

11236  
44

Zejan



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
OTORRINOLARINGOLOGIA

**LINFOMA NO-HODGKIN EN CABEZA Y CUELLO  
ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.  
PUEBLA, PUE.**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
OTORRINOLARINGOLOGIA**

PRESENTA:

**Dr. José Alejandro Sánchez Guerrero**

PUEBLA, PUE., ~~1998~~



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998

276791



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION ESTATAL PUEBLA

CENTRO MEDICO NACIONAL MANUEL AVILA CAMACHO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

OTORRINOLARINGOLOGIA

LINFOMA NO-HODGKIN EN CABEZA Y CUELLO

ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO

EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES C.M.N. M.A.C.

PUEBLA,PUE.

AUTOR : DR. JOSE ALEJANDRO SANCHEZ GUERRERO

OTORRINOLARINGOLOGIA

C.M.N. M.A.C. H. ESPECIALIDADES

MATRICULA : 10205667

DOMICILIO : VOLCAN ETNA # 15 COL. MIRADOR

TLALPAN. D.F.

TEL : 655 06 37

ASESORES : DR JORGE ALVAREZ BALBAS

JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y PROFESOR TITULAR

DEL CURSO

C.M.N. M.A.C. H. ESPECIALIDADES.

MAT : 349727

DOMICILIO : 2 NORTE # 2004 COL. CENTRO. PUEBLA, PUE.

DR. JORGE M. GARCIA SALAZAR

MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE PATOLOGIA

C.M.N. M.A.C. H. ESPECIALIDADES.

MAT : 7143079

DOMICILIO : 2 NORTE # 2004, COL CENTRO.

PUEBLA,PUE.

## AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE : Por ser ejemplo de trabajo y perseverancia . Por su apoyo incondicional en todo momento.

A MI FAMILIA : Por haber contribuido de una u otra forma en mi desarrollo profesional y personal.

A MIS AMIGOS : En especial a Roxana por su gran calidad humana y por estar cerca siempre.

A SELENE : Por su amor y comprensión y por que juntos podemos apreciar un tiempo infinito de nuevos horizontes.

## INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
HIPOTESIS	10
OBJETIVOS	10
PROGRAMA DE TRABAJO	11
MATERIAL	11
METODO	12
RESULTADOS	14
DISCUSION	19
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

## INTRODUCCION

Los linfomas son neoplasias malignas caracterizadas por la proliferación de células nativas de los tejidos linfoides, es decir, linfocitos , histiocitos, sus precursores y las células derivadas de ellas. El termino " linfoma" , es hasta cierto punto inapropiado debido a que estos trastornos son letales a menos que se controlen o erradiquen con el tratamiento. No existen linfomas " benignos".

Dentro del amplio grupo de los linfomas malignos, se separa la enfermedad de Hodgkin de todos las restantes formas que constituyen los linfomas no-Hodgkin, aunque ambos se originan en los tejidos linfoides, la enfermedad de Hodgkin se separa por la presencia de células de Reed-Sternberg. Además, los ganglios contienen células inflamatorias no neoplasicas en su mayoría.

Los linfomas no-hodgkin son los tumores no epiteliales más comunes de cabeza y cuello. Es importante para el otorrinolaringologo y cirujano de cabeza y cuello estar familiarizado con estas enfermedades ya que suelen presentarse con ganglios cervicales u otras manifestaciones del área en cuestión ; además las técnicas del examen del especialista es importante no solo para realizar el diagnostico , también para determinar la extensión de la enfermedad , planificar el tratamiento y vigilar la respuesta al mismo.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los linfomas no-hodgkin (LNH) están representados por un grupo diverso de neoplasias que involucran estructuras ganglionares (nodales) en un 76% y extraganglionares (extranodales) en un 24%. De estos aproximadamente un 34% afectan estructuras de cabeza y cuello, ocupando así el segundo sitio más común después del tracto gastrointestinal . (1,2)

La incidencia de LNH se eleva con la edad de modo que habitualmente es una enfermedad de la quinta, sexta y séptima décadas de la vida con una edad media de 58 años (2) . Los LNH en niños son raros y hasta en un 59% se encuentran en sitios extraganglionares. Los LNH de cabeza y cuello afectan más frecuentemente al hombre que a la mujer con una relación de 1.6 :1 .

