



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

*"Análisis Estadístico del Comportamiento Clínico y Terapéutico del
Paciente Adulto con Linfoma en el Hospital Escuela
1979-1982"*

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Francisco Matamoros Flores

PREVIA OBTENCION AL TITULO DE:

Doctor en Medicina y Cirugía

Tegucigalpa, D. C.,

1983

Honduras, C. A.

616.994
m42
83-12



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

*Análisis Estadístico del Comportamiento Clínico y Terapéutico del
Paciente Adulto con Linfoma en el Hospital Escuela
1979-1982"*

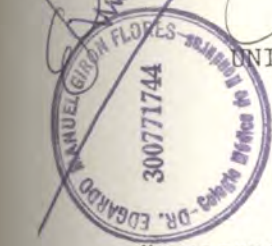
TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Francisco Matamoros Flores

PREVIA OBTENCION AL TITULO DE:

Doctor en Medicina y Cirugía



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

"ANALISIS ESTADISTICO DEL COMPORTAMIENTO CLINICO Y
TERAPEUTICO DEL PACIENTE ADULTO CON LINFOMA EN EL
HOSPITAL-ESCUELA 1979-1982".

T E S I S
PRESENTADA POR EL BACHILLER FRANCISCO MATAMOROS FLORES

PREVIA OBTENCION AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGIA.

Tegucigalpa, D.C., marzo 1983.

Honduras C.A.



J. B.:



AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS (U.N.A.H.)

RECTOR LIC.OSWALDO RAMOS SOTO

SECRETARIO
GENERAL LIC. ANGEL A. ERAZO.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO: DR.CARLOS GARCIA VELASQUEZ

SECRETARIO: DR.LINCOLN G. CASSIS

VOCALES:

DR.GUILLERMO GARCIA

LIC.DOLORES NUÑEZ

BR.JULIO COLINDRES

BR.ONIX ARITA

BR. ALICIA MEJIA

BR. LEMPIRA ALMENDARES.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DR. RICARDO BULNES

DRA. VIRGINIA DE ESPINOZA

DR. EDGARDO GIRON FLORES.

SUSTENTANTE:

FRANCISCO ANTONIO MATAMOROS FLORES.

PADRINOS:

DR. CESAR HENRIQUEZ IZAGUIRRE

DR. ADAN ZEPEDA RAUDALES

DR. CARLOS BUESO

DEDICATORIA

A DIOS :TODOPODEROSO: Que por sus preceptos me ha sabido guiar en el Camino de la Verdad y de la humildad.

A MIS PADRES: Dr.Francisco Matamoros y Eva Cristina Flores Lanza, por su abnegación y confianza.

A MI ESPOSA:Xiomara del Carmen por su comprensión y amor.

A MI HIJO: Francisco Antonio, con todo cariño.

A TODOS MIS FAMILIARES: Por el cariño que nos une.

A MIS MAESTROS: A quienes les agradezco todas sus enseñanzas en especial a la Doctora Flora Duarte, que fue la que me introdujo en el conocimiento humano del paciente y me llevó a concluir mi carrera asesorándome en este Trabajo de Tesis.

A MIS COMPAÑEROS: Con quienes compartí buenos y malos ratos en las diferentes etapas de nuestro aprendizaje.

A MIS AMIGOS EN GENERAL: Por todas las razones que nos han hecho amigos.

INTRODUCCION

No hay que esperar que el proceso de industrialización llegue para que el cáncer aparezca en los países en desarrollo, la enfermedad ya está presente en ellos y todo hace suponer que el problema del cáncer aumentará a medida que aumente la población de edad avanzada en dichos países.-Es necesario plantear ahora las correspondientes medidas de lucha.

En la actualidad se dispone de conocimientos bastante numerosos de tumores para prevenir mediante la adopción de medidas activas, la aparición de algunas de las formas más frecuentes de cáncer.

En el caso de ciertos tumores sabemos que puede transcurrir un período prolongado entre los primeros cambios celulares y la constitución de un tumor, lo que hace posible la detección temprana (prevención secundaria) mientras el cáncer puede ser todavía curado, tal es el caso de los tumores de piel, próstata, cuello de útero, por mencionar algunos ejemplos.

Está demostrado que el empleo óptimo de ciertos tratamientos como la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia presentan cura uno de cada tres enfermos de cáncer en la fase en que su enfermedad es medicamente reconocida en un país desarrollado.-Sin embargo, la gran mayoría de las personas que en todo el mundo padecen esa enfermedad, calculadas en 37 millones, no tienen acceso a dicha terapia o se la aplican demasiado tarde para que puedan ser eficaces. Durante años y años seguirán produciéndose todavía casos incurables de cáncer, cuyo proceso es con frecuencia un proceso prolongado y asociado muchas veces al dolor.-La muerte es inevitable para todos, pero la muerte con dolor puede ser evitada.-Existen medios eficaces y poco costosos para aliviar el dolor de la mayoría de esos enfermos, pero la comunidad médica no siempre conoce todos los recursos disponibles en las modalidades óptimas de aplicación.-Lo más grave es que en muchos países en desarrollo nada en absoluto se hace con esa finalidad.

Durante bastantes decenios todavía será utópico pensar, por razones económicas y de personal, que muchas de las existentes terapias de eficacia probada puedan ofrecerse a la mayoría de los enfermos de cáncer en todo el mundo.-Es necesario practicar más estudios que sirvan tanto para conocer bien la patología como de terapia de base para el tratamiento extensivo del cáncer.-Es importante disponer de terapias aunque resulten algo menos eficaces, que las ya probadas, pueden ser objeto de común aplicación en la mayoría de los países que padecen graves restricciones de personal y medios financieros.

Los programas de detección de cáncer se ejecutan en la medida en que paralelamente se hallan desarrollados los servicios de diagnóstico, tratamiento y asistencia ulterior.

Los buenos resultados obtenidos con la quimioterapia en las hemopatías malignas avanzadas, unidos a la relación entre la citotoxicidad (capacidad de ejercer un efecto tóxico específico en las células de ciertos órganos) y el número de células cancerosas, hicieron suponer a cierto número de investigadores que también podría resultar eficaz la quimioterapia en los pacientes muy expuestos a residivas postoperatorias.-Esta hipótesis ha quedado confirmada en cierto número de cánceres.-En doce tipos de cánceres es posible curar un número respetable de casos avanzados.

En este grupo de tumores figuran el coriocarcinoma, la leucemia linfocítica aguda de los niños, la enfermedad de Hodgkin, diversos linfomas los carcinomas testiculares y ováricos, el tumor de Wilms, la leucemia mielógena aguda, el rabdimiosarcoma embrionario y el sarcoma de Ewing. La quimioterapia permite curar por término medio un tercio de estos casos; desgraciadamente este grupo representa menos del 10% de todos los cánceres.

Aproximadamente el 40% de todos los casos nuevos de cáncer que se registran anualmente son cánceres avanzados en los que una fracción no identificable de pacientes responden a la quimioterapia y pueden tener una supervivencia prolongada.

