

# Linfoma primario difuso de células B grandes de mucosa gingival, en paciente VIH y EBV negativos

Tomás Richards, Luis Alejandro Boccalatte, Natalia Lucía Gómez y María Gabriela Nasiff

## RESUMEN

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el linfoma más frecuente. La presentación clínica puede ser nodal o extranodal y sus síntomas dependen de la localización tumoral; en la mayoría de los casos están asociados a algún tipo de inmunodeficiencia.

Referiremos un caso de LDCBG de presentación atípica en una localización muy infrecuente. Es importante tener en cuenta estas situaciones, ya que pueden simular otros procesos patológicos, retrasando así su correcto diagnóstico y por lo tanto un adecuado tratamiento.

**Palabras clave:** linfoma no Hodgkin, linfoma difuso de células B grandes, cáncer oral, cáncer encía, linfoma no Hodgkin extranodal, cavidad oral.

## PRIMARY GINGIVAL DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA IN HIV/EBV NEGATIVE PATIENT

### ABSTRACT

Diffuse large cell lymphoma B (LDCBG) is the most common type of lymphoma. It's clinical presentation can be nodal or extranodal and it's symptoms depend where the tumor is located and whether is associated or not with an immunodeficiency disease.

We present an atypical presentation of a LDCBG in a very unusual location.

It's important to consider these kind of appearance, as they can mimic other oral pathological processes, delaying their correct diagnosis and therefore an appropriate treatment.

**Key words:** non-Hodgkin's lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma, oral cancer, gingival neoplasms, extranodal non-Hodgkin's lymphoma, oral cavity.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2017; 37(4): 146-148.

## INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin (LNH) es una neoplasia de origen linfático que se caracteriza por la expansión clonal de linfocitos. Se divide en varios subtipos, de los cuales el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el más frecuente. A pesar de que los LNH ubicados en la cavidad oral son extremadamente raros<sup>1</sup>, corresponden al segundo tumor maligno más habitual de la cabeza y el cuello luego del carcinoma de células escamosas.

El linfoma plasmablastico es el subtipo de LDCBG que tiene predilección anatómica por la cavidad oral. La localización gingival en primer lugar y la localización palatina, en segundo, constituyen los sitios más frecuentes. Suele presentarse con mayor predominancia en hombres con una edad promedio de 65 años, generalmente en el contexto de pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otros estados de inmunodepresión<sup>2</sup>.

La forma más común de presentación es a través de masas de rápido crecimiento en presencia o no de síntomas "B" (fiebre, sudoración nocturna y disminución de peso).

El procedimiento diagnóstico de preferencia (*gold standard*) es la biopsia y su posterior análisis anatomopatológico con inmunofenotipificación e inmunohistoquímica. A continuación se presenta el caso de un paciente masculino de 69 años con linfoma primario de encía.

## CASO CLÍNICO

Este paciente de 69 años no registra antecedentes de relevancia (VIH negativo). Consulta por la aparición de una úlcera dolorosa en el triángulo retromolar izquierdo.



**Figura 1.** Examen endo-oral: lesión en triángulo retromolar izquierdo.

Recibido: 9/08/17

Aceptado: 23/08/17

Sector de Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

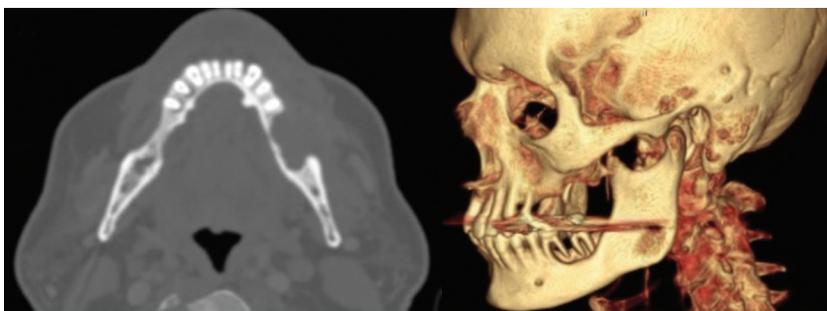
Correspondencia: tomas.richards@hospitalitaliano.org.ar

(Fig. 1) de 2 meses de evolución. No refiere síntomas acompañantes y/o síntomas “B”. Sin otro hallazgo en el examen físico.

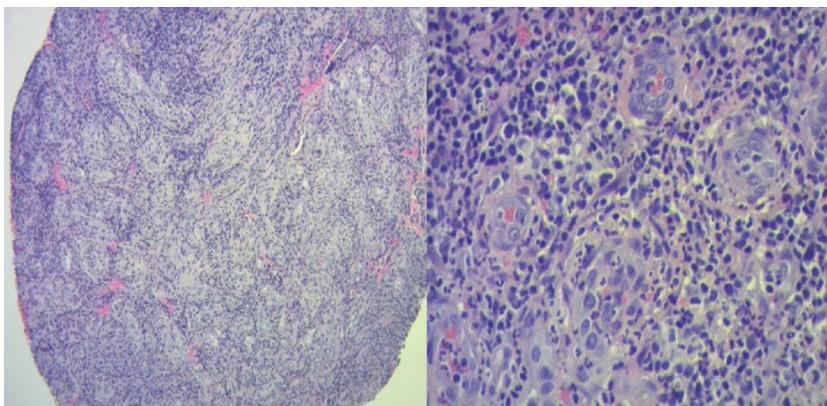
Se realizó una tomografía computarizada (TC) (Fig. 2) en la que se observan: pequeño foco de realce a nivel retro-molar izquierdo y sector de erosión en el borde alveolar mandibular. Se efectúa biopsia cuyo resultado fue no concluyente (hiperplasia linfoide reactiva). Por persistir la sospecha de proceso primario se realiza una segunda biopsia quirúrgica, la cual es positiva para LDCBG.

