



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello.
Hospital Solca, 2012-2016**

AUTORA:

Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGA**

TUTORA:

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

13 de Septiembre del 2017



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello.
Hospital Solca, 2012-2016**

AUTORA:

Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGA**

TUTORA:

Cruz Moreira, Karla Elizabeth

Guayaquil, Ecuador

13 de Septiembre del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

TUTORA

f. _____
Cruz Moreira, Karla Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello. Hospital Solca, 2012-2016** previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

AUTORA

f. _____
Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello. Hospital Solca, 2012-2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 13 días del mes de septiembre del año 2017

AUTORA:

f. _____
Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita

AGRADECIMIENTO

Antes que todo agradezco a Dios por darme las fuerzas y la sabiduría que me permitieron llegar a cumplir esta meta y por darme a los mejores padres ya que han sido los pilares fundamentales en mi vida, quienes me han apoyado y me han aconsejado a lo largo de mi carrera a mis hermanos y amigos gracias a ustedes por aportar durante el desarrollo de este trabajo.

Mis sinceros agradecimientos también a la Dra. Karla Cruz y el Dr. Fuad Huamán, quienes compartieron su tiempo entre labores y el apoyo desinteresado, dispuestos siempre a guiarme hasta el final durante la realización de este trabajo.

De igual manera agradezco a los todos los docentes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil quienes impartieron sus conocimientos durante mi formación en la carrera de Odontología.

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación se lo dedico a mis padres quienes fueron mi sustento diario y el pilar fundamental, apoyo que no permitió sucumbir ante los obstáculos que se presentaron durante mi formación en la carrera universitaria.

También a mis hermanos y mi abuelita por sus consejos y cariño, que hicieron de mi una persona perseverante hasta alcanzar la meta.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

GEOCONDA MARÍA, LUZARDO JURADO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

JOSÉ FERNANDO PINO LARREA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

MARÍA JOSÉ VALDIVIEZO GILCES
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

JOSÉ FERNANDO PINO LARREA
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

**DRA. KARLA ELIZABETH CRUZ MOREIRA
TUTORA**

Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello. Hospital SOLCA, Guayaquil-Ecuador. 2012-2016

Prevalence of non-Hodgkin's lymphomas in head and neck. Hospital SOLCA, Guayaquil-Ecuador. 2012-2016

Angulo Gianella¹, Cruz-Moreira Karla²

¹ Egresada de Odontología. Carrera de Odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Correo: yale_94@hotmail.es, orcid.org/0000-0003-4496-1738

² Especialista en Clínica Estomatológica y Odontopediatría. Cátedra de Patología Estomatológica. Carrera de Odontología. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Correo: karla.cruz.m@gmail.com orcid: orcid.org/0000-0002-4283-3495.

RESUMEN

Introducción: Los linfomas son neoplasias malignas que se clasifican en Linfomas de Hodgkin (LH) y Linfomas no Hodgkin (LNH). Según la literatura el 90% son de linaje B y de éstos el más prevalente es el linfoma difuso de células grandes B; el 10% restante corresponde a linaje T/NK. En general, los LNH son más prevalentes en personas de edad avanzada. El objetivo de este trabajo es identificar los linfomas más frecuentes de la región de cabeza y cuello (CC) dándole énfasis a los de cavidad bucal. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con linfomas en la región CF entre los años 2012-2016 registrados en el Hospital de SOLCA. Se estudiaron variables clínicas-patológicas. **Resultados:** Durante el periodo 2012-2016 hubo un total de 977 linfomas. Aquellos localizados en la región CC fueron 398 (40.73%). Luego se excluyeron los casos de la región cervical y del cráneo (293; 73.6%), para quedarnos únicamente con los de compromiso bucal y región facial anexa (105; 26.4%). De éstos, la mayoría (97; 92.4%) fueron LNH y 8 (7.6%) fueron LH, siendo el LDCGB el tipo más prevalente de linfoma (49; 46.7%). **Conclusiones:** El LDCGB fue el más prevalente de la región de cabeza y cuello, en la cavidad oral la zona de mayor afectación fue la parótida. Cabe recalcar que la mayoría de los pacientes presentaron adenopatías submandibulares, por lo cual resulta importante durante el examen físico realizar la palpación de la región cervical.

