



ESTUDIO DE LINFOMAS NO HODGKIN EN 5 CENTROS MÉDICOS DE COCHABAMBA DE ENERO DE 1997 A ENERO DE 2002.

• Escobar Bracamonte Coral • Lazo Villarte Lizbeth A. • Morales Lara Egidia E. • Ordoñez Maygua Javier
 ASESORES: • Dr. Alejandro R. Calvo Villarroel • Dr. Daniel Illanes Velarde

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

RESUMEN:

En Cochabamba no se tiene registro alguno sobre la epidemiología de los linfomas, por ello nos planteamos el objetivo de conocer la magnitud del Linfoma No-Hodgkin (LNH) en nuestro medio y sus características clínicas y epidemiológicas. Con un estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo y transversal, estudiamos a 143 pacientes con diagnóstico de LNH. De 99 pacientes evaluables se observó un ligero predominio en el sexo masculino (55%). La mayor parte de pacientes eran mayores de 60 años (40%). La mayoría consultaron por: dolor (31 pacientes) y masa palpable (34 pacientes). 40% tuvieron un tiempo de presentación de signos y síntomas menos de 1 año. Describimos las características de hemograma y química sanguínea y los estudios de etapificación. Solo 53% de los casos fueron apropiadamente etapificados. Respecto al tipo histológico solo se contó con información del 59% (59 pacientes), de estos se vio que 54% eran de grado intermedio, 32% de grado bajo y solo 13% de alto grado. El tratamiento realizado en la mayoría de pacientes fue la quimioterapia combinada con o sin radioterapia. No se pudo evaluar la sobrevida.

El LNH es un problema de salud creciente en nuestro medio, deben adoptarse medidas públicas de salud frente a este problema.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, Linfoma No-Hodgkin, Quimioterapia, Radioterapia

SUMMARY:

There is no registration about lymphoma epidemiology in Cochabamba, therefore, the objective is to find out the magnitude of No-Hodgkin Lymphoma (NHL) in our environment along with its clinical and epidemiological characteristics. With an observational study of descriptive, retrospective and transverse type, we studied 143 patients with LNH diagnosis. Out of 99 evaluated patients, a slight prevalence in males was observed (55%). Most of the patients were older than 60 years (40%), consulted for: pain (31 patients) and palpable mass (34 patients). 40% presented signs and symptoms in less than one year. We describe the haemogram and sanguine chemistry characteristics and phased development studies. Only 53% of the cases were properly classified in stages.

Regarding to the histological type, the only information available was of 59% (59 patients), from which 54% was of intermediate degree, 32% of low degree and only 13% of high degree. Chemotherapy combined with or without radiotherapy was the treatment given to most of the patients. The life span could not be evaluated.

NHL is a growing health problem in our environment, public health measures should be adopted in order to face this problem.

KEY WORDS: Cancer, No-Hodgkin Lymphoma, Chemotherapy, Radiotherapy

INTRODUCCIÓN.

Linfoma es un término general para nombrar todos los tipos de cáncer que se desarrollan en el sistema linfático. Se conocen dos tipos principales de linfomas: la Enfermedad de Hodgkin (EH) y los Linfomas No-Hodgkin (LNH).

Nuestro trabajo pretende abarcar todos los casos de LNH en 5 centros médicos: Centro Oncológico Cochabamba, Hospital Elizabeth Seton, COSSMIL, Hospital Univalle y Complejo Hospitalario Viedma, para estudiar las características epidemiológicas y clínicas de los LNH.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.-

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los LNH en Cochabamba?

OBJETIVO GENERAL.-

Conocer la magnitud de LNH en nuestro medio y sus características clínicas y epidemiológicas, para aportar información que coadyuve a organizar su manejo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

1.- Determinar el número de pacientes con diagnóstico de



LNH en 5 hospitales urbanos en Cochabamba de 01de enero de 1997 a 01de enero de 2002.

- 2.- Determinar las características epidemiológicas de los LNH que se presenta en los hospitales en estudio.
- 3.- Conocer las características clínicas de la enfermedad del grupo de pacientes con LNH.

JUSTIFICACIÓN.-

El aumento de casos de cáncer en nuestra ciudad y la poca información acorde a nuestra realidad, especialmente de los linfomas, despierta nuestra inquietud para conocer sus características epidemiológicas y clínicas en los hospitales urbanos de Cochabamba, centros donde confluye la población tanto urbana como rural de todo el departamento.