En las microfotografías de anatomía patológica se observa una densa infiltración constituida por células linfoides grandes con núcleos pleomórficos con cromatina heterogénea y nucléolo prominente dispuestas en nidos y playas

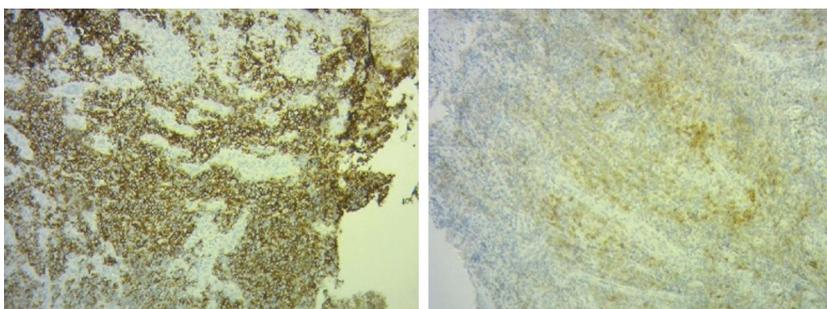
discohesivas, entremezcladas con histiocitos, plasmocitos y leucocitos polimorfonucleares (PMN). Se reconocen vasos revestidos por endotelios prominentes rodeados por abundantes leucocitos PMN (Fig. 3). El análisis inmunohistoquímico revela: CD20 y CD30 positivos (Fig. 4) e informa un Ki-67: 70%, lo que corresponde a un estadio 1E con índice pronóstico internacional (IPI): Bajo<sup>3,4</sup>. Para completar el diagnóstico etiológico se efectuaron estudios de biología molecular, en los que no se detectaron ácidos ribonucleicos virales del virus virus de Epstein-Barr (EBV), y punción-aspiración de médula ósea (PAMO) que reveló una médula ósea con celularidad conservada. Una vez completada la estadificación, el paciente inicia tratamiento oncoespecífico (R-CHOP).



**Figura 2.** Tomografía axial computada izquierda: corte axial que demuestra erosión ósea en el borde alveolar de la mandíbula del lado izquierdo. Derecha: reconstrucción 3D.



**Figura 3.** Fotografías microscópicas. Tinción con hematoxilina y eosina. Izquierda: 10x. Derecha: 4x.



**Figura 4.** Fotografías microscópicas (40x) con tinción inmunohistoquímica. Izquierda: CD-20 positivo. Derecha: CD-30 positivo.

## DISCUSIÓN

La localización de los LNH en la cavidad oral es infrecuente, más aún en las encías y en pacientes sin inmunocompromiso<sup>5</sup>. Su forma de presentación suele ser como lesiones ulceradas y dolorosas que no curan. Su semejanza con lesiones odontogénicas y una historia clínica que no contribuye (no fumador, inmunocompetente y sin síntomas "B") retrasan el diagnóstico. La mayoría de las series internacionales publicadas corresponden a pacientes VIH positivos o a otras causas de inmunodeficiencia. Otra característica de estas lesiones tumorales es la rápida destrucción ósea local, como muestra en la TC del presente caso. Además de la sospecha clínica, la biopsia y la inmunohistoquímica son la base del diagnóstico<sup>6</sup>. Una vez estadificado (LCR y PAMO normales, TC de tórax y abdomen), se inicia tratamiento específico.

La sobrevida en enfermedades localizadas es alta y el pronóstico suele ser muy bueno. Las series más grandes de este tipo de linfomas, en estadio IE, fueron sometidas a esquemas quimioterapéuticos similares al nuestro, con excelente respuesta, sin evidencia de enfermedad en el seguimiento a 10 años.

## CONCLUSIÓN

El LNH extranodal representa alrededor del 30% de los LNH. Los linfomas primarios orales corresponden a menos del 5% de los tumores malignos de mucosa oral y al 1% de todos los linfomas.

Si bien el LDCBG de encía es una entidad infrecuente, su similitud con otros procesos endoorales obliga a sospechar su presencia.

---

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

---

## REFERENCIAS

1. Parihar S, Garg RK, Narain P. Primary extra-nodal non-Hodgkin's lymphoma of gingiva: A diagnostic dilemma. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2013; 17(2):320.
2. Corti M, Minué G, Campitelli A, et al. An Aggressive Plasmablastic Lymphoma of the Oral Cavity as Primary Manifestation of Acquired Immunodeficiency Syndrome: Case Report and Literature Review *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2015; 19(4):354-8.
3. Sato Y, Onishi N, Morito T, et al. Patients with localized primary non-tonsillar oral diffuse large B-cell lymphoma exhibit favorable prognosis despite a non-germinal center B-cell-like phenotype. *Cancer Sci.* 2009;100(1):42-6.
4. Bugshan A, Kassolis J, Basile J. Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Mandible: Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Oncol.* 2015; 8(3):451-5.
5. Sugimoto KJ, Shimada A, Sakurai H, et al. Primary gingival diffuse large B-cell lymphoma: a case report and a review of the literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2013; 7(1):418-24.
6. Vinoth PN, Selvan SM, Sahni L, et al. Primary extra nodal non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity in a young girl. *Natl J Maxillofac Surg.* 2012; 3(2):187-9.