Debido a los efectos secundarios intolerables de la quimioterapia es importante identificar a los pacientes o grupos de pacientes que responden a la quimioterapia; según el Instituto Nacional del Cáncer de la U.J.A., la mayoría de los pacientes propuestos apenas se benefi-

cion y en cambio, sufren gran parte de efectos secundarios, no es por éso de extrañar la actitud negativa del paciente a la quimioterapia; lo que importa no es generalizar la aplicación de tratamientos ya conocidos, sino de mejorarlos.
(Revisión 5,6,7)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En forma insistente organismos internacionales serios como la OMS, incitan a los países de América Latina a realizar estudios sobre los neoplasmas malignos en sus países.

Estudios recientes sobre el cáncer en general y de los linfomas en particular como el realizado por Humberto Toslani y Rodolfo Brumini de Brasil, señalan un patrón de frecuencia histológica distinta de los reportes Europeos y Norteamericanos.

El Hospital Escuela carece en la actualidad de un estudio completo de linfomas, de sus diferentes formas de presentación clínica y los resultados terapéuticos de los distintos protocolos empleados, planteándose como una necesidad inmediata determinar el grado de eficacia de éstos.

Reportes de países como México, señalan con frecuencia que el paciente latinoamericano con linfoma no tolera los regimenes terapéuticos propuestos por países como los Estados Unidos.

Este trabajo pretende hacer una revisión estadística confiable sobre los linfomas ya sea del tipo no Hodgkin y la Enfermedad de Hodgkin de una manera práctica y objetiva, que pueda servir como guía - y de ser posible con fines didácticos de los que se hace con los linfomas en el Hospital Escuela en lo referente a su clasificación, comportamiento clínico, tratamiento y poder determinar su sobre-vida. Este estudio pretende lo siguiente:

1-Analizar estadísticamente todos los expedientes clínicos con diagnósticos de linfoma en sus diferentes tipos desde el momento que funciona en el Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Escuela.

- 2-Hacer un estudio exhaustivo de los linfomas en relación a su presentación, tipos histológicos y comportamiento clínico.
- 3-Evaluar la eficacia de los protocolos terapéuticos empleados.

MARCO TEORICO

A) DEFINICION DE TERMINOS

CANCER : Es el nombre más común para todas las neoplasias malignas .-Los calificativos maligno y benigno, según se aplican las neoplasias, tienen deducciones clínicas:

Benigno significa que la lesión no amenaza la vida, es de crecimiento comparativamente lento, no se diseminará por el cuerpo (no dará metástasis) y es susceptible a extirpación, con cura del paciente; es raro que cause muerte, y en este caso es por virtud de su sitio estratégico o su función.-Por ejemplo, una neoplasia benigna que obstruya el colédoco o elabore suficiente insulina para causar hipoglicemia mortal pudiera no ser muy benigna.-En cambio, todas las neoplasias malignas tienen las potencialidades desagradables de crecimiento rápido, invasión y destrucción de tejidos adyacentes y diseminación en todo el cuerpo, que origina la muerte.

En términos generales, todas las neoplasias benignas están bien diferenciadas, pero las malignas varían desde las bien diferenciadas hasta las que consisten en células indiferenciadas, anárquicas, de aspecto primitivo.

TUMOR: Es sinónimo de neoplasia la cual se definirá según Wills-(8): "Una neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede del de los tejidos normales y que no está coordinada con estos mismos y que persiste en la misma manera excesiva después de cesar el estímulo que desencadenó el cambio".-.-A esto se puede agregar según Robbins (9) que la masa anormal carece de finalidad, hace presa del huésped y prácticamente autónoma al control bioló-

gico de los tejidos normales (aunque dependa de la circulación, oxígeno, etc)

ENFERMEDADES LINFOPROLIFERATIVAS Comprende una variedad de desórdenes proliferativos localizados o sistémicos talvez neoplásicos, precursores o derivados.-La categoría de desórdenes linfoproliferativos de los linfocitos pueden ser brevemente definidos como siguen:

1.-LINFOMAS MALIGNOS (LINFOMAS NO HODGKIN) Tiene la forma de lesiones tumorales compuestas principalmente de tipo celulares linfocíticos y raramente del tipo histiocítico que nacen en el tejido linfoide en cualquier parte del cuerpo, más comunmente dentro de los ganglios linfáticos.

2.-ENFERMEDAD DE HODGKIN: Es colocada aparte del linfoma no Hodgkin debido a que las múltiples variantes tienen una imagen morfológica distintiva unificante, las cuales son células gigantes de Reed Sternberg, además de tener comportamientos variables de linfocitos y los Histiocitos.

B) CONSIDERACIONES GENERALES Y CLASIFICACION

1.-LINFOMAS MALIGNOS (NO HODGKIN): A menos que la enfermedad se refiera como enfermedad de Hodgkin en el término linfoma maligno se refiere al término de linfoma no Hodgkin.-Se puede apreciar que el término linfoma es algunas veces equivocado, puede que estos desórdenes son mortales a menos que sean erradicados o controlados con la terapéutica apropiada.-En el pasado el término linfosarcoma fue aplicado a algunos de estos desórdenes.

Sin embargo, mientras este término revela la naturaleza cancerosa de estos desórdenes, este ha sido aplicado a muchas lesiones por varios autores que ha perdido su significado específico.-Aunque hablemos de linfoma no Hodgkin persisten dudas acerca de su precisa naturaleza. ¿Son linfoproliferaciones no controladas causadas por infecciones virales latentes del tejido linfoide?.

El linfoma de Burkitt africano, una forma de linfoma no Hodgkin, hay buena incidencia de que este es causado por el virus Spsten-Baar.

Sin embargo, aún aquí hay falta de una prueba definitiva de asociación viral y no hay evidencia de una asociación viral con las muchas otras formas de linfoma no Hodgkin.-Una elevada incidencia de linfomas no Hodgkin, se encuentra en pacientes con alteración inmunológica, de tal manera que se postula que algunos desarreglos en la inmunorregulación pueden permitir la transición de una lesión reactiva a una linfoproliferación descontrolada.

CLASIFICACIÓN :Existe mucha controversia y no hay un patron uniformemente aceptado a nivel mundial sobre la clasificación - a usar para los linfomas; algunos usan el criterio estrictamente morfológico, otros usan el criterio morfológico combinado con criterios funcionales como inmunoreceptores y contenido enzimático celular; aún más, hay interpretaciones histogenéticas de los tipos celulares.

Discutiremos dos clasificaciones para los linfomas no Hodgkin - más en boga en Estados Unidos y son: a) La clasificación de Lukes-Collins y b) La de Rappaport.

a) La clasificación de Lukes -Collins tiene clasificados los linfomas no Hodgkin basados en los orígenes de los linfocitos B ó T.-Esta clasificación propone que los linfomas se desarrollan a través de un bloqueo o depresión en la transformación, ya sea en linfocitos B ó T ; se establecen correlaciones entre los patrones citológicos en los nódulos linfomatosos y aquellos evocados por estímulo antigenico o estimulación mitógena de los linfocitos Dicha clasificación se desglosa así:

CELULA B

- 1-Linfocito pequeño (célula B).
- 2-Linfocito plasmocitoide
- 3-Célula central folicular (fcc)
 - a) Hendidura pequeña
 - b) Hendidura grande
 - c) Pequeño no hendido

d) Grande no hendido.

