

HIPERPLASIA FOLICULAR LINFOIDE DEL PALADAR

10

Odontóloga. Práctica privada. Granada.
Máster Medicina Bucal.
Universidad Sevilla.



Costela Serrano, C.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia folicular linfoide (HFL) es un proceso linfoproliferativo poco frecuente de carácter benigno que asemeja tanto clínica como histológicamente al linfoma. Se ha descrito en piel, tracto gastrointestinal, pulmón, nasofaringe, laringe y pecho.

Raramente afecta a la cavidad bucal, siendo su incidencia desconocida. Parece ser una lesión poco común debido a las escasas publicaciones de esta entidad en la literatura, sin embargo, algunos casos podrían haberse tratado como linfomas del paladar.

Afecta principalmente a pacientes mayores (media de edad de 61 años), con mayor frecuencia en mujeres, siendo la principal localización el paladar duro.

De etiología desconocida, representa una proliferación linfoide reactiva a alguna estimulación antigénica desconocida y algunos autores han descrito como posible causa una irritación crónica por prótesis removibles. Clínicamente se asemeja a una neoplasia de glándulas salivales presentándose como una tumoración asintomática de lento crecimiento, consistencia firme y cubierta de mucosa normal.

El diagnóstico se basa en características histológicas (proliferación de nódulos linfoides bien delimitados de tamaño y forma variable y rodeados de una capa de linfocitos B bien diferenciados) y en determinados casos es necesario un análisis inmunohistoquímico que determinen si la lesión es monoclonal (neoplásica) o policlonal (reactiva).

La afectación de nódulos linfoides regionales es más típico del linfoma pero se ha descrito casos (Harsany y cols.) en los que existiendo adenopatías en cuello y axilas, siempre la biopsia ha demostrado una HFL reactiva durante el curso de la enfermedad. En estos casos la observación del curso clínico sobre largos periodos de tiempo (mínimo 5 años) demostró su naturaleza benigna.

El tratamiento de elección es la cirugía, tras ésta se han descrito pocas recurrencias y en tratamientos expectantes no ha habido evidencia de transformación maligna.

CASO CLÍNICO

Mujer de 70 años con tumoración firme no dolorosa ni ulcerada de dos años de evolución en hemipaladar duro posterior izquierdo.

No existen linfadenopatías palpables. La paciente lo asocia



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

al cambio de prótesis removible superior.

Antecedentes médicos: HTA, Cardiopatía hipertensiva, estenosis de la arteria renal izquierda moderada, fibrosis quística en mama izquierda y artrosis.



Figura 5

El **informe anatomopatológico** de la biopsia incisional inicial estableció el diagnóstico de HFL.

En el **TC de contraste IV** se observa discreto adelgazamiento de la cortical del reborde posterolateral del hemipaladar izquierdo sin invasión de estructuras adya-



Figura 6

centes (Fig.3) y la presencia de abundantes ganglios de pequeña entidad en espacios cervicales y mediastínicos (Fig.4).

Tras la **extirpación quirúrgica** (Fig.5), la AP de la pieza (Fig.6) confirmó el estudio previo: proliferación linfoide con presencia de folí-



ESTE VERANO EN HOTEL BALNEARIO CERVANTES LES PROPONEMOS.....unos días de descanso sin aglomeraciones en las playas y disfrutar de RELAX, GASTRONOMIA, PAISAJES Y CULTURA.....



BALNEARIO CERVANTES, OFRECE A LOS COLEGIADOS, UN DESCUENTO DEL 10% de descuento, SOBRE LAS TARIFAS QUE PODRAN ENCONTRAR EN NUESTRA WEB. ESTE DESCUENTO SE REALIZA POR RESERVA EFECTUADA (COLEGIADO Y ACOMPAÑANTE).

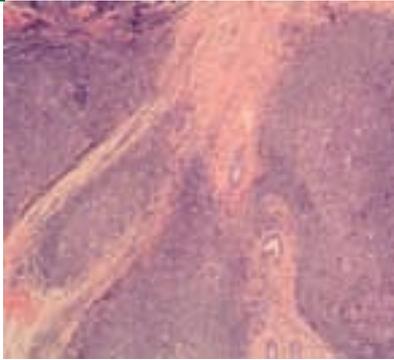


Figura 7

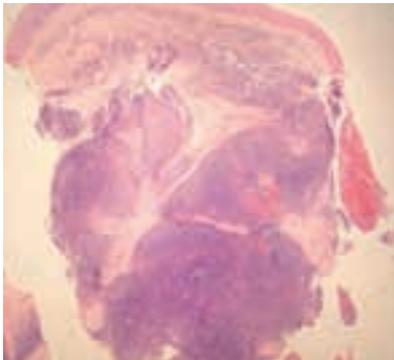


Figura 8

culos bien conformados, con centros germinales de tamaños variables.

La población linfoide era heterogénea y los folículos linfoides presentaban un centro germinal pálido con centroblastos, centrocitos y numerosos histiocitos con cuerpos tingibles y una zona de manto bien dispuesta. Con H-E (Fig. 7 y 8) las características expuestas son indicativas de benignidad y asociadas a procesos reactivos.

El estudio inmunohistoquímico reveló la distribución habitual de linfocitos T (CD3+) y B (CD20+). La inmunotinción para BCL2 fue intensamente positiva en los centros germinales, lo que descarta el linfoma folicular. (Fig.9, 10 y 11).

La HFL aunque se trata de un proceso benigno, se han descrito



Figura 9



Figura 10



Figura 11

casos en los que existiendo adenopatías siempre nos encontramos ante un cuadro de HFL pero también existen casos asociados a linfoma no Hodgking y a procesos linfoides generalizados por ello es muy importante conocer esta entidad y realizar un estudio del estado general del paciente. El análisis histopatológico e inmu-

nohistoquímico es esencial para llegar a un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley G, Main JHP, Birt BD, From I. Benign lymphoid hyperplasia of the palate. J Oral Pathol 1987;16:18.
2. Bruno C, Nada O, Mark A, Xianfeg F, Gary E, Anil K, Bernard A. Follicular lymphoid hyperplasia of the palate: case report and literature review. J Craniomaxillofac Surg. 2009; 37: 79-82.
3. Harsany DL, Ross J, FeeWF. Follicular lymphoid hyperplasia of the hard palate simulating lymphoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 1980;88:349-56.
4. Kolokotonis A, Dimitrakopoulos I, AnthiAsimakiMD. Follicular lymphoid hyperplasia of the palate: Report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod 2003; 96:172-5.
5. MenasceLP, Shanks JH, Bannerjee SS, HarrisM. Follicular lymphoid hyperplasia of the palate and oral mucosa: report of three cases and review of the literatura. Histopathology 2001;39:353-58.
6. Napier SS, Newlands C. Benign lymphoid hyperplasia of the palate: Report of two cases and inmnohistochemicalprofile. J Oral Pathol Med.1990,19:221
7. Wright JM, Dunsworth AR. Follicular lymphoid hyperplasia of the hard palate: A benign lymphoproliferativeprocess. OralSurg Oral Med Oral Pathol. 983,FEB, 5(2):162-8.