MARCO TEORICO

Definición: Los LNH son un grupo heterogéneo de neoplasias que tienen su origen en la proliferación de células linfoides detenidas en diversas etapas de su desarrollo madurativo, abarcan desde procesos sumamente indolentes que permiten al enfermo una larga supervivencia, hasta algunas neoplasias mas agresivas (1).

Frecuencia: La incidencia de los LNH en los países occidentales es de 3 a 6 casos por 100 mil habitantes por año, y va en aumento (2).

Etiopatogenia: Se han estudiado muchos factores ambientales, como agentes infecciosos, contacto con productos químicos y fármacos (3). Se han visto también algunas inmunodeficiencias congénitas, así como estados de inmunodepresión postransplante y enfermedades autoinmunes, igualmente en el Sida. El virus de Ebstein Barr es el causante del linfoma de Burkitt y el HTLV-1 de la leucemia linfoma T del adulto. El SIDA se relaciona con linfoma primario del sistema nervioso central, y el Helicobacter Pilory con Maltomas (4).

Laboratorio

Hemograma: La disminución de la hemoglobina fue una de las primeras variables con significación pronóstica. El incremento del VSG es un parámetro de actividad de la enfermedad. Puede existir además linfopenia (5). Son importantes los estudios de la función hepática y renal (TGP, TGO, fosfatasa alcalina sérica, bilirrubina, creatinina, uratos y filtrado glomerular, entre otros), inmunoglobulinas, LDH (subfracciones), proteínas totales y fraccionadas.

Se consideran específicos y obligatorios, los siguientes estudios (6): calcio sérico, medulograma y biopsia de médula ósea, Beta-2 microglobulina, estudio del cariotipo

(translocaciones cromosómicas), técnicas de biología molecular (Southern blot o PCR), reordenamiento los genes de inmunoglobulinas, estudio del LCR y en las lesiones de senos paranasales y nasofaringe, estudios virológicos: importante su realización a todos los casos de LNH, en especial de HTLV-I y EBV y otros virus (citomegalus, hepatitis B, etc).

Diagnostico.-

El diagnóstico de un linfoma requiere el examen HISTOLOGICO de los ganglios, sobre todo el estudio de los ganglios linfático, tejido esplénico o hepático. El diagnóstico se confirma con una historia clínica detallada y con la exploración física minuciosa (4).

Estudios de extensión de la enfermedad.-(6)

- Historia clínica completa, incluyendo síntomas no habituales.
- Examen físico cuidadoso, en especial de las regiones ganglionares, hígado, bazo, testículos y masas abdominales.
- Estudios de laboratorio, incluyendo hemograma, bioquímica completa, test serológico
- para tuberculosis, sífilis, SIDA, mononucleosis infecciosas y otros.
- Radiografía y TAC de tórax, y TAC o bien ecografía de abdomen.
- Biopsia de médula ósea y aspirado de la misma.
- Linfografía bipedal.
- Laparatomía para comprobar la extensión.

Clinica.-

El 80% de los pacientes son asintomáticos en sus estudios iniciales.

Inicio extraganglionar: En 15% a 25% de los casos de LNH se manifiestan en órganos extraganglionares, como la única manifestación o lo que es más frecuente puede formar parte de un linfoma diseminado, por ello la consulta es generalmente por un ganglio agrandado o una masa abdominal (1).

Las localizaciones extraganglionares mas frecuentes son: anillo linfático de Waldeyer, tubo digestivo, piel, esqueleto, pulmón, tiroides y gónadas. Las manifestaciones son de carácter compresivo y tumoral.

Inicio ganglionar: Son la forma de presentación más frecuente de los LNH, donde las adenopatías suelen ser simétricas, dolorosas y fácilmente movilizables.

Otras manifestaciones: En el 15 a 25 % de los casos puede haber fiebre, sudoración y pérdida de peso, son más frecuentes en los linfomas de alta malignidad (1).