4.-Sarcoma inmunoblástico (Célula B).

CELULA T

1.-Síndrome SEZARY-MICOSIS FUNGOLAES

2.-Linfocito convuluto.

3.-Sarcoma inmunoblástico (célula T).

HISTIOCITOS

TIPO CELULAR NO DEFINIDO

No ha sido posible hasta el momento recolectar suficientes datos para correlacionar las categorías de linfomas de Luke-Collins con el pronóstico a largo plazo del paciente.

b) La clasificación de Rappaport propuesta en 1966 y subsecuentamente modificada en 1978, se basa en dos criterios:

- 1-La característica citológica de la célula linfomatosa en coloraciones más o menos rutinarias.
- 2-La separación de los linfomas en dos patrones de crecimiento, una forma nodular en la cual la célula linfomatosa son agregados a los nódulos identificables dentro del nódulo linfático y una forma difusa en la cual la célula se multiplica y borra la arquitectura subyacente.

Clasificación de Rappaport de los linfomas no Hodgkin:

LINFOMA NODULAR (FOLICULAR)

- 1- Linfocítico pobremente diferenciado
- 2-Células mixtas
- 3-"Histiocítico"

LINFOMA DIFUSO

- 1-.-Linfocítico bien diferenciado
- 2- Linfocítico pobremente diferenciado
- 3- Linfoblástico
- 4- Convuluto
- 5- No convuluto
- 6"Histiocítico"
- 7-Tipo Burkitt
- 8-Indiferenciado (Tipo no Burkitt)

A pesar de la terapia intensiva casi 2/3 de estos pacientes mueren

dentro de los cuatro años de su enfermedad.

En el análisis de una serie de casos por Rappaport 90-95 de los linfomas nodulares fueron lesiones linfocíticas pobremente diferenciadas.-Numerosos estudios usando la clasificación de Rappaport confirman que el patrón nodular tiene mejor pronóstico que el patrón difuso.-La sobre vida mediana en meses para todo tipo de linfoma nodular fue aproximadamente de 67 meses comparada con la sobrevida mediana para los pacientes con lesiones difusas que fue de ocho meses.

Estas diferencias tiene un gran significado pronóstico como lo indican los siguientes ejemplos: aproximadamente 60-70 de los pacientes con linfoma nodular linfocítico pobremente diferenciado sobreviven a los cinco años comparado con 15-20% de los linfomas de células mixtas.-Similarmente 70-80% de los pacientes con linfomas difusos bien diferenciado sobreviven cinco años y solamente 30% de aquellos con linfoma difuso pobremente diferenciado tienen una sobrevida comparable.-De esto se deduce que sin lugar a dudas un diagnóstico preciso es importante, y el uso de métodos inmunohistoquímicos, cuando es posible, agrega una nueva dimensión a la difícil arca del diagnóstico morfológico.

A diferencia de la enfermedad de Hodgkin, los linfomas no Hodgkin son impredecibles y erráticos en su diseminación, en estos casos la radiación sólo puede ser usada en los estadios tempranos de la enfermedad, pero en los estadios tardíos la combinación de radiación y quimioterapia es generalmente empleada.

(Revisión 1,3).

- 2- ENFERMEDAD DE HODGKIN: La enfermedad de Hodgkin ha sido separada de los linfomas no Hodgkin debido a muchas razones; la primera es que son morfológicamente distintos; la enfermedad de Hodgkin casi invariablemente nace en los ganglios linfáticos y su diseminación nodal es hacia su contiguidad, de una cadena de ganglios linfáticos al grupo adyacente.-Segundo que virtualmente casi nunca tiene un componente leucémico, y finalmente, hay todavía algunas preguntas de si la enfermedad de Hodgkin es un desorden neoplásico o inflamatorio en su origen.-El denominador común de todas las formas de Enfermedad

de Hodgkin es la presencia de una célula tumoral gigante distintiva, conocida como la célula de Reed-Sternberg (RS).

Sin embargo, Lukes et al (9) han reportado células como las de R-S en mononucleosis y Rappaport y sus colegas (9) han observado células que se parecen a las células de R-S en cánceres de tejidos sólidos, micosis fungoides, linfomas y en otras condiciones también (9).

De esto se deduce que un diagnóstico definitivo de la enfermedad de Hodgkin no puede ser establecido en ausencia de las células de Reed-Sternberg (R-S), pero que el diagnóstico depende del cuadro histológico total.

CLASIFICACION : En la Enfermedad de Hodgkin existe a diferencia de los linfomas no Hodgkin una sola clasificación, bien caracterizada y casi de aceptación universal: la clasificación de RYE (12).-Cuatro patrones distintivos han sido definidos, que varían en su gravedad, correlacionada con la abundancia de linfocitos en cada variante.-Hay evidencia convincente de que cuanto mayor sea el número de linfocitos, más favorable será el pronóstico.-Parecerá que estas células representan una respuesta defensiva del huesped a la enfermedad.

CLASIFICACION HISTOLITICA DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (CONFERENCIA DE RYE).

Tipo	Célula de Reed-Sternberg	Linfocitos	Bandas de fibrosis Colágeno	Difusa	Hosinof	Cell Plasm	% EH	So Vi
1) Predominante linfocitos	raras	+-++++	0	0	0	0	10	90
2) Celularidad Mixta	+++	+-+++	0	++	++	+	35-60	70
3) Depleción Linfocítica							5-10	20
a) Fibrocis Difusa	+-++	0	0	+++++	+	+		
b) Reticular	+-+++	+	0	+	++	+		
c) Esclerosis Ndular	++	+-+++	+-++++	+	+	+	35-60	50

Con la excepción de la esclerosis nodular los otros patrones de la enfermedad de Hodgkin pueden cambiar de una forma más favorable a una forma menos favorable, las transiciones son siempre en la dirección de una variante más agresiva, nunca al revés.

ETIOLOGIA Y PATOGENESIS.-En los Estados Unidos, la enfermedad de Hodgkin tiene una característica binodal en la curva edad-incidencia con un pequeño pico de los 15-34 años y un pico mayor a los 50 años de edad en adelante.-Esta forma de enfermedad aparece en forma menos común en el Sur de los Estados Unidos que en los Estados del Norte, y es menos común en USA que en ciertos estados europeos y muy raro en Japón (7) Para cualquier grupo de edad, Hodgkin es más común entre hombres aunque la relación hombre-mujer para el grupo de edad de 15-30 años es significativamente menor que para los pacientes de 50 años y más.

Sin embargo, entre los niños de 5-11 años de edad hay una elevada preponderancia en el varón; aún más, la enfermedad de Hodgkin en niños menores de 15 años es mucho más común en países subdesarrollados que en los desarrollados, destacándose la posibilidad de transmisión por un agente infeccioso. En estos países se observa una inusualmente elevada frecuencia de celularidad mixta y patrones de deploción linfocítica (2,4).