Los sitios afectados con mayor frecuencia por los LNH que involucran estructuras de cabeza y cuello ,son los ganglios cervicales , pero en un 10% de los pacientes se presenta patología extraganglionar . Los sitios afectados incluyen con mayor frecuencia el anillo de Waldeyer en un 66% (tejido linfático de la amígdala, nasofaringe y base de lengua), también ganglios linfáticos de cabeza y cuello y tejidos adyacentes o extraganglionares como senos paranasales, glándulas salivales, cavidad oral y laringe, e incluso glándula tiroidea. En un 21% se aprecia afección de más de una de estas zonas. (2-4)

Los LNH han sido encontrados en relación a inmunodeficiencias como VIH, así como por infecciones por virus de Epstein-Barr, y asociadas a otras patologías como síndrome de Wiskott-Aldrich y en pacientes que han sido transplantados . (4,5). También se ha relacionado con anomalías citogenéticas en el cariotipo e inmunofenotipos. (5,6) ( ver cuadro 1)

Factor	tipo de linfoma
Virus Epstein-Barr	Linfoma de Burkitt africano Linfoma postransplante
Virus tipo I de la leucemia humana	Linfoma adulto de células T
Transplantes de aloinjertos	Linfoma inmunoblástico
Defectos inmunes congénitos	Linfoma inmunoblástico
Lupus eritematoso sistémico	Linfoma inmunoblástico
Síndrome de Sjögren	Linfoma inmunoblástico
Difenilhidantoína	Linfoma inmunoblástico
SIDA	Varios linfomas

Cuadro 1. Factores etiológicos en los linfomas no-Hodgkin.

Los síntomas más frecuentemente presentados de acuerdo a una serie de estudios han sido : adenopatías cervicales, edema local, sintomatología atribuible a la tumoración local y síntomas B (perdida inexplicable de peso mayor al 10% del peso corporal en 6 meses, fiebre inexplicable alrededor de 38°C y sudoración nocturna.(3).

Determinar el diagnóstico y clasificación histológica es crítico para el estudio y manejo apropiado de los pacientes con LNH , así como para mejorar el pronóstico y respuesta al tratamiento. (2,4). El diagnóstico se realiza por medio de una historia clínica y exploración física completas así como estudios radiográficos y de laboratorio. El diagnóstico definitivo es histopatológico, de ser posible, se debe tomar biopsia con extirpación de un ganglio linfático grande, la razón de ello es que se puede comprometer solo una pequeña parte del ganglio linfático y determinar la subclasificación histológica. ( p.ej., folicular o difuso). Los cortes por congelación no se consideran óptimos para obtener el diagnóstico de linfoma por lo que debe procesarse en forma rápida y con el material de biopsia fresco. (2,10). Las biopsias por aspiración con aguja fina probablemente no tiene ninguna utilidad para el diagnóstico de LNH , solamente cuando dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra la posibilidad de carcinomas metastásicos.

Como tumores del sistema inmunitario que son los LNH pueden originarse de células linfoides T o B y los histiocitos, pueden distinguirse basándose en las características fenotípicas y moleculares de las propias células tumorales, el 80 a 85% son originados de células B y el resto de células T, los de histiocitos o macrófagos son muy infrecuentes

Los tumores de células T y B pueden representar células detenidas en cualquier fase de su vía de diferenciación. Histológicamente las células linfomatosas muestran dos patrones de crecimiento diferentes: o bien se agrupan en nódulos o identificables (linfoma nodular) o se extienden en forma difusa por todo el ganglio (linfoma difuso).(2)

Existen marcadores inmunológicos que nos pueden identificar estirpes celulares, que en su mayor parte son de células linfoides B o T. Esta diferenciación tiene su aplicación para hacer un pronóstico ya que los de estirpe de células T tienden a ser más agresivos y con menor respuesta a tratamiento y estadísticamente con menor supervivencia. Por otra parte se pueden utilizar para hacer diagnóstico diferencial con algunos carcinomas y tipos histológicos de LNH más agresivos e indiferenciados. (2,7)

Las manifestaciones clínicas y radiológicas así como curso, pronóstico y tratamiento van de acuerdo a la clasificación histopatológica y estadificación.(4)

La clasificación histopatológica que ha demostrado ser más útil es la de "international Working Formulation", que divide a los linfomas en tres grupos principales: grado bajo de malignidad, grado intermedio y alto grado de malignidad. Esta clasificación ha mostrado ser predictiva y reproducible y es la más comúnmente usada. Ver cuadro 2. (2,4,7)

Cuadro 2. Clasificación de los linfomas no-Hodgkin "Working Formulation of Non-Hodgkin's Lymphomas"
<p><b>LINFOMA DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD</b></p> <p>Linfocítico de células pequeñas  Folicular de células pequeñas hendidas  Folicular mixto de células pequeñas hendidas y grandes</p>
<p><b>LINFOMA DE GRADO INTERMEDIO DE MALIGNIDAD</b></p> <p>Folicular de células grandes  Difuso de células pequeñas hendidas  Difuso mixto de células pequeñas hendidas y grandes  Difuso de células grandes</p>
<p><b>LINFOMA DE ALTO GRADO DE MALIGNIDAD</b></p> <p>Imunoblástico  Linfoblástico  Indiferenciado( células pequeñas no hendidas)</p>
<p><b>MICELANEOS</b></p> <p>Micosis fungoide  Histiocítico verdadero</p>

El tiempo medio de sobrevida para pacientes con LNH varia según su estadio y clasificación histológica. Los LNH de bajo grado de malignidad es de aproximadamente 7.5 años, de grado intermedio de malignidad es de 2.5 años , de alto grado de malignidad es de 1 año y para los misceláneos es variable de meses a 1 año .

