

Úlcera en paladar blando: ¿Benigna o maligna?

Paciente de sexo masculino de 71 años de edad con dolor y úlceras faríngeas de 6 semanas de evolución. Sin síntomas sistémicos.

Antecedentes: Diabetes tipo 2 y artritis reumatoidea. En tratamiento con linagliptina, valsartán y metotrexato. No fumador.

Nasoendoscopia: múltiples úlceras superficiales en la pared posterior de la nasofaringe con un gran defecto en todo el paladar blando del lado izquierdo con bordes lisos y limpios. Sin masa evidente ni lesión exofítica. Sin parálisis de pares craneales, ni adenopatías cervicales, axilares o inguinales.

Laboratorio: normal, incluido LDH. Anticuerpo antinuclear y anticitoplasma de neutrófilos negativos. Test VIH y Treponema pallidum negativos. Virus de Epstein-Barr (VEB): positivo para Ig G pero no para IgM.

RMN cabeza y cuello: confirmó el defecto del paladar blando, y también algo de engrosamiento e hiperrealce alrededor de los bordes del defecto.

Biopsias de las úlceras y los bordes del defecto del paladar blando: mucosa escamosa estratificada y mucosa de tipo respiratorio con grandes áreas de ulceración superficial con densos infiltrados linfoides subyacentes. Las células transformadas parecían inmunoblásticas atípicas o células similares a Hodgkin y Reed-Sternberg dispersas entre linfocitos sin evidencia de linfocitos en empalizada alrededor de ellos, con fuerte positividad para CD20, Pax5, MUM1, CD30 y CD15 en la tinción inmunohistoquímica. Más del 90% de la expresión nuclear de las células también mostró positividad para el VEB en las pruebas de ARN. Sin lesión linfoepitelial, displasia, o neoplasia maligna.

Discusión: Los diagnósticos diferenciales incluyen, Linfoma difuso de células B grandes: tiende a ser más difuso, y no hay suficiente evidencia morfológica o inmunohistoquímica. Linfoma de Hodgkin: es poco probable que se produzca en forma extraganglionar y la positividad para CD20 se opone a esto.

Diagnóstico: Úlcera mucocutánea positiva para Virus de Epstein-Barr (UMCVEB), una nueva entidad de enfermedad linfoproliferativa (ELP) que ocurre predominantemente en la orofaringe pero también afecta comúnmente la piel y el tracto gastrointestinal. No se asocia con ninguna linfadenopatía o síntomas sistémicos que podrían ser importantes discriminadores para otros diferenciales, incluidas otras ELP o neoplasias. Las personas inmunodeprimidas desarrollan VEB cuando el virus supera la respuesta inmunitaria del huésped. La mayoría de los casos son inmunodeficiencia iatrogénica debido a fármacos, y en otros casos por inmunodeficiencia asociada a la edad o por SIDA. La UMCVEB se puede gestionar en forma expectante, ya que algunos casos pueden retroceder de forma espontánea o tras el cese o la reducción de los inmunosupresores iatrogénicos, como fue el caso del presente paciente.

Distinguir UMCVEB de otras ELP puede ser un desafío. Por lo tanto, es vital reconocer la entidad patológica basándose en los hallazgos clínicos e histopatológicos para proporcionar a los pacientes planes de manejo adecuados.

Bibliografía

Billy L K Wong, Maria Kiakou. Soft Palate Ulcer-Benign or Malignant? JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Aug 12.

<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2783116>