

V. López-Marina, G. Pizarro Romero*, N. Costa Bar daji

*Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. *Médico de Familia. Área Básica de Salud Badalona 6-Llefià (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Barcelonès Nord-Maresme). Barcelona*

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilardell M, Ordi J. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo. Lupus eritematoso sistémico. En: Farreras-Rozman, edición. Medicina interna. 12ª. ed. Barcelona: Ediciones Doyma SA, 1992; 996-1003.
2. Uramoto KM, Michet CJ, Thumboo J, Sunku Y, C'Fallon WM, Gabriel SE, et al. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus 1950-1992. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 46-50.
3. Rodríguez GA, Zea MA. Etiopatogenia y manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico. En: Alonso RA, Álvaro-Gracia AJ, Andreu SJ, Blanch RJ, Collantes EE, Cruz MJ, et al, edición. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3ª. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2000; 287-300.
4. Jolles S, Sewell WA, Leighton C. Drug-induced aseptic meningitis: diagnosis and management. *Drug Saf* 2000; 22: 215-26.
5. Rodríguez-Valverde V, Blanco AR. Lupus eritematoso sistémico. Tratamiento. En: Alonso RA, Álvaro-Gracia AJ, Andreu SJ, Blanch RJ, Collantes EE, Cruz MJ, et al, edición. Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas. 3ª. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A., 2000; 300-6.
6. Horn AC, Jarrett SW. Ibuprofen-induced aseptic meningitis in rheumatoid arthritis. *Ann Pharmacother* 1997; 31: 1009-11.
7. Sierra ML, Vegas E, Blanco-González JE, González A, Martínez P, Calero MA. Kikuchi's disease with multisystemic involvement and adverse reactions. *Pediatrics* 1999; 104: 324.
8. Moris G, Garcia-Monco JC. The challenge of drug-induced aseptic meningitis. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1185-94.

■ Linfoma MALT de localización oral

Sr. Director:

La sistematización nosológica de las neoplasias linfoides ha tropezado con innumerables dificultades, así el término de linfomas de tipo MALT fue propuesto inicialmente para identificar linfomas no hodgkinianos surgidos del tejido linfoide asociado a mucosas. Posteriormente, dicho término se amplió, englobando proliferaciones linfoides originadas en el epitelio glandular de órganos como el estómago o las glándulas salivales y lagrimales, e incluso a neoformaciones linfoides de localización no epitelial, como las que asientan sobre el tejido blando orbitario¹⁻³. Los linfomas del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) representan solamente el 0,2-0,3% y constituyen un grupo bien definido de linfomas no hodgkinianos de origen B⁴. En el campo de la patología oral se afectan principalmente las glándulas salivales, amígdalas y paladar, siendo la localización en mucosa yugal excepcional.

La relevancia de este caso fue la inusual forma de presentación del linfoma MALT en mucosa yugal cuyo debut fue el desplazamiento de la prótesis dental como primera manifestación de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 84 años de edad, acudió al Servicio de Medicina Bucal por presentar una tumoración oral en el lado derecho de 6 meses de evolución que había aumentado de tamaño de forma lenta y progresiva, produciéndole el desplazamiento de su prótesis dental e interferencias a la masticación. La paciente refiere una historia clínica de hipertensión arterial y retinopatía diabética.

En la exploración oral observamos, en la mucosa yugal derecha una masa homogénea, no ulcerada, de aproximadamente 20 mm de diámetro. A la palpación la consistencia era firme, elástica y bien delimitada. La tumoración no era dolorosa y no presentaba adherencia a planos profundos, siendo fácilmente desplazable. El resto de la exploración estomatológica fue normal, no palpándose adenopatías en las cadenas cervicales. En principio se plantearon varios diagnósticos de presunción, la presencia de una masa no infecciosa, podía indicar que se tratase de una tumoración salival o una tumoración del tejido mesenquimatoso, orientándonos a una tumoración benigna por el tiempo de evolución y su crecimiento lento. Se solicitó un estudio radiográfico en la que no apreciamos datos de interés. Para confirmar el diagnóstico se practicó bajo anestesia local de la zona, la biopsia de la lesión. En el examen histológico destacaba la presencia de un tejido constituido por una proliferación de células linfoides con centro germinal. El estudio inmunofenotípico se llevó a cabo mediante técnica de tejido fijado en parafina y se incluyeron marcadores demostrando positividad para CD45 y 4KB5. Citoqueratinas y EM negativos. Se realizó un estudio analítico completo, se prestó atención a la existencia de una patología autoinmune y a posibles defectos inmunológicos, por lo que se realizó un hemograma completo, se determinó la velocidad de sedimentación globular, un estudio bioquímico del suero y un proteinograma no encontrando anomalías destacables. Con este informe se realizó un exhaustivo estudio sistémico de la paciente siendo compatible con la normalidad. El diagnóstico de linfoma MALT se realizó según las directrices de la clasificación REAL⁵. En ausencia de otras localizaciones se llegó a la conclusión de que se trataba de un linfoma

MALT primario oral. La evolución fue muy satisfactoria, sin evidencias de recurrencia un año después de la cirugía.

Desde el punto de vista clínico, los linfomas MALT de localización extragástrica son poco frecuentes, existiendo poca información al respecto. Si a esto le añadimos que cuando la lesión aparece en mucosa yugal puede simular otras patologías, todavía nos dificulta más el diagnóstico y quizás pueda ser ésta la causa de que exista un reducido número de casos publicados⁵. Nuestra paciente presentaba una clínica compatible principalmente de patología tumoral mesenquimatosa benigna por la presencia de un crecimiento lento, asintomático, fácilmente desplazable, no adherida a planos profundos sin producir alteraciones nerviosas ni mucosas. Un rasgo evolutivo es tendencia a permanecer localizados durante periodos de tiempo prolongados en la mucosa de origen con un pronóstico favorable. De todas formas se debe realizar un estudio sistémico exhaustivo para descartar la presencia en otros tejidos. Responden bien a la mayoría de tratamientos, por lo que se tiende a utilizar opciones poco agresivas, al menos como aproximación terapéutica inicial. Sin embargo, las recidivas locales son frecuentes, incluso al cabo de varios años del primer diagnóstico. Es importante realizar un seguimiento a largo plazo para asegurarnos que no se produce una recurrencia local. En nuestro caso, la presentación clínica ha sido peculiar por su debut y forma de presentación por lo que pensamos que el linfoma MALT debe de ser incluido en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones o masas orales.

P. López Jornet, A. Bermejo Fenoll

Servicio de Medicina Bucal. Clínica Odontológica Universitaria.

*Hospital Morales Meseguer.
Murcia*

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer A, López-Guillermo A, Boch F, Montoto S, Hernández Boluda JC, Camós M, et al. Linfomas de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) de localización extragástrica: Análisis de 14 casos. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 577-80.
2. Moragas A. Linfomas MALT. *Med Clin* 1990; 94: 339-41.
3. Harris NI, Jaffe ES, Stein H, Banks PM, Chan JKC, Cleary ML, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994; 84: 1361-92.
4. Bschorer R, Lingensfelder Th, Kaiserling E, Schwenzler M. Malignant lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) consecutive unusual manifestation in the rectum and gingiva. *J Oral Pathol Med* 1993; 2: 190-2.
5. Gavalda C, Bagán JV, Jiménez Y, Lloria E, Martorell M. Linfoma no-Hodgkin con manifestación en forma de tumefacción facial. *Av Odontostomatol* 1997; 13: 345-9.