

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.  
HOSPITAL ROBERTO CALDERON GUTIERREZ.

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS  
EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON GUTIERREZ DEL  
1 DE ENERO 1998 AL 31 DICIEMBRE 1999.

TUTOR: DR. DAGOBERTO CISNEROS.  
ESPECIALISTA EN HEMATOONCOLOGIA.

DRA. MARIA ILEANA MANZANARES VELÁSQUEZ.  
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA.  
DR. CARLOS BALTODANO AREAS.  
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA.

MANAGUA, 10 ABRIL 2000.

## AGRADECIMIENTOS.

A DIOS: Porque debemos de amarlo con todo nuestro corazón , con toda nuestra mente y con todas nuestras fuerzas.

A MI PADRE: Por haberme dado todo el apoyo económico y emocional para llegar a este momento.

A MI HIJO: Porque es mi motivación principal, para seguir adelante.

A MIS MAESTROS: Porque fueron mis guías durante estos tres años porque de el los no solo aprendí lo científico sino también lo humano.

### OPINIÓN DEL TUTOR.

El presente estudio es considerado de importancia dentro del servicio de Medicina Interna, dada la prevalencia de pacientes con Linfomas en nuestro centro hospitalario, los resultados obtenidos están acorde con la bibliografía consultada.

Considero que este estudio será base para estudios posteriores donde se involucre el pronóstico y la mortalidad de los pacientes dada la carencia de medidas terapéuticas con las que no contamos y por lo cual avanza la enfermedad.

DR. DAGOBERTO CISNEROS.  
ESPECIALISTA EN HEMATOONCOLOGIA.

## JUSTIFICACIÓN.

Los linfomas han tenido un repunte importante en cuanto a su incidencia en la población en general, hecho que se ha manifestado más grave con la aparición del SIDA. Por esto en la actualidad los linfomas ocupan ya el quinto lugar en la incidencia de cáncer en la población en general y el cuarto en relación con las causas de muerte. De ahí se deriva el hecho de que el estudio de este tipo de tumores hoy en día constituya uno de los temas que más atención reciben en los hospitales oncológicos, de aquí que el presente estudio nos dará las pautas necesarias que nos servirán de apoyo para establecer una correlación clínico patológica y epidemiológica así como el estudio histológico que son fundamentales en el diagnóstico de los pacientes y que podrán ser aplicables a nuestra práctica clínica diaria.

## INTRODUCCIÓN.

La incidencia mundial de los linfomas varía mucho dependiendo del área geográfica estudiada. En Estados Unidos se diagnostican siete casos nuevos por cien mil habitantes por año y ocupa la sexta causa de muerte por cáncer en esta nación, por el contrario en los países como Polonia la incidencia anual es de uno por cien mil habitantes. Existen igualmente diferencias geográficas en la frecuencia y distribución de los varios tipos histológicos, en Norteamérica predominan los linfomas foliculares y difusos mientras que estos son raros en la China e India. En Japón y las Islas del Caribe son muy importantes los linfomas de origen T asociados a retrovirus HTLV 1, en Antioquia predominan los difusos de células grandes.

Con respecto a la Enfermedad de Hodgkin una revisión actualizada de los casos en Medellín 1990-1997 en el Hospital Universitario de San Vicente de Paúl e Instituto de cancerología Clínica.

Las Américas, 115 casos recopilados 57% fueron de esclerosis Nodular, 20% celularidad mixta, 17% predominio linfocitario y 13% depleción linfocítica, más frecuente en hombres relación 1.4-1.

En la mayor parte del mundo los linfomas No Hodgkin son más frecuentes que la Enfermedad de Hodgkin.

En México Hospital General se revisaron 282 casos de pacientes con Linfomas No Hodgkin donde se encontró que los más frecuentes fueron el grado intermedio de malignidad, la mayoría estaban en estadio IV y las defunciones fueron para el bajo grado de malignidad de 24%, 32% para el grado intermedio y 47% para el alto grado.