Tratamiento.-

Tratamiento del linfoma no Hodgkin en adultos (8)

- Radioterapia, se puede emplear sola o junto con quimioterapia.
- Quimioterapia, los esquemas más utilizados son los siguientes: (7)
 - ✓ CVP : ciclofosfamida + vincristina + prednisona
 - ✓ C(M)OPP : ciclofosfamida + vincristina + procarbina + prednisona
 - ✓ CHOP : ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona
 - ✓ FND : fludarabina + mitoxantrona + dexametasona
- El tratamiento biológico consiste en lograr que el organismo resista el cáncer o las infecciones, mediante una serie de reacciones ó elaborados en un laboratorio para reforzar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra las enfermedades.
- La cirugía tiene pocas indicaciones, puede servir para tomar muestras para el diagnóstico histopatológico y no está indicada la extirpación terapéutica de ganglios agrandados.
- La radioinmunoterapia está en etapa experimental en los ensayos clínicos (8).

MARCO METODOLÓGICO.-

TIPO DE INVESTIGACIÓN.- Estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo y transversal.

SUJETOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.- Todos los casos con diagnóstico de linfoma en los hospitales en estudio.

La fuente de información son las historias clínicas.

UNIVERSO.- Todos los pacientes con diagnóstico de LNH.

MUESTRA.- Pacientes con diagnóstico de LNH que acuden a los hospitales en estudio.

VARIABLES.-

1. Frecuencia de presentación según edad y sexo
2. Frecuencia de presentación con relación a la residencia.
3. Número de pacientes que tienen antecedentes familiares de linfoma u otros cánceres.
4. Principal motivo de consulta de pacientes con linfoma.
5. Principales enfermedades asociadas que presentan los pacientes con diagnóstico de linfoma.
6. Cambios más frecuentes en el hemograma inicial de los pacientes con linfoma.
7. Cambios más frecuentes en la química sanguínea inicial de los pacientes con linfoma.

8. Diagnóstico histopatológico.
9. Estudios de etapificación (diagnóstico) que se usan con mayor frecuencia.
10. Tratamientos más utilizados en los pacientes con linfoma.
11. Fecha de última consulta.

MATERIALES EMPLEADOS.-

1. Registro de pacientes con diagnóstico de linfoma de los hospitales en estudio.
2. Historias clínicas de dichos pacientes.
3. Formulario de recolección de datos.

PROCEDIMIENTOS.-

1. Selección de pacientes con diagnóstico de linfoma.
2. Revisión exhaustiva de historias clínicas, recolección de datos.
3. Tabulación y procesamiento de datos.

RESULTADOS.-

- Se encontraron un total de 99 casos, divididos en: 73% en el Centro Oncológico Cochabamba, 12 % en el Complejo Hospitalario Viedma, 7% en el Hospital Elizabeth Seton, 5% en COSSMIL, y 3% en el Hospital Viedma.
- La distribución por sexo corresponde a un total de 54 varones (55%) y 45 mujeres (45%).
- La distribución según grupo etáreo indica: mayores de 60 años en 40%, seguido por el grupo de 51 a 60 años con 21% y el grupo de 31 a 40 con 12%.
- 69 % de los pacientes residen en el área urbana de Cochabamba, 11 % en el área rural y 20% residen en otros departamentos de Bolivia que no especifican si son urbanos o rurales.
- Motivo de consulta muestra: dolor(31%) seguido por masa palpable (34%),mas de un síntoma (9%), otros síntomas (7%) y el resto en menor numero de frecuencia (19%).
- 40% de los pacientes tuvieron un tiempo de presentación de signos y síntomas menos de 1 año, 17 % de 1 a 2 años, 5 % de 3 a 4 años, 9 % más de 5 años, y en 29 % se desconoce.
- El mayor número de pacientes fue diagnosticado inicialmente como linfoma (74%), un grupo menor como otro CA (14%) y otros menos (12%) como otra enfermedad.
- 46 % no presentan enfermedades asociadas, 8% presentan a la vez úlcera péptica, 4% HTA, 3% diabetes mellitus, 2% anemia, 21% otras patologías y en 16 % no se conoce.
- 89% no presenta antecedentes familiares relacionados a linfomas, 10% presentan antecedentes familiares de otro cáncer, y solo 1% presentó antecedente de linfoma.
- En el hemograma inicial observamos que en un gran



LNH en 5 hospitales urbanos en Cochabamba de 01de enero de 1997 a 01de enero de 2002.

- 2.- Determinar las características epidemiológicas de los LNH que se presenta en los hospitales en estudio.
- 3.- Conocer las características clínicas de la enfermedad del grupo de pacientes con LNH.

