da al tumor un aspecto muy uniforme. Las figuras de mitosis son frecuentes en todas las porciones del tumor. Puede existir una total ausencia de " ESTROMA ". (11)

Los términos linfocíticos y linfoblástico se utilizan para designar tumores compuestos de pequeños linfocitos maduros o grandes células parecidas a los linfoblastos respectivamente. El linfosarcoma linfocítico no puede diferenciarse de la leucemia linfocítica atendiendo solo a los datos histológicos. (11)

El aspecto microscópico del linfoma varía considerablemente de un caso a otro, aunque una lesión determinada tenga un patrón conspicuamente monótono y similitud celular. Los ganglios linfáticos presentan típicamente la destrucción completa de toda la arquitectura normal y ofrecen el aspecto de una proliferación difusa de células pequeñas con poco citoplasma, semejante a linfocitos. Por lo común la actividad mitótica es destacada se encuentran algunas fibras de reticulina. En ciertos tumores hay fagocitos dispersos que contienen residuos. Algunos casos presentan un cuadro histológico levemente diferente, ya que las células son algo mayores, con núcleos teñidos con menos intensidad y en general se asemejan a un tipo menos diferenciado de linfocito. Las lesiones que presentan estas características han sido denominadas "Linfoblastoma" o "Linfoma linfoblástico".

(11)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El linfoma es sumamente sensible a los rayos X y es frecuente que los ganglios linfáticos curen poco a poco de iniciado el tratamiento. Esta remisión es solo temporal y caso todos los casos recidiva al cabo de un lapso relativamente corto. La muerte sobreviene en un periodo variable después del descubrimiento y diagnóstico

pero es especialmente rápida en niños.(11)

Se conoce en la actualidad una forma crónica -- de esta enfermedad, pero también es inevitablemente mortal. (11)

RETICULO SARCOMA.-

El sarcoma reticulo celular constituye un tipo bastante mal definido de linfoma, ya que con frecuencia hay una gran variación de su aspecto histológico. Esta neoplasia deriva de células reticulares, idénticas a los histiocitos y a los grandes macrófagos mononucleados errantes. (11)

Asimismo, se consideran precursoras de los monocitos sanguíneos. Las células reticulares se encuentran no solo en el tejido linfoide, sino también dispersas en cantidades variables en todos los tejidos. (11)

Por esta razón, es previsible que el sarcoma reticulo celular se produzca en cualquier parte del organismo, y eso es lo que en realidad sucede. (11)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El sarco reticulo celular se da predominantemente en varones, con una relación aproximada de 2 a 1, y en este sentido es similar a los otros linfomas. La mayoría de los casos se producen después de los 50 años, aunque se sabe de algunos casos hasta en niños muy pequeños.(11)

Los síntomas y signos de esta enfermedad varían mucho, según la zona de origen de las lesiones. Si están atacados los nódulos linfáticos, son duros, fijos y dolorosos, y la piel que los cubre es rojiza, aunque el paciente no tiene fiebre. Por lo común, el tumor aparece en la faringe, las amígdalas y el aparato gastrointestinal y puede producir signos y síntomas de dificultad u obstrucción respiratorias.(11)

MANIFESTACIONES BUCALES:

El sarcoma reticulo celular primario de los tejidos blandos de la cavidad bucal es relativamente raro. Sin embargo, se han comunicado casos que se manifiestan como lesiones ulceradas del paladar, mucosa vestibular y encía. Con frecuencia, fueron confundidas inicialmente con la infección de Vincent.(11)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El aspecto microscópico del sarcoma reticulo celular es sumamente variable, según el grado de diferenciación de las células neoplásticas. Algunos tumores están compuestos de células considerablemente mayores que los linfocitos, cada una de las cuales puede presentar prolongaciones citoplasmáticas y producir delicadas fibras de reticulina. Estas fibras se ven en los cortes histológicos mediante coloraciones argentícas especiales. La actividad mitótica puede ser notable o no.(11)