Palabras clave: *Linfoma no Hodgkin, cabeza y cuello, cavidad bucal, linfomas extraganglionares, Ecuador*

ABSTRACT

Introduction: Lymphomas are malignant neoplasms that are classified in Hodgkin's Lymphomas (LH) and non-Hodgkin's lymphomas (LNH). According to the literature 90% are of lineage B and of these the most prevalent is the diffuse lymphoma of large cells B (LDCGB), the remaining 10% corresponds to lineage T/NK. In general, LNH are more prevalent in older people. The objective of this study is to identify the most common lymphomas in the region of the head and neck (CC) giving emphasis to those of oral cavity. **Materials and methods:** Descriptive study, retrospective, Transversal. We included all patients diagnosed with lymphomas in the CF region between the years 2012-2016 registered in the SOLCA Hospital. Clinical-pathological variables were studied. **Results:** During the period 2012-2016 there were a total of 977 lymphomas. Those located in the CC region were 398 (40.73%). Then, the cases of the cervical and cranium region (293; 45.7%) were excluded, to remain only with the oral commitment and the attached facial region (105; 26.4%). Of these the majority (97; 57.4%) were LNH and 8 (7.6%) were LH, being LDCGB the most prevalent type of lymphoma (49; 29.0%). **Conclusions:** The LDCGB was the most prevalent in the region of head and neck, in the oral cavity the most affected area was the parotid. It should be emphasized that the majority of patients had submandibular adenopathy, which is why it is important during the physical examination to perform palpation of the cervical region.

Key Words: *Non-Hodgkin lymphoma, head and neck, oral cavity, extranodal lymphomas, Ecuador*

INTRODUCCIÓN

Los linfomas son neoplasias malignas que se originan en los tejidos linfoides. Existe el tejido linfoide central (que se encuentra en médula ósea y timo) y el periférico (en sangre, bazo, ganglios linfáticos y mucosas). En relación a esta última topografía, la mucosa bucal es la que nos involucra como odontólogos.

Los linfomas se clasifican en linfomas de Hodgkin (LH) y linfomas no Hodgkin (LNH). Según la literatura existen 5 subtipos de LH, mientras que los LNH comprenden a más de 30 tipos, de los cuales el 90% corresponde a linfomas de células B y el 10% restante corresponde a linfomas de células T/NK^[1-3]. Epidemiológicamente los LNH se observan con mayor frecuencia entre los 60-70 años, con predominio masculino^[4]. Además existe afectación en la población pediátrica particularmente en menores de 10 años con mayor prevalencia en varones^[1,5].

Si bien la etiología de los LNH en términos generales es desconocida, se conocen diversos factores que se han visto asociados a su formación, como son: presencia de virus (Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH-, virus de la hepatitis C, virus de Epstein-Barr), bacterias (*Helicobacter pylori*), condiciones específicas (trasplante de órganos, radiación ultravioleta), entre otros^[1,6]. Los linfomas se pueden dividir en ganglionares y extraganglionares, y a su vez, dependiendo de su agresividad en el curso biológico en linfomas indolentes y linfomas agresivos (o de rápido crecimiento). La localización, el tipo histológico y el estadio de la

enfermedad determinarán el pronóstico final del paciente^[1,7,8].

La localización extraganglionar más común es el tracto gastrointestinal, siendo la cavidad bucal una parte de él. En ella, el anillo de Waldeyer, la lengua, el paladar, el piso de boca, la mucosa bucal y el trigono retromolar, resultan los lugares más frecuentemente afectados, casi exclusivamente por LNH. De los LNH, el tipo B es el más frecuente en esta topografía, y de éstos el linfoma difuso de células grandes B (LDCGB)^[4,9]. Por este motivo resulta necesario que el odontólogo realice minuciosamente el examen físico y clínico del paciente para valorar a tiempo las lesiones que se presenten en la región cérvico-facial y de esta forma ayudar a establecer una presunción diagnóstica que siempre deberá concluir con la exéresis o biopsia de la lesión sospechosa de linfoma para su estudio anatomopatológico.

El objetivo de este trabajo es identificar los linfomas más frecuentes de la región cérvico-facial (CF) dándole énfasis a los de cavidad bucal en base a las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), Guayaquil-Ecuador.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal retrospectivo incluyendo a todos los pacientes diagnosticados con linfomas de cabeza y cuello entre los años 2012 – 2016, informados por el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de SOLCA Guayaquil, y que tuvieron registro clínico completo en la Institución.

En dicho periodo se recibieron 73.533 biopsias y/o piezas operatorias, de las cuales 977 fueron diagnósticos de linfomas (1.33%); de ellos, 398 (40.73%) correspondieron a linfomas de la región de cabeza y cuello (CC) (n= 398).

Se confeccionó una hoja recolectora de datos donde se registró edad, género, tipo de linfoma no Hodgkin, localización en cavidad bucal, presencia de adenopatías regionales o sistémicas, estadio al diagnóstico (utilizando la clasificación de Ann Arbor), tipo de tratamiento, supervivencia, patologías sistémicas asociadas, signos y síntomas.

Los datos fueron tabulados y se analizaron con medidas de estadística descriptiva. Para todas las evaluaciones se consideró como estadísticamente significativo un valor de p menor a 0,05. Los resultados fueron analizados empleando el programa Microsoft Excel v2013.