En el Instituto Nacional de Oncología y Radiología de Cuba la sobrevida a 5 años para la Enfermedad de Hodgkin fue de 61% más frecuente para el sexo femenino y el tipo histológico fue de Esclerosis Nodular en estadio I y II.

En el Hospital Manolo Morales se realizó un estudio sobre neoplasias donde se revisaron 644 casos de cáncer de los cuales 46 eran linfomas.

Se realizó otro estudio en este centro hospitalario de 1990-1993 donde se estudiaron 22 pacientes de los cuales el 40.9% eran de Enfermedad de Hodgkin y 59.9% de linfoma No Hodgkin. Con respecto a los Linfomas No Hodgkin el 61% más frecuente fue el grado intermedio de malignidad, el 53% de localización ganglionar, el grupo de edad más afectado fue el de 15-34 años, la mayoría fue del sexo femenino, el estadio predominante fue el II y III con mala evolución, en cuanto a la enfermedad de Hodgkin el 88% fue de localización ganglionar, el 55% entre 15-34 años de edad, la mayoría estaba en estadio I y II y solamente el 40% recibió tratamiento de quimioterapia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el comportamiento de los pacientes con Linfomas en el Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez?

**OBJETIVO GENERAL:**

- ? CONOCER EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES CON LINFOMAS EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON GUTIERREZ.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.:**

1. CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON LINFOMAS.
2. ESTABLECER CORRELACION CLINICA Y TIPO HISTOLOGICO DE LOS PACIENTES CON LINFOMAS.
3. CONOCER EL METODO DIAGNOSTICO EMPLEADO.
4. IDENTIFICAR LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS.

## MARCO TEORICO

Los linfomas malignos son transformaciones neoplásicas que residen predominantemente en los tejidos linfoides. Hay dos principales variantes de linfoma maligno y son: Linfoma No Hodgkin y la Enfermedad de Hodgkin, ambas son básicamente enfermedades diferentes.

### LINFOMA NO HODGKIN.

Epidemiología: Anualmente en Estados Unidos se diagnosticaron aproximadamente 40 mil nuevos casos y esta cifra parece estar en aumento. Constituyen la cuarta causa de muerte por cáncer en relación con el número de personas que fallecen cada año, la edad más frecuente es de 20-40 años. ( 14).

Etiología: Es desconocida, en la mayoría de los casos ciertos factores se han descrito como determinantes o influyentes en la etiología y/o patogenia. El virus de Epstein Barr es un virus de ADN que se ha encontrado en el 96% de los casos de este tipo de linfoma sobre todo en el de tipo BURKITT, sin embargo en el no Burkitt solamente se encuentra en el 15%. Se han tratado de relacionar con el virus HTLV-1, recientemente asociado con el virus herpes 6. Existen evidencias de alteración en el sistema inmune aumentando su incidencia en los pacientes con SIDA principalmente con linfoma cerebral primario, además se ve favorecida su aparición en enfermedades autoinmunes y de la colágena, probablemente alteraciones citogenéticas encontradas tengan que ver en la patogenia como translocaciones cromosómicas, algunos productos químicos se han implicado pero faltan estudios al respecto, las radiaciones ionizantes no parecen importantes excepto a grandes dosis como en el caso de las bombas atómicas.

Origen celular: Se originan de transformaciones malignas de células B ó T que habitan normalmente en los ganglios linfáticos, 90% se derivan de células B y 10% de células T. Durante los distintos estadios de su ontogenia normal pueden ocurrir la suma de varios eventos que pueden hacer cambios en el material genético y llevarla a transformación neoplásica. ( 15).

La clasificación de WORKING incorpora lo mejor de las diferencias clasificaciones y su relevancia clínica.

### BAJO GRADO DE MALIGNIDAD.

- linfocítico de células pequeñas
- folicular de células pequeñas
- folicular mixto.

#### GRADO INTERMEDIO DE MALIGNIDAD.

- Folicular de células grandes.
- Difuso de células pequeñas.
- Difuso mixto.
- Difuso de células grandes.

#### ALTO GRADO DE MALIGNIDAD.

- Inmunoblástico.
- Linfoblástico.
- Burkitt y no Burkitt.