Las neoplasias poco diferenciadas presentan mayores variaciones celulares individuales, particularmente en el tamaño, la forma y la reacción tintoral. Las células gigantes tumorales, que a veces contienen más de un núcleo, son relativamente comunes y se asemejan a las células de Reed-Sternberg, características de la enfermedad de Hodgkin. Esto es de esperar, puesto que la célula reticular es la célula de Reed-Sternberg.(11)

La proliferación de células reticulares hace que se pierda la normal arquitectura de los ganglios linfáticos. Las células reticulares son mayores que los linfocitos y tienen un núcleo vesicular dentado o lobulado, habitualmente con uno o más nucléolos. Poseen con fre-

cuencia pequeñas excrecencias citoplásmicas. Las células presentan una disposición alveolar entre las fibras colágenas o de reticuluna. Las fibras de resticulina pueden ser demostrables o no mediante tinciones especiales.(14)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Los linfomas malignos en conjunto con sensibles a los rayos X, y el sarcoma reticulo celular no es la - - excepción. Lamentablemente, si bien al principio responde a esta terapéutica tiene una notable tendencia a recidivar y a la diseminación amplia ulterior. Por esta razón, el pronóstico de este linfoma es sumamente malo.(14)

ENFERMEDAD DE HODGKIN.-

La enfermedad de Hodkin; de etiología desconocida, suele ser considerada una forma del linfoma maligno. Presente ciertas características sugerentes de una lesión inflamatoria granulomatosa, y sobre esta base se pensó -- que la enfermedad es originada por:

- 1.- Una forma atípica de tuberculosis.
- 2.- Una cepa avícola de bacilos tuberculosos.
- 3.- Diversos bacilos difteroides.

- 4.- Amibas.
- 5.- Virus.
- 6.- Un tipo de reacción alérgica a diversos organismos. ..
- 7.- Un microorganismo del grupo Brucella. (11)

En favor de la teoría inflamatoria están los -- hallazgos clínicos de :

- 1.- Fiebre, presente casi siempre, especialmente en las - últimas fases de la enfermedad y por lo común, en las recaídas.
- 2.- Anemia persistente aún en ausencia de lesiones medulares o hemorragia .
- 3.- Leucocitosis polimorfonuclear.
- 4.- Taquicardia persistente. (11)

Contra la hipótesis inflamatoria y a favor de - la neoplásica está la inevitable, aunque a veces demorada muerte del paciente. (11)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

La enfermedad de Hodgkin es unas tres veces más común en hombres que en mujeres. La enfermedad se pre---senta a cualquier edad, hasta en la niñez temprana, pero es más común entre los 20 y 40. Pitcock y colaboradores -

estudiaron una serie de 46 casos de enfermedad de Hodgkin en niños menores de 16 años, y llegaron a la conclusión de que a esta edad la enfermedad no es uniforme y rápidamente mortal. El 17 por 100 de los pacientes siguieron viviendo entre 5 y 33 años después de la biopsia y el diagnóstico. Es interesante señalar que la mayor frecuencia se daba alrededor de los 6 años de edad. (11)

Los signos y síntomas clínicos son sumamente cambiantes. En la mayoría de los casos, la primera manifestación es el crecimiento de uno o más ganglios linfáticos cervicales, hallazgo común en otros linfomas o en casos de una simple infección de las vías respiratorias superiores o bucal. (11)

Muchos casos de enfermedad de Hodgkin se manifiestan por la persistencia de la linfadenopatía después de una infección de las vías respiratorias superiores. Los ganglios son firmes y elásticos y la piel que los cubre es normal. (11)

Puede haber dolor en el abdomen y la espalda debido al agrandamiento esplénico y la presión ejercida por los ganglios agrandados o la lesión de las vertebras. A veces, la debilidad general es un rasgo temprano de la

enfermedad, como lo es la pérdida de peso, la tos y la disnea, la anorexia y a veces el prurito generalizado de la piel. Hay una forma de linfoma cutáneo, denominada micosis fungoide. Que algunos investigadores consideran que está en estrecha relación con la enfermedad de Hodgkin. (11)