Declaración sobre aspectos éticos

En este trabajo se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas, éticas y administrativas para investigación en salud, establecidas por la Resolución del Ministerio de Salud de la República Argentina. Se considera al presente estudio como

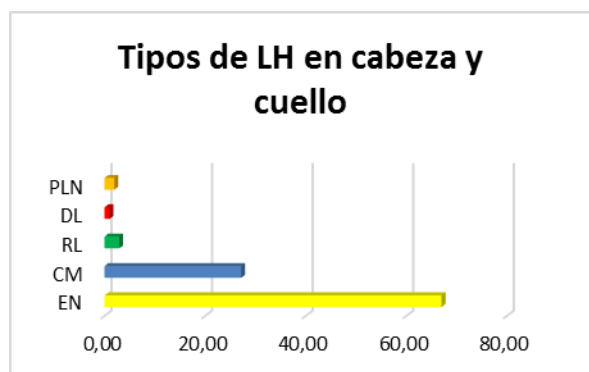
investigación sin riesgos para la población estudiada, acorde con la normativa de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se encontraron en el periodo estudiado (2012-2016) un total 398 linfomas en la región de cabeza y cuello (CC). De ellos, 295 (74.12%) pacientes tuvieron diagnóstico de Linfoma No Hodgkin (LNH) y 103 (25.88%) tuvieron Linfoma de Hodgkin (LH). El género femenino prevaleció (206; 51.76%) por sobre el masculino (192; 48.24%). El promedio de edad fue de 52.1 años y una mediana de 55.5 años.

Con respecto a los LH (103 casos), todos fueron variante clásica (LHc) (99.02%), excepto dos pacientes que fueron catalogados como LH variante Predominio linfocítico nodular (LH PLN) (1.94%). Dentro de los LHc, la distribución fue 69 pacientes con esclerosis nodular (67%), 28 celularidad mixta (27.2%), 3 rico en linfocitos (2.9%), y 1 depleción linfocitaria (0.97%). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Tipos histológicos de Linfomas de Hodgkin (LH).

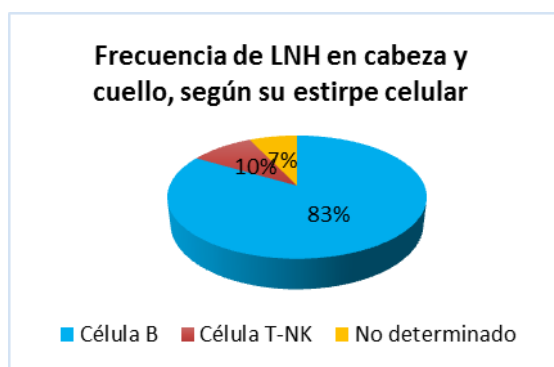


PLN: Predominio linfocítico nodular; DL: Depleción linfocitaria; RL: Rico en linfocitos; CM: Celularidad mixta; EN: Esclerosis nodular

Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

En relación a los LNH, que fueron los más frecuentes en la región anatómica estudiada, la mayoría fue de linaje B (246; 83.4%), siendo diagnosticados como T y T/NK 28 pacientes (9.5%). En 21 casos (7.1%) no se arribó a un diagnóstico de linaje T ó B. El linfoma más prevalente en CC fue el linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) (123; 41.7%). (Gráfico 2)

Gráfico 2. Frecuencia de linfomas no Hodgkin (LNH) en región de cabeza y cuello, según su estirpe celular.

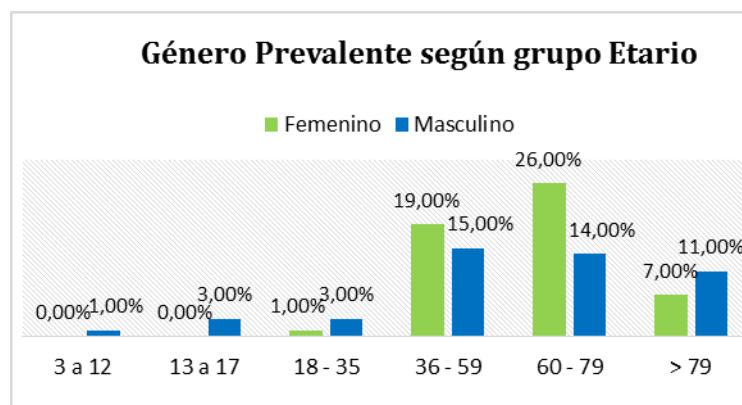


Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

Con el afán de observar con mayor énfasis la patología de cavidad bucal, piso de la boca y región facial anexa excluimos los casos correspondientes a región craneana (Sistema Nervioso Central y ganglios del occipucio) y cuello (tiroides, ganglios cervicales medio y bajo o supraclaviculares) (293; 73.6%), obteniendo 105 casos de región bucal y periorificial. De los casos correspondientes a la región bucal y anexos (n=105), los LNH estuvieron presentes en 97 (92.4%) pacientes, mientras que en el 7.6% restante (8 pacientes) fueron LH.