JUSTIFICACIÓN.-

El aumento de casos de cáncer en nuestra ciudad y la poca información acorde a nuestra realidad, especialmente de los linfomas, despierta nuestra inquietud para conocer sus características epidemiológicas y clínicas en los hospitales urbanos de Cochabamba, centros donde confluye la población tanto urbana como rural de todo el departamento.

MARCO TEORICO

Definición: Los LNH son un grupo heterogéneo de neoplasias que tienen su origen en la proliferación de células linfoides detenidas en diversas etapas de su desarrollo madurativo , abarcan desde procesos sumamente indolentes que permiten al enfermo una larga supervivencia, hasta algunas neoplasias mas agresivas (1).

Frecuencia: La incidencia de los LNH en los países occidentales es de 3 a 6 casos por 100 mil habitantes por año, y va en aumento (2).

Etiopatogenia: Se han estudiado muchos factores ambientales, como agentes infecciosos, contacto con productos químicos y fármacos (3). Se han visto también algunas inmunodeficiencias congénitas, así como estados de inmunodepresión postransplante y enfermedades autoinmunes, igualmente en el Sida. El virus de Ebstein Barr es el causante del linfoma de Burkitt y el HTLV-1 de la leucemia linfoma T del adulto. El SIDA se relaciona con linfoma primario del sistema nervioso central, y el Helicobacter Pilory con Maltomas (4).

Laboratorio

Hemograma: La disminución de la hemoglobina fue una de las primeras variables con significación pronóstica. El incremento del VSG es un parámetro de actividad de la enfermedad. Puede existir además linfopenia (5). Son importantes los estudios de la función hepática y renal (TGP, TGO, fosfatasa alcalina sérica, bilirrubina, creatinina, uratos y filtrado glomerular, entre otros), inmunoglobulinas, LDH (subfracciones), proteínas totales y fraccionadas.

Se consideran específicos y obligatorios, los siguientes estudios (6): calcio sérico, medulograma y biopsia de médula ósea, Beta-2 microglobulina, estudio del cariotipo

(translocaciones cromosómicas), técnicas de biología molecular (Southern blot o PCR), reordenamiento los genes de inmunoglobulinas, estudio del LCR y en las lesiones de senos paranasales y nasofaringe, estudios virológicos: importante su realización a todos los casos de LNH, en especial de HTLV-I y EBV y otros virus (citomegalus, hepatitis B, etc).

Diagnostico.-

El diagnóstico de un linfoma requiere el examen HISTOLOGICO de los ganglios, sobre todo el estudio de los ganglios linfático, tejido esplénico o hepático. El diagnóstico se confirma con una historia clínica detallada y con la exploración física minuciosa (4).

Estudios de extensión de la enfermedad.-(6)

- Historia clínica completa, incluyendo síntomas no habituales.
- Examen físico cuidadoso, en especial de las regiones ganglionares, hígado, bazo, testículos y masas abdominales.
- Estudios de laboratorio, incluyendo hemograma, bioquímica completa, test serológico
- para tuberculosis, sífilis, SIDA, mononucleosis infecciosas y otros.
- Radiografía y TAC de tórax, y TAC o bien ecografía de abdomen.
- Biopsia de médula ósea y aspirado de la misma.
- Linfografía bipedal.
- Laparatomía para comprobar la extensión.

Clinica.-

El 80% de los pacientes son asintomáticos en sus estudios iniciales.

Inicio extraganglionar: En 15% a 25% de los casos de LNH se manifiestan en órganos extraganglionares, como la única manifestación o lo que es más frecuente puede formar parte de un linfoma diseminado, por ello la consulta es generalmente por un ganglio agrandado o una masa abdominal (1).

Las localizaciones extraganglionares mas frecuentes son: anillo linfático de Waldeyer, tubo digestivo, piel, esqueleto, pulmón, tiroides y gónadas. Las manifestaciones son de carácter compresivo y tumoral.

Inicio ganglionar: Son la forma de presentación más frecuente de los LNH, donde las adenopatías suelen ser simétricas, dolorosas y fácilmente movilizables.

Otras manifestaciones: En el 15 a 25 % de los casos puede haber fiebre, sudoración y pérdida de peso, son más frecuentes en los linfomas de alta malignidad (1).