**MANIFESTACIONES CLINICAS:** Más de dos tercios de los pacientes con linfoma debutan con linfadenopatías periférica persistente, indolora mayor de 1cm. , de consistencia cauchosa que no se asocia a infección demostrable y está presente durante 4 a 6 semanas. La afectación al anillo de Waldeyer, ganglios epitrocleares y mesentéricos son sugestivos de esta enfermedad, también pueden presentar síntomas torácicos, abdominal o extraganglionar, además pueden presentar manifestaciones cutáneas, masas testiculares, compresión medular y lesiones óseas solitarias. El linfoma cerebral primario sólo constituyen el 1% , hay esplenomegalia en el 30-40%, la sintomatología B (pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna) son frecuente solamente en fase avanzada. ( 2 ).

**Bajo grado de malignidad:** El predominio es masculino, edad media es de 62 años la presentación habitual es de crecimiento ganglionar sólo 7% es de crecimiento extraganglionar, el crecimiento es lento, 65% infiltra médula ósea ó hígado. Los síntomas B son escasos al inicio pero cuando se presentan son de mal pronóstico.

**Grado intermedio de malignidad:** Es frecuente en adultos, edad promedio es de 59 años, 30-35% inicia cuadro clínico con manifestaciones extraganglionares: orofaringe, estómago. La infiltración a médula ósea es de 35% y 15% al Sistema Nervioso Central.

**Alto grado de malignidad:** Se presenta en adultos jóvenes promedio de 26 años, en niños esta clase de tumores representa el 80% su cuadro clínico presenta masas abdominales de crecimiento rápido el linfoma linfoblástico se presenta como masa mediastinal con síndrome de vena cava superior, su afectación a médula ósea y SNC es mayor de 50%, es más frecuente en masculinos de 30-40 años con menos afectación extraganglionar , el 50% presenta síntomas B. Inmunoblástico: se presentan en mayores de 50 años, asociado enfermedad inmunitaria, anemia, linfopenia, con infiltración a SNC y médula ósea. El de Burkitt con dos formas de presentación clínica la endémica africana se presenta como masa mandibular que se disemina a órganos extralinfáticos, médula ósea y meninges, la no endémica debuta con cuadro abdominal masivo y tiene la misma diseminación.

## PROCEDIMIENTOS PARA ESTADIAJE:

- 1.- Revisión de biopsia por patólogo experto.
- 2.- Examen físico.
- 3.- Laboratorio: hemograma, función hepática y renal, LDH, B-2 microglobulina.
- 4.- Radiografía de tórax.
- 5.-TAC de abdomen y pelvis.
- 6.-Biopsia de médula ósea.
- 7.-Otros: Endoscopia, serie gastroduodenal, gammagrafía ósea, LCR, biopsia hepática, gammagrama con galio.

## ESTADIO DE CLASIFICACION COSTWOLDS (ANN ARBOR MODIFICADA).

- I Afectación de una sola región ganglionar.
- II Afectación de 2 o más regiones linfáticas al mismo lado del diafragma.
- III Afectación de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma.
  - III1 Con o sin ganglios esplénicos, hiliares, celíacos y portales.
  - III2 Con afectación a ganglios para-aorticos , iliacos y mesentéricos.
- IV Afectación de uno o más sitios extraganglionares.

## DIAGNOSTICO:

La alteración más característica y de valor pronóstico es el aumento de la LDH (1000-4000), se utiliza tanto para valorar la respuesta a tratamiento como para detectar eventual recaída , la velocidad de sedimentación globular también aumenta, recientemente se hace determinación de IL-2 y B-2 microglobulina, alteración de la función hepática y anemia. La biopsia por aguja fina se utiliza para clasificar al linfoma pero para la subclasificación resulta poco fidedigno y amerita confirmación histológica de una adenopatía periférica con biopsia. (16).

## TRATAMIENTO:

La escogencia del tratamiento depende del grado de agresividad, del estadiaje y de la presencia o ausencia de factores de riesgo o de mal pronóstico como la edad, LDH, compromiso extralinfático, tipo histológico y estado general del paciente.