El paciente también puede quejarse de edema de las extremidades, disfagia y hemoptisis o melena. En realidad, prácticamente cualquier órgano de la economía puede ser atacado por el mal de Hodgkin, aunque por lo común el diagnóstico se hace mediante la biopsia de los ganglios linfáticos. (11)

MANIFESTACIONES BUCALES:

Es fundamentalmente una enfermedad primaria de los ganglios linfáticos y por esta razón, pocas veces se da como tal en la cavidad bucal. Es concebible que esta resultará afectada en forma secundaria, pero es un hecho sumamente raro. Meyer y colaboradores comunicaron un caso de enfermedad de Hodgkin primaria en la zona retromolar, con ulterior extensión a zonas cervicales, extradurales y del esqueleto. (11)

La enfermedad de Hodgkin es la más frecuente del grupo de linfomas. Se desconoce su causa, pero resulta de especial interés por cuando se piensa en la posibilidad de que el proceso se inició como una infección, aunque jamás se ha identificado el agente infectante. (12)

En un número de casos, sin embargo, las células involucradas parecen sufrir una verdadera degeneración maligna. (12)

La enfermedad es importante para el odontólogo porque frecuentemente comienza por los ganglios linfáticos de la región cervical y debe ser considerada en el diagnóstico diferencial en la hipertrofia ganglionar en esta área. (12)

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

El aspecto microscópico pleomórfico de los tejidos afectados es característico de la enfermedad de Hodgkin. Por lo general, aumentan el tamaño y cantidad de las células reticulares, así como la proliferación de linfocitos. Además, suele haber cantidades variables de eosinófilos, así como neutrófilos y plasmacitos. Es característica de la enfermedad la presencia de " células "

de Dorothy Reed " o " células de Reed-Sternberg ". (12)

Estas derivan probablemente de las células reticulares y son grandes, con núcleos multilobulados y -- nucleólos prominentes, aunque a veces se encuentran nú--cleos múltiples. Estas células de Reed han sido descri--tas como de típica " imagen reflejada en el espejo ", -- conferida por la lobulación del núcleo. La necrosis, y -- especialmente la fibrosis, son rasgos notables de las fa--ses finales de la enfermedad. (12)

Histológicamente, en las etapas iniciales, la -- arquitectura normal del ganglio involucrado resulta pro--gresivamente obliterada por un infiltrado linfocitario -- (Paragranuloma de Hodgkin). (12)

Este progresa luego para producir un cuadro -- granulomatoso (Granuloma de Hodgkin), consistente en -- focos dispersos de necrosis, infiltrado inflamatorio -- crónico, e hiperplasia de tejido fibroso. (12)

El granuloma de Hodgkin se caracteriza por la -- frecuente presencia de células gigantes diagnósticas de -- Reed-Sternberg, con sus múltiples núcleos con imagen -- reflejada como en espejo. Finalmente, a menudo después --

de transcurridos muchos años el proceso puede progresar hacia la etapa final del sarcoma de Hodgkin. Esta etapa consiste de una proliferación maligna de los reticulocitos, distinguiéndose el origen de la enfermedad únicamente por la presencia adicional de las características células gigantes de Reed-Sternberg.(12)

La proliferación de células reticulo endoteliales da lugar a una imagen microscópica pleomórfica. (14)

Son características de la enfermedad las grandes células (10M a 40M) mononucleares y multinucleares, conocidas como células de Sternberg-Reed. (14)

Estas células tienen un núcleo plenario o multilobulado con una gruesa malla de cromatina, nucleólos prominentes y un citoplasma bastante abundante. (14)

Existe también proliferación de las células del retículo y de los linfocitos. También existen eosinófilos neutrófilos y células plasmáticas. (14)

En base a los datos histológicos, se subdivide a veces la enfermedad de Hodgkin. En granuloma, paraneoplasia y sarcoma y existe una buena correlación de la - -

clínica con el tipo histológico. (14)

El " sarcoma " es el más maligno y el " granulo-
ma " el que lo es menos. (14)