Tratamiento.-

Tratamiento del linfoma no Hodgkin en adultos (8)

- Radioterapia, se puede emplear sola o junto con quimioterapia.
- Quimioterapia, los esquemas más utilizados son los siguientes: (7)
 - ✓ CVP : ciclofosfamida + vincristina + prednisona
 - ✓ C(M)OPP : ciclofosfamida + vincristina + procarbicina + prednisona
 - ✓ CHOP : ciclofosfamida + doxorubicina + vincristina + prednisona
 - ✓ FND : fludarabina + mitoxantrona + dexametasona
- El tratamiento biológico consiste en lograr que el organismo resista el cáncer o las infecciones, mediante una serie de reacciones ó elaborados en un laboratorio para reforzar, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra las enfermedades.
- La cirugía tiene pocas indicaciones, puede servir para tomar muestras para el diagnóstico histopatológico y no está indicada la extirpación terapéutica de ganglios agrandados.
- La radioinmunoterapia está en etapa experimental en los ensayos clínicos (8).

MARCO METODOLÓGICO.-

TIPO DE INVESTIGACIÓN.- Estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo y transversal.

SUJETOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.- Todos los casos con diagnóstico de linfoma en los hospitales en estudio.

La fuente de información son las historias clínicas.

UNIVERSO.- Todos los pacientes con diagnóstico de LNH.

MUESTRA.- Pacientes con diagnóstico de LNH que acuden a los hospitales en estudio.

VARIABLES.-

1. Frecuencia de presentación según edad y sexo
2. Frecuencia de presentación con relación a la residencia.
3. Número de pacientes que tienen antecedentes familiares de linfoma u otros cánceres.
4. Principal motivo de consulta de pacientes con linfoma.
5. Principales enfermedades asociadas que presentan los pacientes con diagnóstico de linfoma.
6. Cambios más frecuentes en el hemograma inicial de los pacientes con linfoma.
7. Cambios más frecuentes en la química sanguínea inicial de los pacientes con linfoma.

8. Diagnóstico histopatológico.
9. Estudios de etapificación (diagnóstico) que se usan con mayor frecuencia.
10. Tratamientos más utilizados en los pacientes con linfoma.
11. Fecha de última consulta.

MATERIALES EMPLEADOS.-

1. Registro de pacientes con diagnóstico de linfoma de los hospitales en estudio.
2. Historias clínicas de dichos pacientes.
3. Formulario de recolección de datos.

PROCEDIMIENTOS.-

1. Selección de pacientes con diagnóstico de linfoma.
2. Revisión exhaustiva de historias clínicas, recolección de datos.
3. Tabulación y procesamiento de datos.

RESULTADOS.-

- Se encontraron un total de 99 casos, divididos en: 73% en el Centro Oncológico Cochabamba, 12 % en el Complejo Hospitalario Viedma, 7% en el Hospital Elizabeth Seton, 5% en COSSMIL, y 3% en el Hospital Viedma.
- La distribución por sexo corresponde a un total de 54 varones (55%) y 45 mujeres (45%).
- La distribución según grupo etáreo indica: mayores de 60 años en 40%, seguido por el grupo de 51 a 60 años con 21% y el grupo de 31 a 40 con 12%.
- 69 % de los pacientes residen en el área urbana de Cochabamba, 11 % en el área rural y 20% residen en otros departamentos de Bolivia que no especifican si son urbanos o rurales.
- Motivo de consulta muestra: dolor(31%) seguido por masa palpable (34%),mas de un síntoma (9%), otros síntomas (7%) y el resto en menor numero de frecuencia (19%).
- 40% de los pacientes tuvieron un tiempo de presentación de signos y síntomas menos de 1 año, 17 % de 1 a 2 años, 5 % de 3 a 4 años, 9 % más de 5 años, y en 29 % se desconoce.
- El mayor número de pacientes fue diagnosticado inicialmente como linfoma (74%), un grupo menor como otro CA (14%) y otros menos (12%) como otra enfermedad.
- 46 % no presentan enfermedades asociadas, 8% presentan a la vez úlcera péptica, 4% HTA, 3% diabetes mellitus, 2% anemia, 21% otras patologías y en 16 % no se conoce.
- 89% no presenta antecedentes familiares relacionados a linfomas, 10% presentan antecedentes familiares de otro cáncer, y solo 1% presentó antecedente de linfoma.
- En el hemograma inicial observamos que en un gran



número de pacientes hemoglobina, leucocitos y plaquetas se encuentran dentro de parámetros normales (49, 41 y 42 casos respectivamente), el VES se encuentra aumentado en 31 casos, seguidos por disminución de hemoglobina y leucocitos (26 y 27 casos respectivamente), aumento de plaquetas (17 casos) y VES normal en 19 casos. Resaltamos que existe un número de pacientes en quienes no se realizó estos exámenes: en 15 casos no se realizó hemoglobina, en 18 no se realizó leucocitos, en 33 no se tomó recuento de plaquetas y en 49 no se realizó VES.