Bajo grado de malignidad: La radioterapia sola da 40-90% de remisión de la enfermedad a 5 años. Para el estadio I y II se trata de CVP, C-MOPP por 6-8 ciclos, o bien 3-4 ciclos de quimioterapia asociado a radioterapia. Estadios III y IV con CHOP, la utilización de interferón alfa junto a quimioterapia de inducción o de mantenimiento ha mejorado la remisión clínica.

Grado intermedio y alto de malignidad: Quimioterapia y radioterapia dan remisión inicial de 90% y curación de 70%. CHOP da remisión de 70%. Estadio I y II se trata con radioterapia y quimioterapia, estadios III y IV con CHOP asociado a Bleomicina da mejores respuestas. (13).

#### ENFERMEDAD DE HODGKIN:

Es un desorden neoplásico originado en los tejidos linfáticos y definidos por la presencia de células REED STEMBERG. Su incidencia es de 1.5-2 por cien mil habitantes por año, hay discreto predominio del sexo masculino con pico de edad de 15-35 años y de otros de 45-80 años. Su patogenia es desconocida, se detectan anomalías cromosómicas en el 50% de los casos, además se ha relacionado con el virus de Epstein Barr, con estados de inmunodeficiencia y con sustancias químicas o naturales, el origen de la célula ha sido debatido pues no representa más del 2% de la población celular de los ganglios linfáticos el resto linfocitos maduros, macrófagos, granulocitos y eosinófilos. A la interacción de estas células con las tumorales se le ha imputado los síntomas de la enfermedad, síntomas B. La célula de Reed Stenberg es de gran tamaño, binucleada, de cromatina laxa y gran nucleolo.

#### CLASIFICACION DE RYE

- 1.- Predominio linfocitario: frecuente en mujeres jóvenes, menores de 35 años, frecuencia de 2-10%, frecuentemente localizada y asintomática, las células se observan normales y el pronóstico es excelente.
- 2.- Esclerosis nodular: Es mas frecuente en mujeres que varones, frecuencia de 40-80%, predominio de nódulos linfáticos con bandas de colágena, se da en adolescentes y adultos jóvenes, pronóstico muy bueno.
- 3.- Celularidad mixta: Más frecuentes en hombres de edad madura, frecuencia de 20-40%, hay numerosas células de Reed Stenberg e infiltrado pleomórfico, el pronóstico es bueno.
- 4.- Depleción linfocitaria: Frecuencia de 2-15% de células tumorales son numerosas con linfocitos pleomórficos y fibrosis, pronóstico malo.

Clínicamente se presenta como una enfermedad localizada. El 70% debutan con adenopatías superficiales, 60% con adenopatías mediastínicas, 2-5% con signo de Hoster (dolor en adenopatías con la ingesta de licor) en ocasiones debuta con síndrome de vena cava superior. La diferencia con los linfomas no hodgkin, es que estos son mas localizados, los síntomas B tienen más valor pronóstico, la afectación a la médula ósea es de 5-15%, la afectación extraganglionar es menos frecuente 20-40%, es de concentración axial, la lesión a mediastino es típica, invade bazo 13% e hígado en el 10%.

## DIAGNOSTICO:

Hay moderada elevación de la VSG, moderada leucocitosis con neutrofilia y/o eosinofilia, anemia de enfermedad crónica, 5% presenta anemia hemolítica autoinmune, LDH y B-2 microglobulina estan aumentadas, invasión a hígado alteran las enzimas, aumento de la fosfatasa alcalina puede indicar invasión ósea. (15).

La biopsia por aguja fina hace el diagnóstico cuando presenta células de Reed Stemberg sino que requiere la confirmación histológica extrayendo un ganglio. (16).

TRATAMIENTO: Los factores de mal pronóstico son: edad, sexo masculino, aumento de VSG, estadio III y IV, formas histológicas de celularidad mixta y depleción linfocitaria, masa mediastínica voluminosa y diseminación extralinfática.