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

La enfermedad de Hodgkin siempre evoluciona ha-
cia la muerte, aunque su curso es extremadamente varia-
ble e impredecible. A veces, se producen remisiones -
que dan lugar a falsas esperanzas, pero las exacerbacio-
nes sobrevienen siempre. (11)

En algunas reticulosis como en la enfermedad -
de Hodgkin, se producen en el corion depósitos mecánicos
en el interior de los melanófagos (histiocitos carga-
dos con melanina). Quizá el gran infiltrado coriónico-
favorezca el aumento local de la melanogénesis, aunque -
también intervienen otras causas generales. (4)

ADENOPATIAS PRIMITIVAS: Son originadas por - -
enfermedades propias de los ganglios que, como son parte
integrante del sistema reticulo histocitario, pueden es-
tar afectados en las reticulopatías. De éstas nos inte-
resan, por la posibilidad de localización en los gan- -

glios cervicales, los linfomas monomorfos y poliformos - (Hodgkin), el linfoma folicular gigante o enfermedad de Brill-Symmers, las leucemias en especial la linfoidea y la sarcoidosis o enfermedad de Boeck-Besnier-Schaumann. (4)

La presentación usual es como una linfadenopatia cervical no dolorosa, aunque cualquier nódulo puede ser afectado. En ocasiones, el crecimiento linfático inicial puede ser en el mediastino, higado o bazo. En raras ocasiones la presentación inicial surge como depósitos extra linfáticos en la duramadre, pulmones y piel. Después los ganglios aumentan de tamaño, aparecen los síntomas sistémicos como fiebre, sudoración, perdida de peso y mal estado general con prurito. Más adelante pueden desarrollarse anemia, púrpura e ictericia. (1)

LINFOMA DE FOLICULOS GIGANTES.-

El linfoma folicular gigante es una proliferación neoplásica ordenada de tejido linfoide. De acuerdo con su alto grado de diferenciación citológica y organización se produce un aumento ordenado tanto en tamaño como número de folículos linfoides en el ganglio afectado. Ocasionalmente puede resultar afectado el tejido linfoide en la región bucal, y su pronóstico, es significativamen-

te mejor que el de la mayoría de los demás componentes - del grupo de linfomas. (12)

En otra época se consideraba que el linfoma -- de folículos gigantes era una lesión benigna, pero ahora se sabe que es una forma de linfoma que se transforma -- en un tipo más maligno. Esta transformación puede insu- mir un largo periodo. (11)

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El linfoma puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en personas de edad mediana o maduras. La enfermedad comienza en forma insidiosa con el agranda- miento indoloro de los nódulos linfáticos superficiales- y el bazo puede permanecer así por un tiempo relativamen- te prolongado. (11)

Los nódulos son circunscritos y no es raro que tengan una amplia distribución. La fiebre, pérdida de - peso y anemia comunes en otros linfomas, suelen faltar - en este. (11)

El linfoma de folículos gigantes, por lo gene- ral no presenta manifestaciones intrabucales, aunque pue

den estar atacados los nódulos linfáticos submaxilares y cervicales. Hurst y Meyer, en una revisión actual sumamente minuciosa del linfoma de folículos gigantes observaron que algunos pacientes tienen masas tumorales palatinas que podrían ser la expresión intrabucal de la enfermedad. Además, es posible la lesión de las amígdalas y las estructuras masofaríngeas también comunicaron de un paciente con estomatitis ulcerativa que apareció durante una enfermedad debilitante derivada del linfoma de folículos gigantes. (11)

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El aspecto histológico del linfoma de folículos gigantes es característico, aunque a veces se confunde con la linfadenitis crónica. Los ganglios afectados aumentan de tamaño y cantidad de folículos linfoides. Estos folículos suelen llegar a ser tan abundantes que con frecuencia coalescen y comprimen el tejido interfolicular. Las células de los folículos son de tipo uniforme, por lo común linfocitos. Cuando se produce la transformación en una forma más maligna, se pierde la estructura folicular. (11)