Para realizar una evaluación y estadificación adecuada de estos pacientes con LNH en cabeza y cuello se deben tomar los siguientes estudios : se debe hacer una historia clínica y exploración física completa con principal atención a la región de cabeza y cuello, tórax y abdomen , buscar adenopatías, realizar laringoscopia indirecta, exploración de hígado, bazo .

Se deben tomar biopsias y/o revisión de laminillas tomando en cuenta que en ocasiones es necesario tomar varias biopsias para hacer el diagnóstico. La biopsia

debe procesarse en fresco de preferencia para evitar cambios por necrosis o artefactos en su preparación, Se prefiere también que la biopsia tomada sea de un ganglio completo y así poder determinar el patrón histológico (nodular, folicular o difuso). Dentro de los estudios de laboratorio es recomendable contar con biometría hemática completa con diferencial, pruebas de función hepática (fosfatasa alcalina y DHL) que se relacionan con enfermedad tumoral en abdomen, tórax, radiografías de senos paranasales, serie esofagogastroduodenal y tránsito intestinal, tomografía computada del sitio afectado y búsqueda de metástasis y biopsia de médula ósea (2,10).

El sistema de estadificación más utilizado en pacientes con LNH es el Ann Arbor Staging System. Este refleja la extensión del compromiso ganglionar, la presencia o ausencia de compromiso esplénico u otro y la presencia o ausencia de síntomas sistémicos "B". (2) (ver cuadro 3)

Hasta en un 90% de los pacientes con LNH se encuentran al momento del diagnóstico en estadios II, III o IV y su pronóstico no es significativamente diferente. Es importante hacer diagnóstico diferencial con otras patologías malignas, principalmente con lesiones destructivas de la línea media como granulomatosis de Wegener, carcinomas, infecciones bacterianas, micosis y sarcoidosis. El linfoma angiocéntrico aunque se ha considerado como una enfermedad granulomatosa de la línea media se clasifica como un LNH de alto grado de malignidad y casi siempre su estirpe es de células T. (11,12)

Cuadro 3. Ann Arbor Staging System.

ESTADIO I

Compromiso de una sola región ganglionar (I) u órgano o sitio extralinfático (IE).

ESTADIO II

Compromiso de dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma (II) o compromiso localizado de órgano o sitio extralinfático y una o más regiones ganglionares de mismo lado del diafragma (IIE).

ESTADIO III

Compromiso de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma (III), que puede estar acompañado por compromiso localizado de órgano o sitio extralinfático (IIIE) o por compromiso del bazo (IIIS) o ambos (IIISE).

ESTADIO IV

Compromiso difuso o diseminado de uno o mas órganos o tejidos extralinfáticos con agrandamiento ganglionar asociado o sin él.

SINTOMAS B

(A) indica ausencia de síntomas sistemicos y (B) indica su presencia ( fiebre inexplicable, sudoración nocturna, pérdida de peso de más del 10% del peso ponderal).

La elección del tratamiento de estos pacientes esta basado en el tipo histológico, estadificación, consideraciones individuales de cada paciente, se ha utilizado quimioterapia con diversos esquemas o bien radioterapia .

El tratamiento para los LNH *de bajo grado de malignidad* es el siguiente : de los estadios I y II con compromiso limitado a los grupos ganglionares contiguos se tratan con radioterapia localizada. Sin embargo, cerca del 50% presenta recaídas dentro de los siguientes 10 años. Cuando es evidente la progresión se puede utilizar una sola droga como el clorambucilo o ciclofosfamida , vincristina y prednisona con remisión parcial o total en el 90% de los pacientes. En cuanto a los LNH *de grado intermedio de malignidad*. Los pacientes con enfermedad ganglionar estadio I o II, pueden tratarse con radiación . Sin embargo la mayoría tienen enfermedad extranodal primaria estadio I, estos se tratan con quimioterapia combinada al igual que los estadios III y IV. Las drogas incluyen ciclofosfamida,