Actualmente está bien establecido que los pacientes con enfermedad de Hodgkin tienen una Anergia cutánea de Células T a una variedad de antígenos, aún en los estadios más tempranos de la enfermedad.

ESTADIOS CLINICOS DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN :El sistema ampliamente usado para determinar el estadio clínico de la enfermedad de Hodgkin fue elaborado en el simposium de ANN-ARBOR en 1971 y es referido como la clasificación de Ann Arbor.

ESTUDIOS CLINICOS DEL LINFOMA DE HODGKIN Y NO HODGKIN

(CLASIFICACION DE ANN ARBOR)

Estadio

Distribución de la Enfermedad

I

Compromiso de una sola región de ganglios linfáticos o compromiso de un solo órgano extralinfático

<u>Estadio</u>	<u>Distribución de la Enfermedad</u>
II	Compromiso de dos o más regiones de ganglios linfáticos con el mismo lado del diafragma solamente (II) o compromiso limitado de órganos o tejidos extralinfáticos contiguos (II _E).
III	Compromiso de regiones de ganglios linfáticos a ambos lados del diafragma (III), la cual puede incluir el bazo (III _S) y/o limitado a un órgano o sitio extralinfáticos contiguo (III _E , III _{ES}).
IV	Múltiples o diseminados focos de compromiso de uno o mas órganos o tejido extralinfáticos con o sin compromiso ganglionar.

Rígurosos protocolos han sido establecidos para determinar la extensión de diseminación del linfoma dentro del paciente, y se incluyen:

- 1.-Meticuloso examen físico con atención particular a todos los ganglios linfáticos, hígado y bazo.
- 2- Estudio de la sangre por una posible presencia de leucemia.
- 3-Linfograma bipedal para visualizar el posible compromiso de los ganglios ilíacos y paraórticos.
- 4-Laparoscoia y laparotomía para estudiar posible compromiso esplénico y hepático.

Simultáneamente se hace la esplenectomía y se toman biopsias de ambos lóbulos del hígado y también de la médula ósea, con este método cerca de 1/3 de los casos el material obtenido por laparotomía altera la opinión previa acerca de la extensión de la enfermedad.

Como era de esperar, la mayor parte de los pacientes con enfermedad de predominio linfocítico son primero diagnosticados en estadios clínicos I_A ó II_A, mientras que aquellos con deploción lin-

focítica son mas ubicados en estados III_B ó IV_B.-Los patrones de celularidad mixta caen en medio de estos extremos.-Con la esclerosis nodular la gran mayoría de individuos están en estadios clínicos I_A,II_A, pero ocasionalmente caen dentro de II_B ó III_B y muy raramente en IV_B.

Es imposible expresar, a esas alturas, el pronóstico para las varias formas de enfermedad de Hodgkin, debido a las efectivas modos de terapia rápidamente cambiantes.-Radiación intensiva con alto voltaje a los ganglios involucrados y algunas veces a todos los nódulos a través del cuerpo, ocasionalmente acoplados con quimioterapia ha llevado a tasas de supervivencia de 80% a cinco años y 62% a 10 años con series consecutivas de pacientes en todos los estadios clínicos y con todos los patrones morfológicos. Revisión (1,5,11).

C MUESTRA

Nuestra muestra comprende todos los expedientes clínicos con diagnóstico de linfoma de Hodgkin y los no Hodgkin desde 1979 a 1982 registrados en los archivos del Hospital Escuela, comprendiendo ambos sexos y cuyas edades sean mayores de 14 años.-Se ha escogido este tiempo ya que en esta época se forma el Servicio de Hematología-Oncológica y por ende la información tiene mayor valor estadístico.

D) METODOLOGIA

Para los fines del estudio se elaboró una ficha estadística (ver apéndice) la cual comprende nombre, el número del expediente, edad, sexo, procedencia, fecha de diagnóstico, número y tipo de biopsia, diagnóstico histopatológico, al igual que consigna evolución del paciente, complicaciones después del tratamiento y su toxicidad la cual se medirá según la tabla de la W.H.O. (recomendaciones para determinar el grado de los efectos agudos y subagudos) (Ver apéndice).- También dicha ficha valorará el grado del estado general del paciente según la escala de Karnosky (ver apéndice).-Nuestra ficha nos sirve para determinar los cambios objetivos encontrados en lo que respecta al tratamiento anti-tumoral como ser: a) remisión de la masa tumoral b) ciclos recibidos.-También nos sirve para valorar el grado de aceptación del paciente al tratamiento, su tolerancia, y asimismo determinar la secuencia de los síntomas y signos como también los efectos in-

deseables, más frecuentes en nuestro medio.

Haciendo revisión no se encuentra ningún estudio comparativo similar en nuestro medio, por lo que esta investigación es de tipo descriptivo longitudinal retrospectivo.

HIPOTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

A) HIPOTESIS

- 1- El tipo histopatológico del linfoma en Honduras es igual al del resto del mundo.
- 2- El linfoma en nuestro medio es mas frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 3:1.
- 3- El linfoma en nuestro medio es una patología con mayor frecuencia de un nivel socio-económico bajo.
- 4- La incidencia de complicaciones del linfoma es igual a las reportadas en la literatura mundial.
- 5- La aceptación del tratamiento anti-tumoral por el paciente hondureño es igual al paciente de países desarrollados.
- 6.-Los síntomas y signos en su aparición y secuencia son diferentes a los reportados en la literatura mundial.
- 7- La sobrevivida del paciente con linfoma en nuestro medio es menor a la del paciente de los países desarrollados.

B-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

a) Generales:

- 1-Aportar información estadística altamente confiable del enfoque-clínico y terapéutico del linfoma en el Hospital Escuela.
- 2-Destacar la importancia de esta patología maligna en nuestra población.
- 3-Motivar a los organismos correspondientes sobre la necesidad de organizar a nivel nacional un registro del cáncer y en especial del linfoma para unificar datos que puedan ser usados posteriormente para fines de investigación..

b) Específicos:

- 1-Determinar la frecuencia de los distintos tipos histopatológicos de linfomas en la población adulta (mayor de 14 años) - del Hospital Escuela.
- 2-Determinar la edad y el sexo más afectados según el tipo de linfoma y establecer correlación con los linfomas a nivel mundial.
- 3-Determinar si constituye una forma específica de linfoma un problema importante de salud para la población en general o para un subgrupo en particular.
- 4-Determinar la frecuencia de complicaciones asociadas a linfomas en el Hospital Escuela correlacionados con la información a nivel mundial.
- 5-Establecer parámetros de comparación entre la patología maligna por linfomas en el Hospital Escuela con la encontrada en otros países.
- 6.-Determinar la sobrevivida por linfoma en el Hospital Escuela según el estadio clínico del ingreso y el protocolo terapéutico empleado .
- 7-Determinar la frecuencia de las características clínicas con que se presentan los pacientes al servicio de Hematología-Oncológica del Hospital Escuela.
- 8-De ser posible, hacer un estudio correlativo entre el protocolo terapéutico empleado a nivel mundial y el nuestro.
- 9- Detallar si existen, los factores predisponentes al desarrollo del linfoma.
- 10-Especificar las complicaciones médicas mas frecuentes asociadas con la terapéutica antitumoral en este grupo de pacientes.
- 11-Determinar la frecuencia y el tiempo de las recaídas asociadas a la terapéutica anti-tumoral.
- 12-Evaluar la aceptación o rechazo del paciente al tratamiento antitumoral.