El esquema MOPP consigue remisión en cifras parecidas a la radioterapia y por razones de disponibilidad se ha sustituido la mostaza nitrogenada por ciclofosfamida COPP estas variantes poseen la misma eficacia. En 1975 se introdujo ABVD en pacientes resistentes a MOPP.

La terapia combinada es una forma de reducir la toxicidad de la radioterapia, consolidar la respuesta a ésta, atacar la posible enfermedad oculta así como la reducción de la masa tumoral.

## VARIABLES.

SEXO.

EDAD.

TIPO HISTOLOGICO.

LOCALIZACIÓN ANATOMICA.

SÍNTOMAS B.

EXAMENES DE LABORATORIO.

TIPOS DE BIOPSIA.

TIPOS DE TRATAMIENTO.

## PLAN DE ANÁLISIS

SEXO/ EDAD.

TIPO HISTOLOGICO/METODO DIAGNOSTICO.

TIPO HISTOLOGICO/LOCALIZACIÓN ANATOMICA.

TIPO HISTOLOGICO/SÍNTOMAS B.

EXAMENES DE LABORATORIO/TIPO HISTOLOGICO.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR
EDAD	Tiempo de vida biológica de un individuo. Edad en años cumplida.	Desviación Estándar.
SEXO	Condición orgánica que distingue a dos individuos de la misma especie.	-Masculino -Femenino
LOCALIZACIÓN ANATOMICA	Parte del organismo en el que se aloja una lesión.	-Linfática -Extralinfática
SÍNTOMAS B	Signos y síntomas que se presentan en pacientes con linfomas.	-Pérdida de peso. -Fiebre. -Sudoración nocturna.

ANEMIA	Disminución del hematocrito.	-Hombre menor de 41%. -Mujer menor de 37%.
LEUCOPENIA	Disminución de leucocitos.	Menor de 4000 por mm <sup>3</sup> .
PLAQUETOPENIA	Disminución de plaquetas.	Menor de 150.000 por mm <sup>3</sup> .
LEUCOCITOSIS	Aumento de leucocitos.	Mayor de 10,000 por mm <sup>3</sup> .
TIPO HISTOLOGICO	Se dividen en dos grandes grupos y según clasificación de Workin en 3 grados de malignidad. ENFERMEDAD DE HODGKIN	-Predominio linfocítico. -Esclerosis nodular. -Celularidad mixta. -Depleción linfocitaria.

	LINFOMA NO HODGKIN	<p><b>BAJO GRADO MALIGNIDAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Linfocítico.</li> <li>-Folicular células pequeñas.</li> <li>-Folicular mixto.</li> </ul> <p><b>GRADO INTERMEDIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Folicular células grandes.</li> <li>-Difuso células pequeñas.</li> <li>-Difuso mixto.</li> <li>-Difuso células grandes.</li> </ul> <p><b>ALTO GRADO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Inmunoblástico.</li> <li>-Linfoblástico.</li> <li>-Burkitt.</li> </ul>
TIPOS DE BIOPSIA	Método diagnóstico utilizado en el linfoma.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Incisional.</li> <li>-Escisional.</li> </ul>
TRATAMIENTO	Tipo de tratamiento empleado en los Linfomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Radioterapia.</li> <li>-Quimioterapia.</li> <li>-Combinado.</li> </ul>

## MATERIAL Y METODO.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, retrospectivo.

UNIVERSO: Pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna Hospital Roberto Calderón Gutiérrez, del 1 de enero 1998 al 31 de diciembre 1999.

MUESTRA: 36 Pacientes diagnosticados con linfomas durante ese período.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. MAYOR DE 15 AÑOS .
2. AMBOS SEXOS.
3. PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON LINFOMAS.

### PROCEDIMIENTO:

Se elaboró una ficha de datos que fueron llenadas por los autores del estudio extraída de los expedientes clínicos en el Departamento de Estadística a los cuales se les aplicó desviación estándar, porcentajes, frecuencia y fueron plasmados en cuadros y gráficos.