doxorubicina, vincristina, prednisona, bleomicina, etopócido, citocina arabinósido y altas dosis de metotrexato. El pronóstico es peor y la tasa de recidiva en pacientes con síntomas B, con compromiso de médula o hepática o con grandes masas abdominales. Además algunos pacientes tienen mayor riesgo de afectación a SNC. Los LNH *de alto grado de malignidad* se tratan en combinación agresiva de quimioterapia de la misma manera que los linfomas con estadios III y IV . Se ha observado con altas tasas de respuestas elevadas y remisiones prolongadas. Para los LNH inmunoblasticos los resultados son menos seguros. Tienen un alto riesgo de afectación a SNC por lo que se combinan con radioterapia o administración de quimioterapia intratecal . Sin embargo , se ha observado que la combinación de quimioterapia y radioterapia ha dado mejores resultados y menor riesgo de recidivas .

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de LNH en cabeza y cuello es difícil y debe estar basado en un manejo multidisciplinario, de su rapidez y certeza depende el tratamiento y pronóstico. Por lo que ante procesos patológicos que despierten una sospecha clínica se debe ser escrupuloso en su estudio.

Cual será el tipo histológico, estadificación, sitio y sintomatología más frecuentemente encontrada en pacientes con linfoma no-Hodgkin que involucren estructuras de cabeza y cuello en el H.Especialidades CMN MAC.

## HIPOTESIS.

El estudio es descriptivo por lo que no requiere la formulación de una hipótesis .

## OBJETIVOS.

### I. Objetivos generales.

- 1) Conocer cual es la situación clínico- patológica de los linfomas no Hodgkin que involucran estructuras de cabeza y cuello en el H.Especialidades CMN MAC.

### II. Objetivos específicos.

- 1) identificar la sintomatología más frecuente en pacientes con LNH que involucren estructuras de cabeza y cuello.
- 2) identificar el sitio más frecuentemente afectado por LNH en estructuras de cabeza y cuello.
- 3) identificar el tipo histológico más frecuente de LNH que involucren estructuras de cabeza y cuello.
- 4) estadificar y obtener el estadio más frecuentemente encontrado en pacientes con LNH que involucren estructuras de cabeza y cuello.

## PROGRAMA DE TRABAJO

Se realizó una revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de linfoma no-hodgkin que involucraban estructuras de cabeza y cuello, del Hospital de Especialidades CMN MAC. del 1 de diciembre de 1996 a Julio de 1997.

## MATERIAL

Treinta y cuatro expedientes de pacientes diagnosticados con linfoma no-hodgkin que involucraban estructuras de cabeza y cuello, de Julio de 1993 a Julio de 1997. Se revisaron archivos de histopatología, radiografías y expedientes clínicos. Los pacientes cumplieron con los siguientes requisitos.

## CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes a quien se les ha diagnosticado LNH que involucren estructuras de cabeza y cuello.
2. El diagnóstico de LNH deberá ser histopatológico.
3. Todos los grupos de edades se incluirán en el estudio.
4. Pacientes con LNH diagnosticados de Julio de 1993 a Julio de 1997.
5. Los pacientes deberán de contar con tomografía computada de las áreas involucradas en cabeza y cuello.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Pacientes con diagnóstico histopatológico de tumoraciones diferentes a LNH .

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes con diagnóstico de LNH pero que cursen o cuenten con antecedentes de otras neoplasias que no sean LNH que involucren estructuras de cabeza y cuello.
2. Pacientes que no cuenten con expedientes clínicos y radiológicos

#### METODO.

Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de linfoma no-Hodgkin obteniendo los siguientes datos y posteriormente obteniendo el porcentaje correspondiente a cada uno de ellos. ( ver cuadro 4).