- La química sanguínea inicial indica: LDH, AST y ALT dentro de rangos normales en 26, 18 y 17 pacientes respectivamente, al contrario, la B-2 microglobulina se encuentra aumentada en 20 pacientes. Los datos que siguen muestran que LDH, AST Y ALT están aumentados en 12, 9 y 9 pacientes respectivamente, y la B-2 microglobulina está en valores normales en 15 pacientes. AST Y ALT se encuentran disminuidos en 3 y 4 pacientes respectivamente. Se remarca además el gran número de pacientes en los que no se realizó estos exámenes, siendo los datos los siguientes: LDH, 61 pacientes; B-2 microglobulina, 64 pacientes, AST, 69 pacientes; ALT, 73 pacientes.
- Urea, creatinina y ácido úrico se encuentran en valores normales en 12, 64 y 9 casos respectivamente, seguidos por un aumento de los mismos en 7, 4 y 9 casos respectivamente; y solo se observa 5 casos de urea disminuida. Igualmente hay un gran número de pacientes que no cuentan con estos exámenes: 75 no tiene datos de urea, 31 no tiene de creatinina y 81 no tiene datos de ácido úrico.
- El grado de malignidad es alto en un 9%, intermedio en un 37%, bajo en un 22%, y finalmente no realizados en un 32%.
- Con relación a los estudios de etapificación tenemos los siguientes resultados: POSITIVOS: 11 casos de Biopsia de médula ósea, 10 casos de RX, 23 casos de ecografía abdominal, 8 de TAC torácico, y 10 de TAC abdomen; NEGATIVOS: 15 casos de biopsia de médula ósea, 24 de RX, 32 de ecografía abdominal, 9 de TAC torácico, y 7 de TAC abdominal. Como se mencionó en anteriormente, existe un número importante de pacientes que no cuentan con estos estudios: 73 no realizaron biopsia de médula ósea, 65 no realizaron RX, 44 no tienen ecografía abdominal, 82 no realizaron TAC torácico y 82 no tienen TAC abdominal.
- 53% de los pacientes no fueron etapificados, y 47% si tienen etapificación: estadio I 2%, estadio II 18 %, estadio III 9% y estadio IV 18%.
- En 18% se realizó cirugía, en 23 % radioterapia, en 28% quimioterapia, en 26 % tratamiento combinado y otros tratamientos en 5 %.
- 35 % tuvieron su última consulta en menos de un año, 59 % en mas de un año y 6 % fallecieron.

DISCUSIÓN.-

De los 5 centros médicos de referencia 32 historias clínicas no fueron halladas en los archivos de los diferentes centros médicos quedando así una muestra de 99 casos evaluables.

La mayoría de los pacientes (73%) pertenecen al Centro Oncológico Cochabamba, estando los demás distribuidos en los centros restantes de manera proporcional. La distribución por sexo mostró un ligero predominio hacia el sexo masculino (54%) estando esto de acuerdo con la literatura. En relación a la edad la mayoría se encuentran en el grupo etáreo mayor a 60 años (41%). Existe un contraste de estos resultados con los hallados en otros países donde la incidencia de LNH en grupos más jóvenes esta en aumento debido a infección con VIH. El motivo de consulta más común fue la presencia de masa palpable en 34% de pacientes seguido de dolor en 31% de casos. Llama la atención la ausencia de síntomas tipo B (fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso) como queja principal. Esto esta en contraste con la presentación de pacientes con EH en quienes estos síntomas son más comunes. La mayoría de pacientes tuvieron un intervalo entre inicio de síntomas a diagnóstico o inicio de tratamiento mayor a 1 año (60%), posiblemente debido a retraso en consulta por diferentes motivos (cultural, económico, etc.) o a retraso en la obtención de una biopsia por el médico tratante.

74% de los pacientes tenían linfoma como diagnóstico inicial, 14 % tenían la sospecha de origen en otro primario y 12 % con patología no neoplásica.