De acuerdo al género, hubo un ligero predominio por el sexo femenino, con 56 (53.33%) mujeres, siendo 49 (46.66%) varones diagnosticados con linfoma. La media de edad fue 60.8 años (DS: 18.32; rango: 9-95 años). Destaca que la incidencia de esta patología se incrementa a partir de los 36 años, con un pico máximo en el grupo etario de 60-79 años (Gráfico 3).

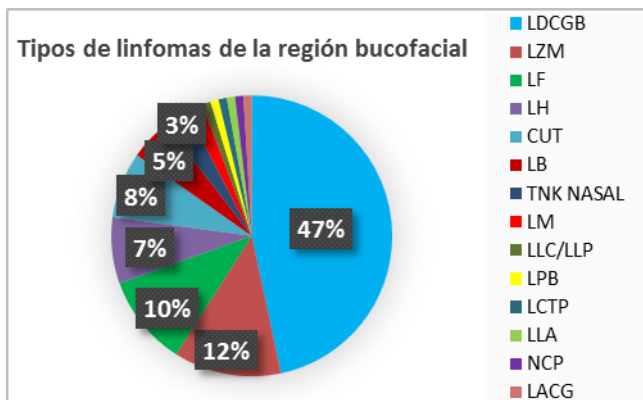
Gráfico 3. Género y grupo etario en pacientes con diagnóstico de LNH bucofacial.



Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

LDCGB fue el linfoma más frecuente, con 49 casos (46.7%), seguido del linfoma de la zona marginal extraganglionar, que se presentó en 13 pacientes (14%), el linfoma folicular en 11 individuos (11.83%), los primarios cutáneos (8;7.6%), el linfoma de Hodgkin (8;7.6%), el linfoma de Burkitt en 5 casos (5.38%), el LNH T/NK tipo nasal (3;2.9%) y el linfoma de manto (2;1%). El porcentaje restante (6%) correspondieron a linfoma de linfocitos pequeños, linfoma plasmoblástico, plasmocitoma, linfoma de células T periférico, linfoma linfoblástico y linfoma anaplásico de células grandes (Gráfico 4).

Gráfico 4. Tipos de linfomas en la región bucofacial



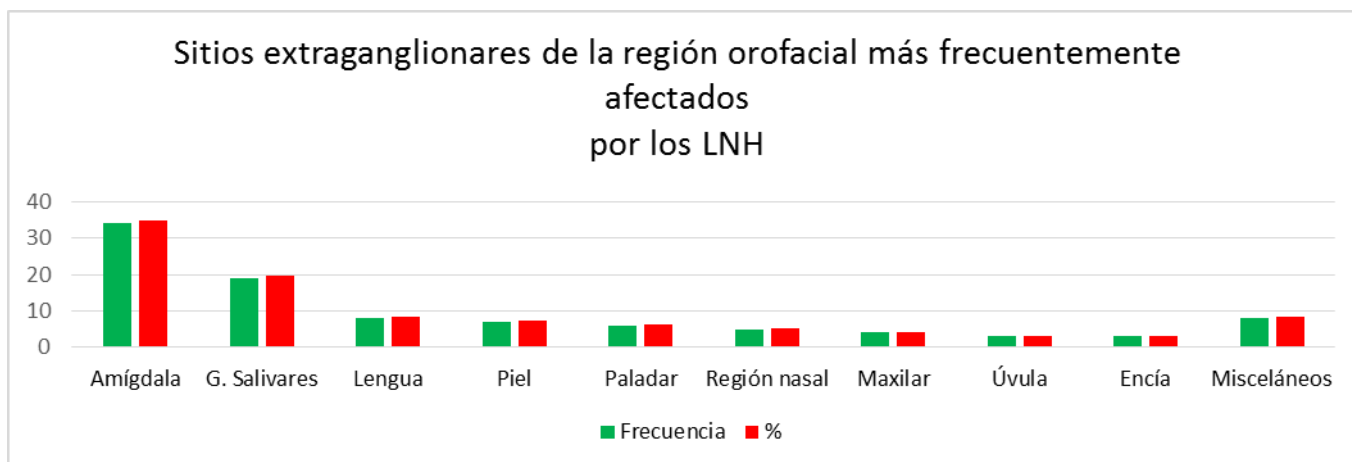
LDCGB: Linfoma difuso de células grandes B; LZM: Linfoma de zona marginal; LM: Linfoma de Manto; LF: Linfoma folicular; LH: Linfoma de Hodgkin; CUT: Linfomas cutáneos primarios; LB: Linfoma de Burkitt; TNK NASAL: Linfoma T/NK extraganglionar de tipo nasal; LM: Linfoma de manto; LLP: Linfoma de linfocitos pequeños; LPB: Linfoma plasmoblástico. LLA: Linfoma linfoblástico. LCTP: Linfoma de células T periférico; NCP: Neoplasia de células plasmáticas; LACG: Linfoma anaplásico de células grandes.

Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

Tomando en cuenta la topografía afectada, existían pacientes con más de un área comprometida. En total existían 120 órganos/regiones de la cavidad orofacial afectadas (n=120), siendo 97 (80.83%) las áreas extraganglionares y 23 (19.17%) las ganglionares regionales. Los ganglios locorregionales mayormente implicados fueron el submandibular (15; 65.2%), subdigástrico (6; 26.1%) y submentoniano (2; 8.7%); mientras que de las regiones extraganglionares la más frecuentemente afectada fue la amígdala (34; 35%), seguida por la glándulas salivares (19;19.6%), lengua (8; 8.3%), piel (7; 7.21%), paladar (6; 6.2%), región nasal (5; 5.15%), hueso maxilar (4; 4.1%), úvula (3; 3.1%) y encía (3; 3.1%), siendo el 18% restante distribuidos en otras áreas.

Con respecto a la cavidad intraoral, no se encontraron LH. La localización de LNH más común fue en los tejidos blandos (54; 73%), en comparación al tejido duro (20; 27%). (Gráfico 5).

Gráfico 5. Localización de los LNH en la región orofacial

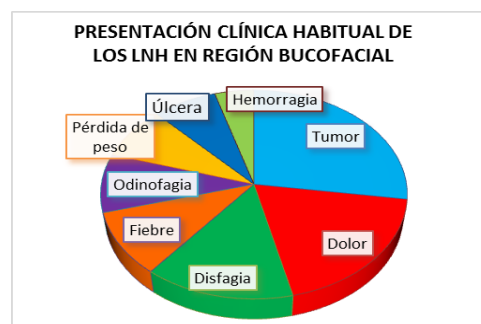


Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

Algunos pacientes además presentaron adenopatías sistémicas en regiones externas a las áreas de cabeza y cuello. De ellas, los ganglios axilares fueron los más prevalentes (19; 20.65%), seguido del retroperitoneo con 9 casos (9.78%), inguinales con 8 casos (8.7%), mediastino con 7 pacientes (7.61%), y espacio prevascular con 5 casos (5.43%). Otras adenopatías sistémicas afectadas (47.83%) fueron zona para y pretraqueal, espinal, pulmón, mesenterio, prehiliar, tiroides, páncreas, estómago, hueso hioides, entre otros. En relación al estadio al momento del diagnóstico, hubo 41 (39%) casos en donde no se registró el estadio; de los restantes, el más predominante fue el estadio II en 34 casos (32.4%), seguido del estadio I en 17 casos (16.2%), el estadio III y IV se presentó en 13 casos (12.4%).

Dentro de la presentación clínica más común de los pacientes al debut, en general fueron la presencia de una masa/tumor en 66 casos (27.27%), dolor en 46 casos (19%), disfagia en 35 casos (14.46%), fiebre en 24 casos (9.91%), odinofagia en 22 pacientes (9.1%), pérdida de peso en 20 (8.26%) pacientes, presencia de úlcera en 18 (7.43%) pacientes, y hemorragia en 11 (4.54%) casos. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Signos y síntomas habituales de presentación de los LNH en región bucofacial



Fuente: Instituto oncológico nacional SOLCA-Guayaquil

Con respecto a antecedentes patológicos personales, se registraron en 49 pacientes la presencia de enfermedad sistémica concomitante. Encontramos a la hipertensión arterial sistémica como la más prevalente (21; 42.86%), diabetes en 12 casos (24.49%), VIH/SIDA en 4 casos (8, 16%), infección crónica por *H. pylori* (2; %) y HPV (2; 4.08%). Otras como infección por virus de Epstein Barr, lupus eritematoso sistémico, litiasis renal, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica, herpes zóster, hipotiroidismo y tuberculosis se manifestaron en un solo caso (2.04%) cada una de ellas.

En relación a la terapéutica empleada, los pacientes con LNH bucofacial recibieron como tratamiento estándar una poliquimioterapia en 20 casos (20%), sólo recibieron quimioterapia monodroga un 38.1% (40) de los casos. En 45 casos (41.9%) no se halló registro del tratamiento recibido. Ninguno de los pacientes recibió radioterapia. De los pacientes que recibieron la poliquimioterapia (R-CHOP), 2 tuvieron remisión total (10%), 13 remisión parcial (65%), 5 (25%) enfermedad estable o progresión.