En un estudio general de las enfermedades linfáticas, Simmers señaló el paralelismo entre el linfoma

de folículos gigantes y la enfermedad de Hodgkin. Las características por estas dos formas de linfoma son fundamentalmente la linfadenopatía primaria de los ganglios superficiales, la remisión espontánea del agrandamiento de los ganglios linfáticos como también la inevitable recidiva y, en fases tempranas de la enfermedad, la hiperplasia de los folículos linfáticos. (11)

La manifestación más significativa del linfoma folicular es la presencia de numerosos folículos gigantes con centros germinales prominentes distribuidos por un ganglio linfático aumentado de tamaño o un tejido linfoide bien diferenciado. Los folículos pueden estar separados o formar coalescencias. (14)

RADIOTERAPIA.-

Después de los trabajos pioneros de Vera Peters y de E. Easton, los principios de radioterapia moderna -- fueron establecidos por Kaplan y su escuela, basándose en la progresión por contiguidad y en el perfeccionamiento - de la irradiación por grandes campos incluyendo las zonas que rodean los ganglios lesionados. Paralelamente, los - equipos de mayor potencia han reducido las intolerancias - y las complicaciones locales. Se aplican dosis de 4,000 - a 4,500 rads (de 40 a 45 grays) por campo en 3 ó 4 sema - nas. Ya sea en las áreas supradiafragmáticas (en capa) o bien en las subolafragmáticas (en Y invertidas). (8)

Las fases iniciadas pueden ser curadas mediante radioterapia. (8)

Las irradiaciones amplias son más eficaces que las localizadas; pero al cabo de cinco años se observa -- hasta un 25% de recaídas si no se asocia quimioterapia. (8)

QUIMIOTERAPIA.-

Es muy eficaz. Cuando después de 1943 se em - plearon derivados de gases de guerra, se observaron las - primeras remisiones espectaculares. Muchos otros medica-

mentos han demostrado sus virtudes, entre ellos los derivados de la pervinca, los corticoides, las nitrosoureas y algunos antibióticos (rufocromomicina y bleomicina). En 1967 se dió un gran paso adelante con el perfeccionamiento de la poliquimioterapia llamada MOPP, que sigue siendo actualmente la quimioterapia de referencia, y comprende seis ciclos de referencia a lo largo de seis meses. La cortisona solo se halla presente en el primero y el cuarto ciclos, o uno de cada dos ciclos. (8)

La eficacia del MOPP ha sido confirmada en una prueba del National Cancer Institute Group, en la cual el tratamiento médico fue efectuado antes de la radioterapia. (8)

COMPLICACIONES:

A veces son importantes, por lo cual parece prudente efectuar la primera sesión de quimioterapia en un centro especializado, para evacuar la tolerancia individual. Antes de cada perfusión se debe hacer un recuento de células de la sangre -incluidas las plaquetas- para detectar una posible citopenia. (8)

Las aplasias predisponen a las infecciones, que pueden ser mortales. Se ha dicho que la falta del bazo --

podría favorecer una mejor tolerancia hematológica en algunos pacientes. La tolerancia inmediata a la aplasia -- podría ser mejor con el empleo de una técnica llamada - - (Ping Pong), que consiste en dividir la irradiación en tres campos sucesivos, intercalando curas de quimioterapia. Tanto la radioterapia como la quimioterapia provocan una depresión de la inmunidad que es la causa de la reactivación de virus, con Zoster especialmente agresivo y doloroso o generalizado, o, episodios de herpes. (8)

Los pacientes temen la alopecia, que es instantánea y reversible una vez suspendida la quimioterapia. Se ha logrado evitarla colocando un garrote, ceñido alrededor de la cabeza. O bien refrigerando el cuero cabelludo durante las perfusiones. (8)

OTROS DETALLES:

Después de un tratamiento, la fecundidad se encuentra menoscabada por la irradiación directa o indirecta de los ovarios y por las lesiones gonádicas debidas a la quimioterapia. No obstante, pueden producirse embarazos. Se autoriza la procreación cuando han transcurrido por lo menos dos años después de concluido el tratamiento y estado alerta para detectar una posible recaída desencadenada por el embarazo. (8)

En el hombre es imprescindible conservar esperma antes de cualquier tratamiento si es que el enfermo no tiene aún descendencia según las estadísticas, la definición de la curación es (una gráfica de sobrevivida comparable a la de una población normal de igual edad o sexo).