Se observo que los estudios de etapificación estandar (biopsia de médula ósea, estudios de imagen, laboratorios) no se realizaron en un porcentaje alto de pacientes (mayor a 50% como promedio). En los pacientes con estudios realizados se encontró un nivel elevado de β_2 microglobulina en 57% de casos, nivel elevado de LDH en 31%. Se observo anemia, leucopenia y trombocitopenia en 31%, 33% 11% respectivamente. La velocidad de eritrosedimentación estaba aumentada en 62% de casos. En os pacientes con biopsia de médula ósea (26 pacientes) se encontró que 42% tenían compromiso medular. En cuanto a el tipo histológico según la clasificación de la Working Formulation se encontró que 31% no tenían un reporte histopatológico disponible para clasificación. Dentro los pacientes con reporte histopatológico disponible, el tipo histológico más común fue el LNH de grado intermedio (linfoma difuso de células B grandes) con 54% seguido de linfoma de bajo grado con 32%. Se observó una incidencia de LNH de alto grado de 13%. El estadio clínico no fue reportado en 53% de casos. De los casos reportados (47 pacientes) el estadio más frecuente fue el estadio II y el IV con 18 pacientes (38%) cada uno seguido del estadio III con 9 pacientes (19%). Solo se encontró 4% de pacientes con estadio I.



El tratamiento empleado fue variable según el estadio de la enfermedad. Se administró quimioterapia al 53% de pacientes ya sea con o sin radioterapia. No fue posible evaluar sobrevida en forma concisa pero se observó que 59% tuvo su última consulta hace más de 1 año (tomado en cuenta al 1 de enero de 2002), 35% hace menos de 1 año. Solo había 6 muertes reportadas.

RECOMENDACIONES:

La falta de ordenamiento de la información en los diferentes centros médicos fue una de nuestras mayores dificultades para la recolección de datos, por ello recomendamos mejorías en este aspecto.

Debe protocolizarse la etapificación de los pacientes con estudios básicos recomendados por la literatura. Menos del 50% de los pacientes fueron apropiadamente etapificados en nuestro estudio. Esto probablemente se debe a factores socioeconómicos.

El reporte histopatológico se realiza usando diferentes clasificaciones. Recomendamos usar la clasificación actual de la WF o la REAL por ser las dos clasificaciones empleadas para realizar decisiones terapéuticas y comparar resultados de tratamientos en el periodo actual.

El LNH es un problema de salud importante por su impacto económico en poblaciones productivas, a diferencia de otras neoplasias es un cáncer con potencial de curación completa alto. Debe establecerse un registro de cáncer hospitalario para seguimiento de esta enfermedad y su incidencia así como políticas de salud con relación a este problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. FARRERAS, Rozman. Medicina Interna. 13ª Ed, España. Clamades, SL. , c/Eduardo torrija, 16 nave 8.2880 coslada (Madrid). 1995: 1738 – 1750.
2. HARRISON, T. R. Principios de Medicina Interna. 15ª Ed, Madrid – España. Mac Graw Hill – Interamericana de España-S.A.V. 2002: 856 – 858
3. MURPHY, Gerald P. Oncología Clínica. 2ª Ed, Publicación Científica No 559 OMS. 1996: 506-526.
4. CUELLAR A, Francisco. Fundamentos de Medicina Hematología. 5ª Ed, Corporación para las Investigaciones Biológicas. Medellín-Colombia. 1998: 154 – 164.
5. Contreras Barreta Enric. :“Factores pronósticos en los linfomas no Hodgkin”. <<http://www.conganat.org/linfo.tortosa76curso/pro/tu mor.htm>>
6. Barroso, María del Carmen. : “Linfomas no Hodgkinianos primitivos de cabeza y cuello”. Página WWW.<<http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/oncología/cc.htm>>.
7. National Cancer Institute (NCI) Cancernet Database. Página WWW. <www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/cancernet.html>.
8. Dr. Espejo, Raul. “:Linfoma no Hodgkin en adultos”. Página. WWW<orbita.starmedia.com/-forobioq/art_linfoma.html>.
- 9.- VINCENT T. De Vita, SAMUEL Hellman;STEVEN A. Rosenberg :Principles y practice of Oncology . 5th. Edition. Glaxo Welcome Lippincott –Raven.

Cochabamba ciudad jardín