DISCUSIÓN

En este trabajo se observa que el tipo de linfoma no Hodgkin más prevalente de la región de cabeza y cuello es el linfoma difuso de células grandes B, lo cual coincide con lo reportado por Shima y cols. (51; 45%) y Hiroyoshi y cols (67; 54.9%), en ambos estudios de acuerdo a los hallazgos inmunohistoquímicos hubo un predominio por el

linaje B siendo éste del 87% y 81.2%, estos datos son similares a lo reportado por nosotros^[10,11]. En cuanto a la cavidad bucal que es el sitio al que le daremos mayor énfasis, el LNH de mayor frecuencia continúa siendo el LDCGB (46.7%), donde se encontró un predominio en los tejidos blandos (73%), particularmente en la parótida (19;19.6%). Sin embargo, esto difiere de lo reportado por Kemp y cols quienes hallaron que más de la mitad de los LDCGB se originaban en el maxilar superior con un 28%. En otro estudio realizado por Wolvius y cols también reporta un principal compromiso en los tejidos duros, específicamente en el paladar duro, por el contrario nosotros sólo registramos 6 casos (6.2%) en esta localización^[12,13].

En cuanto al género, el femenino fue el de mayor afectación, si bien esto coincide con lo reportado por Walter y cols (55%) difiere del estudio de Shima y cols donde hubo una mayor frecuencia en los pacientes masculinos (n=69). Al relacionar la edad se observó que los pacientes de mayor edad son los más afectados sobre todo aquellos que se encuentran en la séptima década de la vida^[6,10].

El estadio más frecuente encontrado en nuestros pacientes al momento de realizar el diagnóstico fue el II (34; 32.4%). Jacobs y cols coinciden con su trabajo donde reportan al estadio II como uno de los más habituales (45 pacientes). No obstante, el estudio de Batuecas y cols indica que el estadio IV es el más común al momento del diagnóstico.

En 41 pacientes no se obtuvo el registro probablemente debido a que muchos acudieron a nuestro Instituto únicamente para revisar el diagnóstico de caso en segunda opinión, ya que al ser un hospital de referencia en Oncología, recibe una gran cantidad de consultas externas, y una vez establecido el diagnóstico el paciente retorna a su casa de salud de atención de origen^[5].

Los signos clínicos más frecuentes fueron la presencia de un tumor (27.27%) y úlcera (7.43%), estos datos coinciden con lo reportado por varios autores como Kemp y cols, Shima y cols y Walter y cols donde todos informan que el tumor/hinchazón y úlcera son las lesiones del LNH más frecuentes en los linfomas de la cavidad oral ^[6,10,12].

En nuestro estudio registramos pocos casos de pacientes con infección crónica por VIH/SIDA (8,16%), HPV (4.08%), virus de Epstein-Barr y otros (2.04%). Según la literatura existe una relación entre los LNH y la inmunodepresión, como en el caso de los pacientes VIH positivo, donde incrementan los linfomas de fenotipo B, siendo los de alto grado como el LDCGB, los diagnosticados con mayor frecuencia en estadios avanzados. Por otra parte, el virus del Epstein-Barr se ha relacionado con el desarrollo de los LNH y LH en pacientes con inmunodeficiencias congénitas y también se ha evidenciado que el virus del papiloma humano es un inductor de neoplasias en cavidad oral, faringe y amígdala^[1,12,13,14].

Sin embargo, Kemp y cols, Romero y cols. también reportaron en sus estudios una baja relación entre las infecciones virales y los LNH^[10,15].

Las adenopatías presentes en la región de cabeza y cuello con mayor frecuencia fueron los ganglios submandibulares (15; 65.2%), esto difiere a lo reportado por García C. y cols quienes indican un 25.6% de afectación a los ganglios linfáticos cervicales, lo cual podría ser atribuido a que al tener un enfoque para el odontólogo únicamente evaluamos las adenopatías regionales cervicales altas. En lo que sí se asemejan nuestros resultados con los de García C y cols, es en el compromiso de los ganglios extracervicales o sistémicos, donde en ambos reportes, los axilares fueron los más prevalentes^[8,18].

Comparando la literatura con nuestros resultados el tratamiento de mayor elección sigue siendo la quimioterapia. En nuestro estudio la terapéutica elegida fue la quimioterapia (58%), esto difiere con lo reportado por Alegría y cols. 84%, y Epstein 71.1%, seguramente debido a que en el resto de nuestra muestra (42%) no se halló registro del tratamiento recibido porque el tratamiento lo realizaron en su institución de origen. La recuperación en nuestros pacientes fue del 20%, en el estudio de Alegría fue del 36.8%, mientras que en lo reportado por Epstein fue 59.9%. Ninguno de los pacientes en nuestro estudio registró que recibió radioterapia, esto difiere del

estudio de Epstein donde el 70% la recibió, con una recuperación del 13% [19,20].