(8)

La mayor parte de las recaídas se observan dentro de los dos años posteriores a la finalización del primer tratamiento, pero se ha llegado a verlos hasta 17 - - años después del tratamiento. (8)

Por consiguiente, no se podría hablar de curación sino una vez transcurrido un largo lapso, quizás 20-años. (8)

El futuro de una persona aquejada de esta enfermedad depende enteramente de la calidad de la primera valoración y del primer tratamiento. (8)

El objetivo propuesto requiere una colaboración franca entre el enfermo y el médico por una parte y el médico consultor del Centro Especializado por otra parte. (8)

C O N C L U S I O N E S .

CONCLUSIONES.

1) Del tejido linfático que se encuentra en todo el organismo se pueden dar numerosas anomalías que debe conocer el cirujano dentista, ya que las manifesta- - ciones pueden ser bucales.

2) Del tejido linfoide se derivan tanto neoplasias benignas como malignas.

3) Las manifestaciones de estas patologías - - pueden ser a cualquier edad incluso congénitas.

4) La gravedad y el pronóstico de las lesiones linfáticas es variada pudiendo provocar desde deformidades en algunos casos graves, hasta la muerte del paciente.

5) El conocimiento de estas neoplasias nos confirman una vez más la necesidad de una historia clínica - completa que incluya no sólo las estructuras orales, sino sus tejidos adyacentes y en general la integridad del individuo.

6) El tratamiento a seguir es el siguiente: - -
- en casos de tumoraciones benignas lo indicado es la ex-

tirpación de tipo quirúrgico, en las neoplasias malignas se realizan tratamientos de radioterapia combinados con quimioterapia con el fin de detener un poco la complicación.

BIBLIOGRAFIA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- BAYLEY, T.J. " et al "
Enfermedades sistémicas en Odontología.
4ta. Edición., 1985
Editorial Científica.
México, D.F.
P.P. 372
- 2.- BHASKAR, S.N.
Patología Bucal.
2da. Edición., 1974
Editorial "El Ateneo"
Buenos Aires, Argentina.
P.P. 456
- 3.- BRUNSON, JOEL G.
Tratado de Patología Humana.
5ta. Edición., 1975
Editorial Interamericana.
México, D.F.
P.P. 1094
- 4.- GRINSPAN, DAVID.
Enfermedades de la boca.
1ra. Edición., 1970
Editorial Mundi.
Buenos Aires, Argentina
P.P. 798
- 5.- GUYTON, ARTHUR C.
Tratado de Fisiología Médica.
Quinta Edición., 1976
México, D.F., P.P. 1159

- 6.- HAM, ARTHUR W.
Tratado de Histología.
7ma. Edición., 1978
Editorial Interamericana.,
México, D.F.
P.P. 934

- 7.- HARRISON, " et al "
Principios de Medicina Interna.
6ta. Edición., 1985
Ed. Mc Graw-Hill
México, D.F.
P.P. 3088

- 8.- PRAXIS, MEDICA.
Diccionario de consulta médica.
Editorial Española.

- 9.- QUIROZ, FERNANDO.
Patología Bucal.
2da. Edición., 1959
Editorial Porrúa
México, D.F.
P.P. 476

- 10.- ROBBINS, STANLEY L.
Patología Básica.
2da. Edición., 1984
Editorial Interamericana.
México, D.F.
P.P. 739

- 11.- SHAFER, G. WILLIAM
Tratado de Patología Bucal.
3ra. Edición., 1982
Editorial Interamericana
México, D.F., P.P. 846

- 12.- SPOUGE, J.D.
Patología Bucal
1ra. Edición., 1977
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina
P.P. 485
- 13.- STEIN, JAY H " et al "
Medicina Interna
2da. Edición.
Salvat Editores
España
P.P. 917
- 14.- THOMA " et al "
Patología oral
3ra. Edición., 1973
Salvat Editores
España
P.P. 1273