VARIABLES DEL ESTUDIO

1.-Independientes:

- a) Linfoma no Hodgkin.
- b) Linfoma de Hodgkin.

2.-Dependientes

- a) Edad.
- b) Sexo
- c) Tipos Histológicos (Histopatológico)
- d) Procedencia
- e) Síntomas y signos
- f) Efectos tóxicos.
- g) Complicaciones.
- h) Estado general según escala de Karnoshy
- i) Tolerancia terapéutica
- j) Supervivencia

EDAD / LINFOMAS

CUADRO # 1

EDAD	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
14-20	9	28.13	8	16.67
21-25	4	12.50	4	8.33
26-30	3	9.38	3	6.25
31-35	4	12.50	2	4.17
36-40	3	9.38	0	0
41-45	3	9.38	3	6.25
46-50	1	3.13	6	12.50
51-55	0		2	4.17
56-60	2	6.25	3	6.25
61 -	3	9.38	17	35.42
TOTAL	32	100.00	48	100

*Diagnóstico Clínico SEXO / LINFOMA

CUADRO # 2

SEXO	L. HODGKIN	%	L. NO HODKING	%	TOTAL
FEMENINO	10	31.25	15	31.25	10 y 15
MASCULINO	22	68.75	33	68.75%	22 y 33.

CUADRO # 3 (Procedencia) / (Linfoma)

LINFOMAS	URBANO	%	RURAL	%
HODGKIN	17	53.13	15	46.88
TOTAL	17		15	32
NO HODGKIN	23		23	
TOTAL	23	47.92	23	47.92

NOTA: 1 Sin Procedencia 2% =4.17

1 Expediente inconcluso =2%

EDAD X SEXO

CUADRO 4

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
14-20	11	20.00	6	24.00
21-25	5	9.09	1	4.00
26-30	4	7.27	4	16.00
31-35	5	9.09	1	4.00
36-40	2	3.64	1	4.00
41-45	5	9.09	1	4.00
46-50	6	10.91	1	4.00
51-55	1	1.82	1	4.00
56-60	4	7.27	1	4.00
61	12	21.82	8	32.00
TOTAL	55	100.00%	25	100.00

METODO DE DIAGNOSTICO POR LINFOMAS

CUADRO No.5,

METODO DE DIAGNOSTICO	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODKING	%
1o. Biopsia	17	32.69	25	32.47
Biopsia + de 1	15	28.85	20	25.97
M.O.	20	38.46	29	37.66
Otros	0		3	3.90
Total	52	100	77	100

TIPO HISTOPATOLOGICO/LINFOMA

NO HODGKIN

CUADRO 6

TIPO HISTOPATOLOGICO	LINFOMA NO HODGKIN	%
NODULAR	18	100
a) Linfocítico pobremente diferenciado	13	72.22
b) Celular Mixto	1	5.56
c) Histocítico	4	22.22
DIFUSO	28	100
a) Linfocítico bien diferenciado	2	7.14
b) Linfocítico pobremente definido	11	39.29
c) linfoblástico	2	7.14
d) Convoluto		
e) No convoluto		
f) "Histiocítico"	8	28.57
g) Tipo Burkitt	2	7.14
h) Indiferenciado		
i) Tipo no Burkitt	4	14.29
j) Micosis Fungoide	2	7.14

TIPO HISTOPATOLOGICO /LINFOMA HODGKIN

Cuadro # 7

TIPO HISTOPATOLOGICO	LINFOMA HODGKIN	%
Predominante linfocítico	4	12.90
Celularidad Mixta	25	80.65
Depleción Linfocitaria	3	9.37
Esclerosis Nodular		
TOTAL	32	100

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD / LINFOMA
 ANTES DEL DIAGNOSTICO

CUADRO # 8

TIEMPO AÑOS	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
+ de 1	20	62.50	25	52.08
1-3	5	15.63	11	22.92
+ de 3	3	9.38	6	12.50
N.C.	4	12.50	6	12.50
TOTAL	32	100	48	100

SINTOMAS Y SIGNOS

CUADRO 9

SINTOMAS Y SIGNOS	LINFOMAS		HODGKIN	%
	NO HODGKIN	%		
ADENOPATIAS	39	26.71	29	25.44
FIEBRE	25	17.12	23	20.18
PRURITO	4	2.74	1	0.88
HEPATOMEGALIA	6	4.11	4	3.51
ESPLENOMEGALIA	10	6.85	5	4.39
ASTENIA Y ADINAMIA	16	10.96	18	15.79
PERDIDA DE PESO	21	14.38	21	18.42
EDEMA FACIAL	3	2.05	2	1.75
DISFAGIA	6	4.11	3	2.63
NEURALGIAS				
PIGMENTACION DE LA PIEL				
DISNEA	3	2.05	1	0.88
OTROS	13	8.90	7	6.14
TOTAL	146	100	114	100

ESTADO NUTRICIONAL / LINFOMA

CUADRO 10

TIPO	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
BUENO	2	6.25	2	4.17
REGULAR	9	28.13	26	54.17
MALA	9	28.13	10	20.83
N.C.	12	37.50	10	20.83
TOTAL	32	100	48	100

CADENA GANGLIONAR / LINFOMA

CUADRO 11

CADENA GANGLIONAR AFECTADA	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
CERVICAL	19	70.37	30	40
AXILAR	9	24.32	17	22
INGUINAL	6	16.22	17	22
OTROS	3	8.11	10	13
TOTAL	37	100	74	100

Otros: Supraclavicular, Paraxilar, Mediastinal

ORGANOS COMPROMETIDOS / LINFOMA

CUADRO # 12

ORGANO	LINFOMA			%
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	
HIGADO	4	10.81	3	5.66
INTESTINO			1	1.89
M.O.	4	10.81	5	9.43
S.N.C.			1	1.89
CORAZON				
OTROS	10	27.00	13	24.53
NINGUNO	19	51.35	30	56.60
TOTAL	37	100	53	100

OTROS: Pulmones, Bazo, estómago, varios .

SNC: Meningitis linfomatosa en Burkitt.