CONCLUSIÓN

En este estudio la frecuencia del LNH en cabeza y cuello fue del 74% y en cavidad oral el 92% siendo el LDCGB el tipo de LNH más común de estas dos regiones; en la cavidad oral las zonas de mayor afectación eran los tejidos blandos como la amígdala, las glándulas salivales y la lengua; cabe recordar que las amígdalas corresponde al campo del otorrinolaringólogo, sin embargo, puede ser visualizada por el odontólogo durante un examen de rutina, por lo cual se recomienda que ante cualquier asimetría de las mismas se realice una derivación inmediata al especialista de esta manera trabajamos de forma integral para el paciente.

En cuanto al género y grupo etario más prevalente con LNH en cabeza y cuello se presentó con un ligero predominio en el sexo femenino con un promedio de edad de 52 años.

En relación al estadio al momento del diagnóstico, el más predominante fue el estadio II y dentro de los signos clínicos el más común que presentaron los pacientes fue la presencia de un tumor.

Con respecto a las enfermedades sistémicas asociadas al desarrollo de los LNH, encontramos la hipertensión arterial sistémica como la más predominante.

Debido a que la mayoría de los pacientes presentaron adenopatías en los ganglios submandibulares, resulta importante para el odontólogo durante el examen físico realizar la

palpación de la región cervical en forma íntegra para determinar a tiempo cualquier lesión y poder establecer un diagnóstico presuntivo que oriente a una eventual biopsia y su consecuente estudio histopatológico.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar.

REFERENCIAS

1. Guerra-Soto A de J, Reboloso-Zúñiga E, González-Sánchez AG, Rubio-Jurado B, Nava A. Linfoma no Hodgkin. Conceptos Generales. El Resid 2013;8(1):23–34.
2. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Isaacson PG. Classification of lymphoid neoplasms: the microscope as a tool for disease discovery. Blood 2008;112(12):4384–99.
3. Villamor P, Luis Herrera Ariza J. Extranodal Natural Killer /T-cell lymphoma, nasal type. 2015.
4. Sánchez de Toledo Codina J, Sábado Álvarez C. Linfomas de Hodgkin y no Hodgkin. Padiatría Integral 16(6):463–74.
5. Batuecas Caletrió A, Gómez González JL, Muñoz Herrera A, Blanco Pérez P, Serradilla López JM, Gil Melcon M, et al. Linfomas no Hodgkin en patología cérvico-facial. Acta Otorrinolaringol Esp 2005; 56:215–8.
6. Walter C, Ziebart T, Sagheb K, Rahimi-Nedjat RK, Manz A, Hess G. Malignant Lymphomas in the Head and Neck Region - a Retrospective, Single-Center Study over 41 Years. Int J Med Sci 2015;12(2):141–5.
7. Díaz-Lazcano El. Linfoma de cabeza y cuello: correlación entre sitio anatómico de manifestación y subtipo histológico. An Otorrinolaringol 2016;61(3):176–82.
8. García M R, Fernández G R, González E R. Epidemiología del linfoma con compromiso de cabeza y cuello en el Centro Asistencial Sótero del Río. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2011;71(1):23–30.
9. Ocampo-García KG, Dolores-Velázquez R, Barrera-Franco JL, Requena JA, Heredia MG. Linfoma no Hodgkin centofacial relacionado a VIH: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 2012;34(2):75–80.
10. Shima, Nobuko, Yoichiro Kobashi, Kazushige Tsutsui, Katsuhiko Ogawa, Shunzo Maetani, Yasuaki Nakashima, Kunio Ichijima, and Hirohiko Yamabe. “Extranodal Non-Hodgkin’s Lymphoma of the Head and Neck. A Clinicopathologic Study in the Kyoto-Nara Area of Japan.” *Cancer* 66, no. 6 (September 15, 1990): 1190–1197.
11. Hiroyoshi I, Tadashi W, Naoki M, Masahiro O, Hideo Y. Anatomic Distribution of Hematolymphoid Malignancies in the Head and Neck: 7 Years of Experience with 122 Patients in a