En una segunda oportunidad se revisaron de nuevo los expedientes sin embargo se encontraron solamente 14 de los 36 del estudio.

## DISCUSIÓN.

En el linfoma no hodgkin, el sexo más afectado fue el femenino con el 22% lo cual contradice la literatura pues se considera que afecta mayor o discretamente al sexo masculino, esto puede deberse a la mayor prevalencia de las mujeres en la población general. En cuanto a la edad en el sexo femenino coincide con la literatura, en el sexo masculino se prolonga a 45 mas o menos 17 años sin embargo hay literaturas que mencionan que se afectan grupos hasta de 70 años. Con respecto a la Enfermedad de Hodgkin solamente se presentó un caso a los 18 años del tipo de Esclerosis nodular y coincide con la literatura dado que es frecuentes en mujeres jóvenes.

Según la clasificación el grado intermedio es el más frecuente seguido del alto grado de malignidad, esto está acorde con los estudios de dentro y fuera del país , el diagnóstico se realizó en el 5.5% con aguja fina, según la literatura este tipo de diagnóstico se utiliza para la clasificación pero no es fidedigna para la subclasificación de los linfomas.

Con respecto a la localización , el 89% fue linfático lo cual está de acuerdo con la literatura abarca el 30-35% probablemente esto depende del estadio y de los métodos diagnosticos utilizados para los mismos.

La afectación linfática más frecuente es la cadena cervical, menos frecuentes las otras pues la literatura menciona que pueden ser reactivas, en tanto que la localización extralinfática fue en mama, piel, parótida y hueso en bajo porcentaje probablemente por la falta de métodos diagnósticos en nuestro centro hospitalario.

Los síntomas B se presentaron en el 97% de los casos, según la bibliografía se presentan en estadios avanzados los cuales fueron desconocidos dado que no fueron completados.

Con respecto a los exámenes de laboratorio el 88% de los pacientes presentaron anemia y el 27% presentó plaquetopenia lo cual puede deberse a invasión de la médula ósea aunque este procedimiento no fue realizado en la totalidad de los pacientes, la LDH se elevó en el 33% de los casos aunque no fue realizada en todos los casos.

En relación al tratamiento empleado obtuvimos que solo el 2.7% se le aplicó radioterapia, quimioterapia se aplicó en el 19.8% y los no tratados fueron 77.7%, esto se debió a que en la segunda revisión de expedientes solamente se encontró el 40% de ellos y de los que recibieron quimioterapia solamente se lograron aplicar dos ciclos dado el alto costo de los fármacos y su inexistencia en nuestros centros hospitalarios.

## RESULTADOS.

1. En este estudio se encontró que el sexo femenino fue el más afectado con el 61% de los casos y el masculino con el 39%, la desviación estándar según la edad para el sexo masculino fue de 45 más o menos 17 años, 35 mas o menos 10 años para el sexo femenino.
2. El tipo histológico más frecuente en el linfoma no hodgkin fue el grado intermedio de malignidad con el 55.4% seguido del alto grado de malignidad con 30.5%. En la enfermedad de hodgkin solamente se presentó un caso con el 2.7%. La localización más frecuente fue la linfática con el 89% y de ellos la cadena cervical y un 11% la extralinfática en mama, hueso, parótida, piel en el 2.7% respectivamente. Con respecto a la sintomatología B en el linfoma no hodgkin se presentó en el 97.2%.
3. Según datos de laboratorio y procedimientos se presentó anemia en el 88.8% y plaquetopenia en el 27.6%, LDH elevada en el 33% de los casos y afección a médula ósea en el 6.2%. La biopsia escisional se realizó en el 94.5% y 5.5% biopsia por aguja fina.
4. Con respecto al tratamiento empleado solamente el 2.7% recibió radioterapia, a el 19.4% se le aplicó quimioterapia, siendo los esquemas más usados el C-MOPP y el CHOP, entre otros se utilizó el ABVD y el CHOP-B , el 77.7% de los pacientes no recibió ningún esquema.