CUADRO 4. HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

- |   |   |
|---|---|
| <p>1) edad</p> <p>2) sexo</p> <p>3) sitio de tumoración</p> <p>    a. nodal</p> <p>    b. extranodal</p> <p>3.1) sitio de tumoración</p> <p>    a) anillo de waldeyer</p> <p>        - amígdala palatina</p> <p>        - nasofaringe</p> <p>        - base de lengua</p> <p>    b) cavidad oral</p> <p>        - paladar</p> <p>        - gingiva</p> <p>        - mucosa bucal</p> <p>    c) senos paranasales</p> <p>        - senos etmoidales</p> <p>        - senos maxilares</p> <p>        - senos esfenoidales</p> <p>        - senos frontales</p> <p>    d) Cavidad nasal</p> <p>    e) Laringe</p> <p>    f) glándula tiroides</p> <p>    g) cadenas ganglionares</p> <p>    h) Orbita</p> <p>4) Panel viral y estados de inmunodepresión</p> <p>    grado de malignidad</p> <p>5) sintomatología</p> <p>    a) anillo de Waldeyer</p> <p>        - tumoración de amígdala palatina</p> <p>        - dolor o sensación de cuerpo extraño en orofaringe</p> <p>        - otros</p> | <p>b) cavidad oral</p> <p>    - edema o aumento de volumen local</p> <p>    - dolor en boca</p> <p>    - presencia de ulceraciones</p> <p>c) senos paranasales y órbita</p> <p>    - exoftalmos</p> <p>    - edema bucal</p> <p>    - alteraciones visuales</p> <p>    d) cavidad nasal</p> <p>    - obstrucción nasal</p> <p>        - rinorrea</p> <p>    - epistaxis</p> <p>    - disfunción de la trompa de Eustaquio</p> <p>    e) laringe</p> <p>    - disnea</p> <p>    - disfonía</p> <p>    - disfagia</p> <p>    - estridor</p> <p>f) adenopatías cervicales o tumor en cuello</p> <p>    g) Otros síntomas</p> <p>6) Estadio (estadificación de acuerdo al Ann Arbor Staging System. ver cuadro 3)</p> <p>7) Clasificación histopatológica y</p> <p>(de acuerdo a International Working Formulation. cuadro 2)</p> |
|---|---|

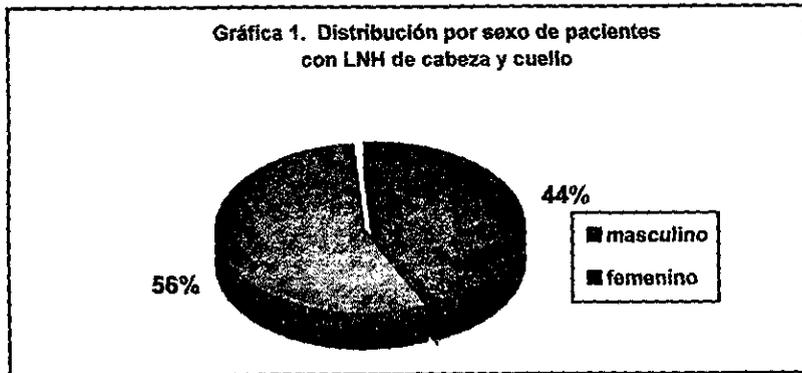
TIPO DE ESTUDIO

observacional , retrospectivo con seguimiento de casos , longitudinal y analítico.

## RESULTADOS

Se revisaron los archivos de resultados histopatológicos de 59 pacientes con diagnóstico de LNH que afectaban áreas de cabeza y cuello en los archivos de histopatología, de los cuales se excluyeron 25 por no contar con expediente clínico y/o archivos radiográficos

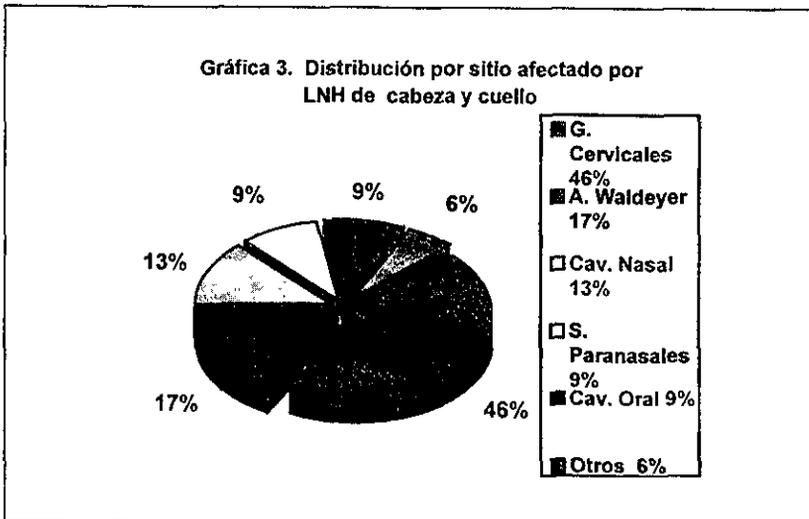
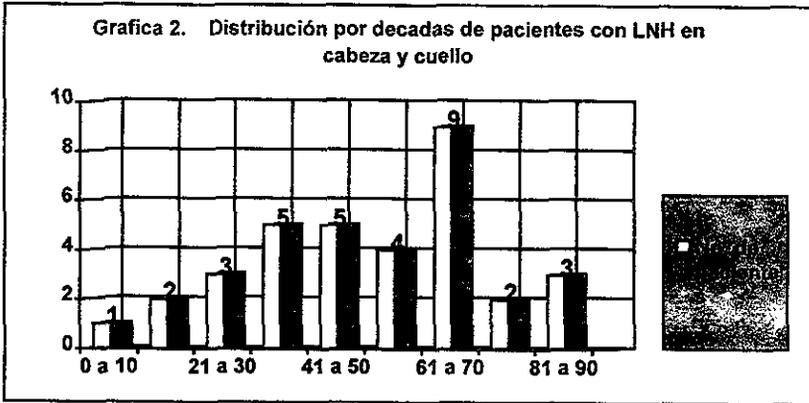
De los 34 pacientes incluidos en el estudio, 19 (55.8%) fueron hombres y 15 (44.8%) mujeres, con una relación de 1.2 : 1 . ( gráfica 1).