- Single Institution. *Acta Oto-Laryngologica* 2012; 132(11): 1224–1231.
12. Kemp S, Gallagher G, Kabani S, Noonan V, O' Hara C. Oral non-Hodgkin`s lymphoma: review of the literature and world health organization classification with reference to 40 cases. *OOOOE* 2008; 105(2): 194-201
- 13 Wolvius E, van der Valk P, van der Wal J, van Diest P, Huijgens P, van der Waal I, Snow G. Primary Extranodal Non-Hodgkin Lymphoma of the Oral Cavity. An Analysis of 34 Cases 1994; 30(2): 121-125.
- 14 Lambertini A, Guerra M, Tovar V. LINFOMA NO HODGKIN (LNH) ASOCIADO A SIDA EN LA CAVIDAD BUCAL- REPORTE DE CASO CLINICO. *Acta odontologica venezolana* 2007; 45(1): 1-14
- 15 Corti M, Villafañe M, Valerga M, Sforza R, Bistmans A, Narbaitz M. Linfoma de Burkitt primario de la cavidad oral en una paciente con sida. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2015; 37(1): 44–47.
- 16 Gallegos J. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cirugía y Cirujanos* 2006; 74(4): 287-293.
- 17 Romero M, Lazos M, Cruz H, Vázquez P, Cruz A, Velázquez G, Rivas S, Feller A. Linfomas no Hodgkin de nariz, paladar y orofaringe en pacientes del Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General* 2008; 71(3):119-125.
18. García C, Uribe C, Niño P, Salazar D, Vásquez L. Linfomas no Hodgkin: Área metropolitana de Bucaramanga. *Salud UIS* 2011; 43(1): 39-47.
- 19 Epstein J, Epstein J, D. Le N, Gorsky M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: a population-based review of 361 cases. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology* 2001; 92(5): 519-525.
- 20 Alegría E, Grados J, Rodríguez D. Características clínicas de los linfomas no Hodgkin en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Revista Social Perú Medicina Interna* 2012; 25(1):26-30.
- 21 Vega F, Lin P, Medeiros L. Extranodal lymphomas of the head and neck. *Annals of diagnostic Pathology* 2005; 9(6): 340-350
- 22 Moghadam S, Tirgary F, Keshavarz S, Alaeddini M. Head and neck non Hodgkin`s lymphoma: a 20-year demographic study of 381 cases. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2010; 39: 869-872.

23 Jacobs C, Hoppe R. Non-Hodgkin`s Lymphomas of head and neck extranodal sites 1985 (11)2: 357-364.

24 Triantafillidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, and Gkagkalis A. Extranodal Non-Hodgkin Lymphomas of the Oral Cavity and Maxillofacial Region: A Clinical

Study of 58 Cases and Review of the Literature. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2012; 70(12): 2776–85.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Angulo Valdiviezo Gianella Margarita, con C.C: # 092234822-2 autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello. Hospital Solca, 2012-2016** previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 13 de septiembre del 2017

f. _____

Nombre: **Angulo Valdiviezo, Gianella Margarita**

C.C: **092234822-2**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de linfomas no Hodgkin en cabeza y cuello. Hospital Solca, 2012-2016		
AUTOR(ES)	Gianella Margarita, Angulo Valdiviezo		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Karla Elizabeth, Cruz Moreira		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	13 de septiembre del 2017	No. PÁGINAS:	DE 12
ÁREAS TEMÁTICAS:	Patología oral, Cirugía oral		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Linfoma no Hodgkin, cabeza y cuello, cavidad bucal, linfomas extraganglionares, Ecuador		

RESUMEN/ABSTRACT:

Introducción: Los linfomas son neoplasias malignas que se clasifican en Linfomas de Hodgkin (LH) y Linfomas no Hodgkin (LNH). Según la literatura el 90% son de linaje B y de éstos el más prevalente es el linfoma difuso de células grandes B; el 10% restante corresponde a linaje T/NK. En general, los LNH son más prevalentes en personas de edad avanzada. El objetivo de este trabajo es identificar los linfomas más frecuentes de la región de cabeza y cuello (CC) dándole énfasis a los de cavidad bucal. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con linfomas en la región CF entre los años 2012-2016 registrados en el Hospital de SOLCA. Se estudiaron variables clínicas-patológicas. **Resultados:** Durante el periodo 2012-2016 hubo un total de 977 linfomas. Aquellos localizados en la región CC fueron 398 (40.73%). Luego se excluyeron los casos de la región cervical y del cráneo (293; 73.6%), para quedarnos únicamente con los de compromiso bucal y región facial anexa (105; 26.4%). De éstos, la mayoría (97; 92.4%) fueron LNH y 8 (7.6%) fueron LH, siendo el LDCGB el tipo más prevalente de linfoma (49; 46.7%). **Conclusiones:** El LDCGB fue el más prevalente de la región de cabeza y cuello, en la cavidad oral la zona de mayor afectación fue la parótida. Cabe recalcar que la mayoría de los pacientes presentaron adenopatías submandibulares, por lo cual resulta importante durante el examen físico realizar la palpación de la región cervical.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-979438367	E-mail: gianella_angulo@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Pino Larrea José Fernando María José Valdiviezo Gilces.	
	Teléfono: +593-993682000 +593-980076777	
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec maria.valdiviezo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	