## CONCLUSIONES.

1. El sexo más afectado fue el femenino, las edades más afectadas estuvieron en el rango de 25 a 45 años para el sexo femenino y 28 a 62 años para el sexo masculino.
2. El grado intermedio de malignidad fue el más frecuente y dentro de ellos el difuso mixto.
3. La localización más frecuente fue la linfática, principalmente la cadena cervical, seguido de la retroperitoneal y solamente se presentaron 4 casos.
4. La sintomatología B se presentó en el 97%. En el 88.8% presentó plaquetopenia en el 29%, elevación de LDH en el 33% y médula ósea en el 8.2%.
5. Se aplicó radioterapia en el 2.7% y quimioterapia en el 19.8%, el 77.7% no recibió tratamiento.

## RECOMENDACIONES.

1. Normatizar que la biopsia escisional sea el único método diagnóstico utilizado en los pacientes con linfomas.
2. Consignar en el expediente clínico el estadio de cada paciente según los método diagnóstico utilizados.
3. Protocolizar esquemas de tratamiento que puedan ser aplicables a los pacientes y los de mejor supervivencia.
4. Conseguir de parte de la institución apadrinamiento con asociaciones gubernamentales o no, nacionales o extranjeras a fin de mantener y renovar un stop de quimioterapia para pacientes de escasos recursos económicos.

**ANEXOS.**

COMPORTAMIENTO DE LINFOMA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL  
HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN EDAD Y SEXO.

SEXO	FC	DESVIACIÓN ESTANDAR
MASCULINO	14	45+/-17
FEMENINO	22	35+/-10

COMPORTAMIENTO DEL LINFOMA EN PACIENTES INGRESADOS SEGÚN  
CLASIFICACION Y METODO DIAGNOSTICO.

CLASIFICACION	BIOPSIA ESCISIONAL	BIOPSIA AGUJA FINA.
ALTO GRADO	10(27.7%)	1(2.7%)
GRADO INTERMEDIO	19(52.7%)	1(2.7%)
BAJO GRADO	4(11.1%)	-
ENFERMEDAD HODGKIN	1(2.7%)	-
TOTAL	34(94.5%)	2(5.5%)

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN CLASIFICACION Y LOCALIZACIÓN.

CLASIFICACION	LOCALIZACIÓN	
	LINFÁTICA	EXTRALINFATICA
ALTO GRADO	10(27.7%)	1(2.7%)
GRADO INTERMEDIO	17(47.2%)	3(8.3%)
BAJO GRADO	4(11.1%)	-
ENFERMEDAD HODGKIN	1(2.7%)	-
TOTAL	32(89%)	4(11%)

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL  
HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
LINFÁTICA	20	55
Cervical		
Inguinal	6	16
Mediastinal	5	13.8
Axilar	5	13.8
Retroperitoneal	7	19
EXTRALINFÁTICA	1	2.7
Óseo		
Mama	1	2.7
Parótida	1	2.7
Piel	1	2.7

COMPORTAMIENTO DE LINFOMA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN CLASIFICACION Y SÍNTOMAS B.

CLASIFICACION	CON SÍNTOMAS B	SIN SÍNTOMAS B.
ALTO GRADO	11(30.5%)	-
GRADO INTERMEDIO	20(55.5%)	-
BAJO GRADO	4(11.1%)	-
ENFERMEDAD HODGKIN	-	1(2.8%)
TOTAL	35(97.2%)	1(2.8%)

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL  
HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN LABORATORIO Y TIPO  
HISTOLOGICO.

LABORATORIO	ALTO GRADO	GRADO INTERMEDIO	BAJO GRADO	E.H.
ANEMIA	11(30.5%)	17(47.3%)	3(8.3%)	1(2.7%)
LEUCOPENIA	1(2.7%)	-	-	-
PLAQUETOPENIA	5(13.8%)	3(8.3%)	2(5.5%)	-
LEUCOCITOSIS	2(5.5%)	-	1(2.7%)	-
LDH	3(8.3%)	8(22%)	-	1(2.7%)
MEDULA OSEA	-	1(2.7%)	2(5.5%)	-

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN EL TIPO HISTOLOGICO.