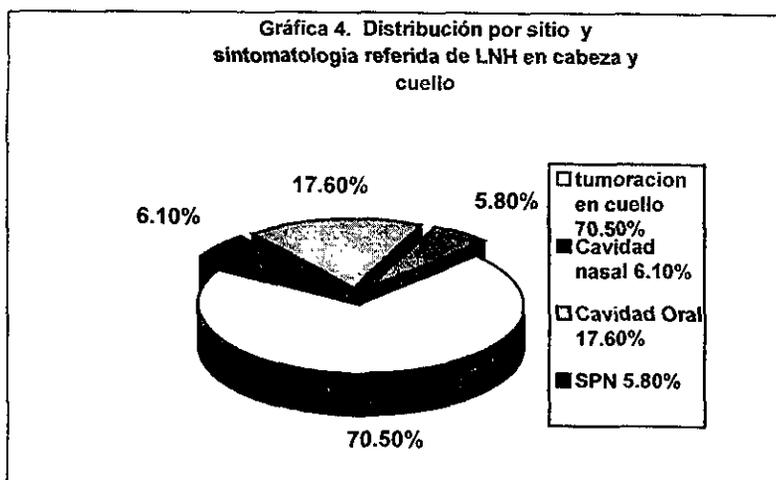
La edad media fue de 53.4 años, con un rango de edad de 9 a 82 años. La séptima década de la vida fue la que se afectó con mayor frecuencia. ( gráfica 2 ).

La afección extraganglionar se observó en 20 pacientes es decir en un 58.8%. En cuanto a la localización del LNH, 24 (70.5%) presentaron adenomegalias o tumoración en cuello. 9 pacientes (26.4%) con afectación de estructuras del anillo de Waldeyer principalmente en nasofaringe y amígdala palatina con 3 y 6 casos respectivamente. En 7 pacientes (20.5%) involucraban la cavidad nasal. En 5 pacientes (14.7%) Se presentó en senos paranasales, afectando a senos etmoidales en 4 casos y maxilares en 2. También en 5 pacientes se encontró en cavidad oral afectando principalmente al paladar . En 3

pacientes se encontró LNH en órbita y 2 en piel del área de cabeza y cuello y 1 en oído y trompa de Eustaquio. No se encontraron casos con patología en laringe, glándula tiroides u otras estructuras de cabeza y cuello. (gráfica3)

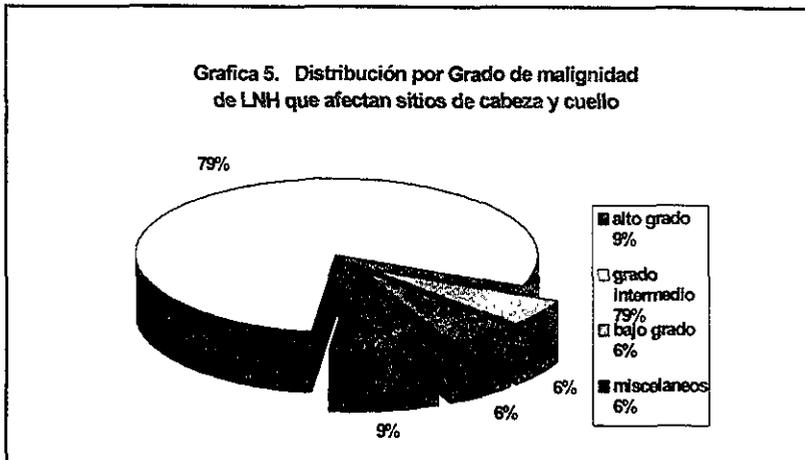


En cuanto a la sintomatología . Se presento como síntoma principal la presencia de tumoración cervical en un 70.5% de los pacientes y de ellos prácticamente todos cursaron sin dolor, únicamente de crecimiento tumoral rápido. El segundo sitio al que se refería sintomatología es la cavidad nasal con 7 pacientes (20.6%), presentando todos obstrucción nasal, rinorrea y epistaxis, así como aumento de volumen y signos de disfunción de la trompa de Eustaquio. En 5 pacientes (17.6%) se encontró sintomatología referida de la cavidad oral, todos presentaron lesiones ulcerativas del paladar blando y duro., así como dolor y edema. En 5.8% se encontró sintomatología de senos paranasales y órbita, como alteraciones visuales, exoftalmos, así como edema palpebral. (gráfica 4).