ESTADOS PATOLOGICOS ASOCIADOS /LINFOMA

CUADRO No.13

TIPO	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
HIPERTENSION	0		3	5,66
CARDIOPATIA	2	6,06	7	13,21
RESPIRATORIO	5	15.15	12	22.64
HEPATOPATIA	1	3.03	1	1,89
OTROS	5	15.15	8	15.09
NINGUNO	20	60.61	22	1.51
TOTAL	33	100	53	100

OTROS: Anemia ,Síndrome Pilórico, Dermatológicos, Diabetes, Alteraciones intestinales.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS / LINFOMA
Y CIRUGIA CLASIFICADORA

CUADRO # 14

TIPO	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
SERIE METASTASICA	0		2	2,78
PIELOGRAMA	17	28,33	19	26,39
RX DE TORAX	28	46,67	38	52,78
S.G.D.	1	1,67	6	8,33
CIRUGIA CLASIFICADORA	12	20,00	4	5,56
OTROS			1	1,39
NINGUNO	2	3,33	2	2,78
TOTAL	60	100	72	100

OTROS: Enema Baritado,

TERAPEUTICA / LINFOMAS

CUADRO 15

TIPO DE TERAPEUTICA	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
QUIMIOTERAPIA	22	61,11	36	64,29
RADIOTERAPIA	7	19,44	10	17,86
NINGUNA	7	19,44	10	17,86
TOTAL	36	100	56	100

QUIMIOTERAPIA (PROTOCOLO) / LINFOMA

CUADRO 16

TIPO DE PROTOCOLO	LINFOMA			
	NO HODGKIN	%	HODGKIN	%
CHOP	17	34.69	18	50.00
COP	18	36.73	4	11.11
CHOP + B	2	4.08	1	2.78
MOOP			3	6.12
SIN PROTOCOLO	12	24.49	10	27.78
TOTAL	49	100	36	100

EFECTO TOXICO DEL TRATAMIENTO /LINFOMA

CUADRO # 17

FORMA	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
SI	8	25.00	13	27.08
NO	11	34.38	19	39.58
N.C.	13	40.63	16	33.33
TOTAL	32	100	48	100

EFFECTO TOXICO SEGUN PARAMETRO DE LABORATORIO
(W.H.O.)

CUADRO No.18

	HEMATOLOGICO					QUIMICA SANGUINEA					RENALES					HEPATICOS									
	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	
LINFOMAS	0																								
HODGKIN	16					50.00	5					15.63	3							2					6.25
		5				15.63			6						3										9.38
			4			12.50				11							2								6.25
				2		6.25																	2		6.25
					1	3.13																			
N.C.	4					12.50		22				68.75	6							17					53.13
TOTAL			32			100	32					100	32							32					100
NO HODGKIN	27					56.25	1					8.33	7												14.58
		12				25.00		3				2.08	1												4.17
			2			4.17						6.25		12						1					2.08
				0		4.17				10													7		14.58
					6	8.33						14.50											9		18.75
NC	1					2.08		31				64.58	9							22					45.83

QUIMIOTERAPIA (PROTOCOLO) / LINFOMA

CUADRO 16

TIPO DE PROTOCOLO	LINFOMA			
	NO HODGKIN	%	HODGKIN	%
CHOP	17	34.69	18	50.00
COP	18	36.73	4	11.11
CHOP + B	2	4.08	1	2.78
MOOP			3	6.12
SIN PROTOCOLO	12	24.49	10	27.78
TOTAL	49	100	36	100

EFECTO TOXICO DEL TRATAMIENTO /LINFOMA

CUADRO # 17

FORMA	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
SI	8	25.00	13	27.08
NO	11	34.38	19	39.58
N.C.	13	40.63	16	33.33
TOTAL	32	100	48	100

EFFECTO TOXICO SEGUN PARAMETRO DE LABORATORIO
(W.H.O.)

CUADRO No. 18

LINFOMAS	HEMATOLOGICO					QUIMICA SANGUINEA					RENALES					HEPATICOS																															
	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%																							
HODGKIN	16					50.00	5					15.63	3					9.38	2					18.75	6					6.25						9.38											
	5		4			15.63							6					18.75		3				34.38			2			6.25																	
				2		6.25												3.13				1								3.13				2													
					1	3.13						5						15.63																													
N.C.	4					12.50	22					68.75	6					18.75			17									53.13																	
TOTAL			32			100	32					100	32					100	32					100	32					100	32																
NO HODGKIN	27					56.25	1					8.33	7					14.58	7					12.08	2					4.17						4.17						2.08					
	12		2			25.00	3					2.08	1					25.00		1				20.83						2.08						2.08											
				0		4.17						6.25						20.83						20.83						2.08						2.08											
					6	8.33						14.50						9.18						9.18						9.18						18.75											
NC	1					2.08	31					64.58	9					18.75	22					18.75	22					45.83																	

QUIMIOTERAPIA (PROTOCOLO) / LINFOMA

CUADRO 16

TIPO DE PROTOCOLO	LINFOMA			
	NO HODGKIN	%	HODGKIN	%
CHOP	17	34.69	18	50.00
COP	18	36.73	4	11.11
CHOP + B	2	4.08	1	2.78
MOOP			3	6.12
SIN PROTOCOLO	12	24.49	10	27.78
TOTAL	49	100	36	100

EFEECTO TOXICO DEL TRATAMIENTO /LINFOMA

CUADRO # 17

FORMA	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
SI	8	25.00	13	27.08
NO	11	34.38	19	39.58
N.C.	13	40.63	16	33.33
TOTAL	32	100	48	100

EFFECTO TOXICO SEGUN PARAMETRO DE LABORATORIO
(W.H.O.)

CUADRO No.18

	HEMATOLOGICO					QUIMICA SANGUINEA					RENALES					HEPATICOS									
	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	0	I	II	III	IV	%	
LINFOMAS																									
HODGKIN	16					50.00	5					15.63	3							2					6.25
		5				15.63			6					3							3				9.38
			4			12.50				11											2				6.25
				2		6.25					1												2		6.25
N.C.					1	3.13						5													
	4					12.50		22				68.75	6								17				53.13
TOTAL			32			100		32				100									32				100
NO HODGKIN	27					56.25	1					8.33	7												14.58
		12				25.00	3					2.08	1								2				4.17
			2			4.17		2				6.25	12								1				2.08
				0		4.17				10												7			14.58
					6	8.33					9												9		18.75
NC	1					2.08		31				64.58	9								22				45.83

COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE CON
RELACION A LA ACEPTACION DEL TRATAMIENTO

CUADRO 19

FORMA	HODGKIN	LINFOMA		%
		%	NO HODGKIN	
REGULAR	15	46.88	22	45.83
IRREGULAR	6	18.75	11	22.92
NC	11	34.38	15.	31.25
TOTAL	32	100	48	100

RESPUESTA AL TRATAMIENTO SEGUN EL ESTADO FUNCIONAL POR EL INDICE DE KORNOSKY

CUADRO # 20

GRADO	LINFOMA			
	HODGKIN	%	NO HODGKIN	%
100	1	3.13		
90	6	18.75	4	8.33
80	9	28.13	15	31.25
70	3	9.38	7	14.58
60			3	6.25
50				
40			2	4.17
30	1	3.13	1	2.08
20			3	6.25
10				
0	3	9.38	5	10.42
NC	9	28.13	8	16.67
TOTAL	32	100	48	100

CUADRO 21

% de Reducción	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
50	2	6.25	8	16.67
100	7	21.88	16	33.33
N.C.	23	71.88	24	50.00
TOTAL	32	100	48	100.