CLASIFICACION	TIPO HISTOLOGICO	FRECUENCIA	%
ALTO GRADO	LINFOBLÁSTICO	3	8.3
	INMUNOBLASTICO	4	11.1
	CEL. NO HENDIDAS	4	11.1
GRADO INTERMEDIO	DIFUSO CEL. PEQUEÑAS	3	8.3
	DIFUSO MIXTO	12	33.3
	DIFUSO CEL. GRANDES	5	13.8
BAJO GRADO	FOLICULAR	4	11.1
ENFERMEDAD HODGKIN	ESCLEROSIS NODULAR	1	2.7
TOTAL		36	100

COMPORTAMIENTO DE LINFOMAS EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ROBERTO CALDERON SEGÚN TRATAMIENTO EMPLEADO.

TIPO DE TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
RADIOTERAPIA	1	2.7
QUIMIOTERAPIA C-MOPP	2	
CHOP-B	1	
COP	1	
CHOP	2	
ABVD	1	19.4
NO TRATADOS	28	77.7

## BIBLIOGRAFIA.

1. The New England Journal of Medicine. Vol.339,No 21. Noviembre 9.1998.
2. Tievney Jr.y col. Diagnóstico clínico y tratamiento. Edición 32.Pag. 472-479.
3. Sufcliffe, Simon. Management Choise in Agresive linfoma. Toronto, Canada. 1997.Pag.2188-2190.
4. Selecting reading in General surgery.Vol. 20.No 12, December 1993, Pag 60-64.
5. Medicina Interna Kelly. Tomo I,pag.1204-1214. 1992.
6. Cotran Tamzie Kumar Vinay y Robin Stanley. Patología estructural y funcional. Tomo II, cuarta edición, 1990.Pag.271,746-762.
7. Rosai Juan. Ackermans, surgical pathology, tomo II, 1990. séptima edición.
8. Zolezzi, P. Linfoma no Hodgkin, Correlación histológica y sobrevida.1990.
9. Cabanillas Fernando. Low grade Linfoma prospects for progress. Anderson Cancer Center.Houstan, Texas, USA 1989.pag. 1-23.
10. Díaz, Salas, Carlos Alsina Sarmiento y col. Sobrevida de los linfomas de Hodgkin. Estudio de un quinquenio en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Revista cubana de oncología. Enero- agosto 1989.
11. Manual de oncología. Tomo II 1989.Pag.1257-1273.
12. Registros de neoplasias malignas diagnosticadas de patología HRC 1987-1990.
13. Saavedra Benito. Aspectos generales de Linfoma en el HEODRA, León, 1985.
14. De vita Vincent. Principios y práctica de oncología. Tomo II. Pag. 1219-1273.
15. Hernán Vélez. Fundamentos de Medicina. Hematología. Quinta edición. Colombia 1998. Capítulos 17-18. Pag. 154-175.
16. Harrison. Principios de Medicina Interna.13ª. edición. Tomo II. Pag.2042-2058.
17. M.T. Hernández García y L. Hernández Nieto. Hematología. Las Canarias Tenerife. Cap. 5. Pag. 46-52.
18. Koss/Woyle/olszewski. Biopsia por aspiración, interpretación citológica. Cap. 5. Pag.144-162. 1990.

FICHA DE DATOS.

NOMBRE DEL PACIENTE

NO. EXPEDIENTE

DATOS GENERALES:

EDAD:

PROCEDENCIA:

SEXO:

OCUPACIÓN:

DATOS HISTOPATOLÓGICOS:

TIPO HISTOLOGICO:

LOCALIZACIÓN PRIMARIA:

LINFÁTICA:

EXTRALINFATICA:

DATOS CLINICOS:

INVASIÓN GANGLIONAR:

INVASIÓN EXTRAGANGLIONAR:

SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES:

DATOS DE LABORATORIO:

METODO DIAGNOSTICO:

BIOPSIA ESCISIONAL:

AGUJA FINA:

OTROS.