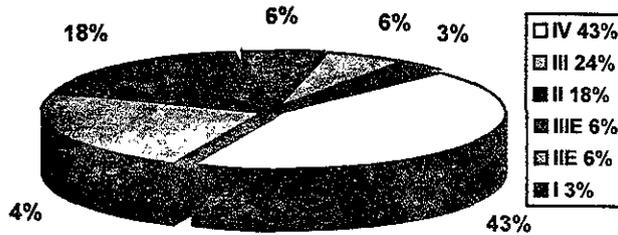
Del grado de malignidad por la clasificación histológica. El 79% (27) pacientes tuvieron LNH de grado intermedio de malignidad, de estos, con LNH difuso de células grandes se encontró en 11 pacientes. Difuso mixto de células grandes y pequeñas, 3

pacientes y 0 de LNH folicular de células grandes. En 3 pacientes (8.8%) , presentaron LNH de alto grado de malignidad, 2 con linfoma inmunoblástico y 1 caso con linfoma linfoblástico, no se encontraron casos de linfomas linfocíticos de células pequeñas. En 2 pacientes (5.9%) con linfomas de bajo grado de malignidad, los cuales fueron linfocíticos de células pequeñas y en otros 2 (5.9%) con tumores misceláneos. (Gráfica 5)



Con respecto a la estadificación. El 44% (15) pacientes se encontraron al momento del diagnóstico en estadio IV, 23.5%(8) pacientes en estadio III, 17.6% (6) pacientes en estadio II, 5.9% (2) pacientes en estadio IIIIE, y 5.9% (2) pacientes en IIE, 2.9% ( 1) paciente en estadio I. No se encontraron estadios IE,IIIS o IIISE. En un 82% de los pacientes se presentaron síntomas B.. (Gráfica 6)

**Gráfica 6. Distribución por estadio de LNH en pacientes con afectación de sitios en cabeza y cuello**



Las infecciones virales, y/o estados de inmunocompromiso se presentaron en 6 de los pacientes , 2 con VIH, 1 postransplante renal, 1 postransplante de médula ósea, 4 con diabetes mellitus y 1 con IRC. Cabe señalar que dentro del panel viral solo se realiza determinación para VIH y virus de hepatitis B y C .

Con respecto al tratamiento, a 30 pacientes se les administro quimioterapia con esquema de ciclofosfamida, vincristina y prednisona combinada con bleomicina y Radioterapia coadyuvante de los cuales 15 pacientes es decir un 50% han fallecido y otros 15 se encuentran en control actualmente, los otros cuatro pacientes se perdió su seguimiento posterior a el diagnostico y estadificación .

## DISCUSION

Como se había considerado en un principio, los LNH involucran en forma frecuente a sitios y estructuras de cabeza y cuello, de ahí la importancia que tienen para el otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello.

Los resultados del presente estudio , concuerdan con los de la literatura internacional, aunque de series más grandes, como la de Shima (3), en donde se encuentra una edad media de presentación de 56.7 años y una relación hombre : mujer de 1.5 : 1, no encontrando diferencias importantes en comparación a nuestros resultados. Lo mismo sucede con el sitio de presentación y síntomas referidos , que en orden de frecuencia son las adenopatías cervicales , el anillo de Waldeyer , la cavidad oral y nasal .

En cuanto al grado de malignidad también son equiparables a otros estudios, siendo más frecuente, los LNH de grado intermedio de malignidad, de estos el linfoma difuso de células grandes es el que se presenta en mayor número de casos . El segundo grupo más frecuente fueron los LNH de alto grado de malignidad .con linfomas inmunoblásticos y linfoblásticos. Los que se presentaron con menor frecuencia fueron los tumores de bajo grado de malignidad. En cuanto a la afección nodal o extranodal y grupos histológicos de linfomas , los grupos encontrados en el estudio son los que presentan en mayor medida afección extranodal , lo cual se determinó como ya se menciona en un 58.8% de los pacientes en nuestro estudio. Aunque de lo anterior no podemos realizar una correlación con el tipo histológico de células B o T ya que en nuestra unidad hospitalaria no se cuenta con la determinación inmunohistológica. Sabemos que los linfomas que con mayor frecuencia presentan afección extraganglionar son los LNH de células T y siendo que nuestro estudio tiene tantas similitudes con lo referido en la literatura podemos suponer que en su mayoría pertenezcan a este tipo celular.