TIEMPO DE TRATAMIENTO CALCULADO
(1 Ciclo x mes)

CUADRO # 22

TIEMPO EN MESES	LINFOMA		NO HODGKIN	%
	HODGKIN	%		
1	2	6.25	5	10.42
2	2	6.25	3	6.25
3			3	6.25
4			1.	2.08
5	4	12.50	1	2.08
6				
7	1	3.13	5	2.08
8	4	12.50	1	2.08
9	1	3.13	5	10.42
10	1	3.13	2	4.17
11			1	2.08
12			1	2.08
13	2	6.25		
14				
15				
16	1.	3.13	1	2.08
17				
18			2	4.17
+de 18	4	12.50	5	10.42
TOTAL	32	100	48	100

CONCLUSIONES

De los resultados anteriormente tabulados concluimos diferentes aspectos de como se comportó los diferentes tipos de linfomas no Hodgkin y Hodgkin con relación a lo reportado en la literatura mundial, como también los diferentes variantes encontrados en lo que respecta a la patología en nuestro medio, así como también los diferentes enfoques terapéuticos limitaciones encontradas tanto en la recolección de datos en los expedientes como en la difícil obtención de un protocolo terapéutico de elección.-Es así que se detalla por separado cada cuadro.

Cuadro # 1 .-Edad-Linfomas: Como Uds. podrán notar para el linfoma de Hodgkin la mayor incidencia se encuentra en las edades comprendidas - de 14-35 años y para los linfomas no Hodgkin es en las edades de 50 mayor.-Correspondiendo a lo reportado inmediatamente.

Cuadro # 2.- Sexo-Linfoma: Aquí la incidencia por sexo tanto para los diferentes tipos de linfomas es una relación de 2.2:1 para el sexo masculino con relación al femenino.

Cuadro # 3. Procedencia-Linfoma: Como se puede ver no hay una predisposición significativa por un grupo de población en general por lo que se concluye que no hay factor económico predisponente.

Cuadro # 4 .-Edad-Sexo: Aquí se conserva el predominio de la incidencia en ambos estudios de la curva. Para los linfomas no Hodgkin y Hodgkin, como también la relación de Masculino-femenino.

Cuadro # 5 .: Método de diagnóstico-Linfoma: este cuadro demuestra que invariablemente el diagnóstico es histopatológico y que en su mayoría es una relación de 1.2:1.-Sólo necesita de una sola biopsia para llegar al Diagnóstico.

Cuadro # 6 .-Tipo Histopatológico-Linfoma No Hodgkin: Aquí se concluye el patrón que predominó que es el difuso con su variante linfocítico pobremente diferenciado el cual es igual al patrón Nodular y corresponde a lo reportado a lo reportado mundialmente.-El porcentaje en nuestro estudio es de 39.29% para el patrón difuso y 72.22% para el patrón nodular.

Cuadro # 7.-Tipo histopatológico-Linfoma de Hodgkin: En nuestro medio la predominancia es de celularidad mixta con un porcentaje de 80.65, a diferencia de lo reportado mundialmente que es de esclerosis nodular - que va aproximadamente de 35-40.

Cuadro # 8.-Evolución de la Enfermedad-Linfoma.-Aquí el predominio es de menos de 1 año tanto para linfomas Hodgkin como no Hodgkin--encontrándose similitud con el Reporte Mundial.

Cuadro #9

Síntomas y Signos-Linfomas

Aquí se incluyen 12 síntomas y signos que con mayor frecuencia se presentan en los pacientes con linfomas, encontrándose que en un 85% de ellos se presentó adenopatías, tumores en estadios I en todas las etapas y fiebre que ocupó un 60% tomando la enfermedad como estadio IIIB lo cual es similar al reporte mundial.

Cuadro # 10 .-Estado Nutricional-Linfoma.

Aquí encontramos prevalencia en estado regular y ésto es debido a - que en su mayoría los pacientes acuden a consulta en una etapa evolutiva temprana comprendida generalmente en estadio I y II probablemente A y en ocasiones B.

Cuadro # 11 .- Cadena ganglionar afectada-Linfoma.

Tanto para nuestro estudio como los reportes munciales las cadenas cervicales son afectadas con mayor porcentaje para todo tipo de linfoma.

Cuadro # 12 .-Organos comprometidos-Linfomas.

Como cabe esperar la mayoría de los pacientes acuden en estadios clínicos tempranos.-Los órganos más afectados son hígado y bazo que corresponde a estadio IIIB en adelante.

Cuadro # 13 .-Estados Patológicos Asociados-Linfoma.

Como la tabla anterior en su gran mayoría el paciente es sano en lo que respecta fuera de su enfermedad primaria, las patologías encontradas no parecen tener importancia estadística ya que algunos fueron padecimientos con mucha antelación al linfoma, ya que el mayor número de pacientes son jóvenes.

Cuadro # 14 Estudios Radiológicos-Linfoma

Aquí los estudios radiológicos como ser el pielograma y la radiografía simple de tórax tienen una mayor prevalencia con lo que se apega al manejo del paciente con linfoma mundialmente y ésto es debido al grado económico bajo del H.E.

Cuadro # 15 Terapéutica-Linfoma

Como cabe esperar la quimioterapia ocupa el 72.5% de todos los tratamientos en forma global seguido de la radioterapia con un 21.25%, hay que hacer notar que muchos pacientes recibieron una terapia combinada; por lo que aumenta el índice de quimioterapia.

Cuadro # 16 .-Quimioterapia (Protocolo) Linfoma.

El protocolo más usado es el de CHOP(Ciclofosfamida Andriomicina, Oncovin y Prednisona) A diferencia del protocolo mundial en relación al Linfoma de Hodgkin que es de MOPP en nuestro medio no se usa por la dificultad de encontrar Mostaza Nitrogenada y procarbazona.

Cuadro # 17 .-Efecto Tóxico del Tratamiento-Linfoma.

Aquí no encontramos una diferencia estadística con la literatura mundial y creo que la presencia o ausencia depende de factores propios del paciente o de su estado avanzado de la enfermedad ó en su gran mayoría no están consignados en el cuadro.

Cuadro # 18 .-Efectos Tóxicos según Parámetros de Laboratorio-Linfoma
Aquí encontramos que las pruebas sobre el hematológico para ambos tipos de linfoma se encuentran dentro de los límites normales pero sí hay que recalcar en lo referente a la química sanguínea, pruebas renales y hepáticas, hay una deficiencia en cuanto al reporte o quizás a la toma de los mismos y por condiciones económicas del Hospital-Escuela (H.E.).

Cuadro # 19 .- Comportamiento -el paciente con relación a la aceptación de su tratamiento-Linfoma.

Aquí podemos concluir que la aceptación por el paciente nuestro es buena, aunque algunos pacientes la rechazan por los comentarios recibidos. Para fines estadísticos la aceptación de la quimioterapia es de un 46% aproximada y se encuentra una similitud por los reportes mundiales.

Cuadro # 20 .-Respuesta al tratamiento según el estado funcional por el índice de Karnosky-Linfoma.

Aquí encontramos una diferencia estadística significativa que después de una terapia con antimetabolitos el estado funcional mejora, hasta ser capaz de valerse por sí mismo con pocos signos de enfermedad, esta observación es válida para ambos tipos de linfoma, aquí encontramos -- que la mortalidad para ambos es de 10% aproximadamente.