Encontramos diferencias importantes en cuanto al estadio, ya que en series extranjeras (3), hasta en un 75% de pacientes se encuentran en estadios I o II y en el presente estudio encontramos en un 44% de los pacientes, estadios IV y en un 17.6%

estadios III. Y con menor frecuencia los I y II . Lo anterior se correlaciona en cuanto a que los estadios III y IV son los que presentan una mortalidad mayor y en nuestro estudio que abarco 5 años de revisión encontramos que prácticamente un 50% ya habían fallecido a pesar de haber iniciado tratamiento. Esto nos llama la atención y puede ser un indicador de que el diagnóstico de los pacientes se realiza en forma tardía y que probablemente se están teniendo fallas en el estudio clínico de nuestros pacientes, por otro lado sabemos que en la atención institucional , tanto por los tramites administrativos y la gran población a quien se ofrece servicios de salud , el estudio de estos pacientes se vuelve lento , por lo que en sospecha de pacientes con este tipo de patologías se deberían tener consideraciones especiales o bien hospitalizarlos y así poder agilizar dichos tramites y sobretodo su estudio y tratamiento.

No fue posible determinar por completo la asociación de infecciones vírales ya que el panel viral de nuestro hospital solo determina VIH y Virus de hepatitis B o C y no de virus que con mayor frecuencia se encuentran en asociación con LNH . Encontramos cierta relación con la presencia de estados de inmunodepresión como insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus o bien con el uso de inmunodepresores en el caso de pacientes transplantados. No nos es posible determinar a largo plazo tanto la mortalidad como índice de recidivas , sin embargo, dado todo lo anterior podemos esperar que no sean favorables, para confirmarlo es necesario realizar estudios dirigidos a tal finalidad.

## CONCLUSIONES

La edad media de presentación de LNH con manifestaciones en cabeza y cuello, fue de la sexta década de la vida y con una relación ligeramente mayor en el hombre que en la mujer.

Tanto el sitio de presentación como la sintomatología referida, fue en cadenas ganglionares o tumoraciones en cuello y anillo de Waldeyer y en una menor proporción a cavidad oral y cavidad nasal .

Los LNH de grado intermedio de malignidad son los que se presentaron con mayor frecuencia en nuestro hospital.

El estadio al momento del diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia son los III y IV. Diferente a estudios extranjeros donde se encuentran en mayor frecuencia estadios I y II, por lo que podemos inferir que debemos ser más cuidadosos en nuestra examinación del paciente y así poder encontrar estadios más tempranos de la enfermedad mejorando así el pronóstico en cuanto al tratamiento y sobrevida de nuestros pacientes.

También podemos presuponer que dado a las características de los LNH encontrados en nuestro estudio con respecto al estadio y tipo histológico, la respuesta al tratamiento así como recidivas no es favorable en nuestros pacientes. Aunque para demostrarlo es necesario realizar otros estudios estadísticos.

No podemos realizar conclusiones con respecto a la asociación con infecciones virales o estados de inmunodepresión.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Burton G,V. and et al . Extranodal Head and Neck Lymphoma. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 1990 ;116: 69-73.
2. Jacobs C. and Et al . The Management of Extranodal Head and Neck Lymphomas. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 1986; 112 : 654-57.
3. Shima N. and et al. Extranodal Non-Hodgkin's Lymphoma of the Head and Neck. Cancer. 1990 ; 66(6): 1190-7.
4. Bragg D,G. and Et al. New Concepts in the Non-Hodgkin Lymphomas:Radiologic Implications. Radiology. 1986; 159 : 289-304.
5. Offit K. and Et al . Chromosomal Aberrations in Non-Hodgkin's Lymphoma. Hematology/Oncology Clin of North Am. 1991; 5(5): 853-69.
6. Carbone A. and et al. Head and Neck Lymphomas Associated With Human Immunodeficiency Virus Infection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1995; 121: 210-17.
7. Freedman A,S. Immunologic Markers in Non-Hodgkin's Lymphoma. Hematology/Oncology Clin of North Am; 1991 5(5): 871-89.
8. Vose J,M. and et al . The Therapy of Non-Hodgkin's Lymphomas. Hematology/Oncology Clin of North Am. 1991; 5(5):845-51.
9. Ruijs C. and et al. Treatment of Localized Non Hodgkin's Lymphomas of Head and Neck. Cancr. 1994; 74:703-7.
- 10 Lee Ya-Yen and et al. Lymphomas of Head and Neck:CT findings at initial Presentation AJR. 1987; 147:575-81.

11. Davison S. Nasal and Nasopharyngeal Angiocentric T-Cell Lymphomas. Laryngoscope . 1996 ; 106: 139-43.
12. Meneses G,A. Linfoma Angiocéntrico Centrofacial (Reticulosis Polimorfa). Patología.1993; 31: 163-68.