Cuadro 21 Porcentaje reducción de tumoración,-Linfoma.

Aquí encontramos que la reducción después de su tratamiento inicial es satisfactoria, desgraciadamente en nuestro estudio la mayoría de los expedientes no consignan tal hecho,

Cuadro # 22 .-Tiempo de Tratamiento Recibido-Linfoma

En este cuadro es bien variable, ya que se ha tomado cada ciclo que es

de 21 días por un espacio de tiempo igual a un mes, pero se puede ver que pacientes con linfoma de Hodgkin 22 recibieron tratamiento con mayor frecuencia en los correspondientes a 4,8 y mayor de 18 ciclos.

En relación al Linfoma No Hodgkin la mayor frecuencia es para 1,9 y mayor de 18 ciclos.

En general, los resultados encontrados en nuestro medio son similares a los reportados mundialmente, sólo se pudo encontrar diferencias significativas en lo que respecta a la presentación histopatológica en el linfoma de Hodgkin ya que el predominio es celularidad mixta y los reportes mundiales son de tipo esclerosis nodular.-Y en lo relativo al protocolo empleado en la quimioterapia que es diferente para el convencional de Hodgkin que es de Mopp.

RECOMENDACIONES

En realidad son varias las recomendaciones que se pueden aplicar al estudio como las que se enumeran aquí:

- 1.-La creación de un banco de medicamentos para este tipo de pacientes exclusivamente, elaborar hojas de seguimiento más específicas de respuesta tumoral.
- 2.-La creación de una sala propia para este tipo de pacientes, ya que en la actualidad éstos están en salas generales donde la contaminación es grande, aumenta el peligro de infección y acortamiento de sobre vida, como queda de manifiesto en el cuadro No.20, la complicación más frecuente es la neumonía.
- 3.-Elaborar una guía explicativa de lo que es en realidad la quimioterapia, de los efectos que produce y los beneficios que tiene al recibirlos,
- 4.-Hacer énfasis al estudiantado en el conocimiento de dicha patología para una mejor recolección de la información al momento de la elaboración de la historia clínica y crear una Cátedra de Oncología Médica.
- 5.-Concientizar al personal de laboratorio que es prioritario tener una información de los parámetros solicitados para obtener un mejor manejo de los pacientes con linfoma.
- 6.-Realizar una campaña a nivel gubernamental para conseguir fondos con el fin de obtener en gran cantidad y a disposición de cualquier paciente que lo requiera los antimetabolitos específicos para el tratamiento del linfoma y así poder mejorar su sobre-vida.
- 7.-Elaborar un registro de tumores para mejor control estadístico.
- 8.-Centralizar los pacientes de todos los Distritos Sanitarios y hacer que regiones como San Pedro Sula reporten sus casos.

Aquí pondremos las clasificaciones en sus estadios clínicos para los diferentes tipos de linfomas según la clasificación de Ann Arbor y se agrega también la clasificación de Ziegler para Burkitt .

1.-Clasificación según Ann Arbor para E.Hodgkin:

Estadio	Distribución de la enfermedad
I	compromiso de una sola región de ganglios linfáticos o de un sólo órgano extra linfático.
II	Compromiso de dos o más regiones de los ganglios linfáticos, en el mismo lado del diafragma solamente o con compromiso limitado de órganos o tejidos extra-linfáticos contiguos.
III	Compromiso de regiones de ganglios linfáticos o ambos lados del diafragma, la cual puede incluir el bazo y/o limitado a un órgano ó sitio extralinfático contíguo.
IV	Múltiples ó diseminados focos de compromiso de uno ó más órganos ó tejidos extra-linfáticos con o sin compromiso ganglinal.

2.-Clasificación de Ann Arbor para linfoma no Hodgkin.

En realidad es la misma sólo que no se incluye la referenta a la laparotomía clasificadora

3.-Clasificación de Ann Arbor para linfoma de Burkitt.

Se puede tomar como igual, aunque hay localización topográfica diferente.

Estadio	Distribución de la enfermedad
I	Compromiso de un sólo nódulo o con enfermedad extra nodal (maxilar o mandibular).
II.	Compromiso de dos o mas masas ó nódulos.
III	Compromiso abdominal y del estómago ovario o retroperitoneo.
IV	Compromiso Sistema Nervioso Central o Médula ósea.

4.-Clasificación de Burkitt según Ziegler.

Estadio	Distribución de la Enfermedad
A	Compromiso de un sólo sitio extra-abdominal
B	Compromiso de múltiples sitios extra-abdominales.
C	Compromiso y la presencia de un tumor intra-abdominal.
D	Compromiso de un tumor intra-abdominal y más de un sitio extra-abdominal
AR	Pacientes a los cuales se les ha resecado el tumor original intra-abdominal.

	GRADE 0	GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4
<u>(ADULTS)</u>	<ul style="list-style-type: none"> > 11.0g/100ml > 110 g/l > 6.8 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> 9.5 - 10.9g/100ml 95 - 109 g/l 5.6 - 6.7 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> 8.0 - 9.4g/100ml 80 - 94 g/l 4.95 - 5.8 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> 6.5 - 7.9g/100ml 65 - 79 g/l 4.0 - 4.9 mmol/l 	<ul style="list-style-type: none"> < 6.5g/100ml < 65 g/l < 4.0 mmol/l
<u>(/mm³)</u>	> 4.0	3.0 - 3.9	2.0 - 2.9	1.0 - 1.9	< 1.0
<u>(/mm³)</u>	> 2.0	1.5 - 1.9	1.0 - 1.4	0.5 - 0.9	< 0.5
<u>(/mm³)</u>	> 100	75 - 99	50 - 74	25 - 49	< 25
	None	Petechiae	Mild blood loss	Gross blood loss	Debilitating blood loss
<u>(SGOT/SGPT)</u>	< 1.25 x N ^a	1.26 - 2.5 x N ^a	2.6 - 5 x N ^a	5.1 - 10 x N ^a	>10 x N ^a
<u>(Urea)</u>	< 1.25 x N ^a	1.26 - 2.5 x N ^a	2.6 - 5 x N ^a	5.1 - 10 x N ^a	>10 x N ^a
	No change	Soreness/erythema	Erythema, ulcers; can eat solids	Ulcers; requires liquid diet only	Alimentation not possible
	None	Nausea	Transient vomiting	Vomiting requiring therapy	Intractable vomiting
	None	Transient, < 2 days	Tolerable, but > 2 days	Intolerable, requiring therapy	Haemorrhagic dehydration
<u>(Urea or creatinine)</u>	< 1.25 x N ^a	1.26 - 2.5 x N ^a	2.6 - 5 x N ^a	5 - 10 x N ^a	>10 x N ^a
	No change	<ul style="list-style-type: none"> 1+ < 0.3 g% < 3 g/l 	<ul style="list-style-type: none"> 2 - 3+ 0.3 - 1.0 g% 3 - 10 g/l 	<ul style="list-style-type: none"> 4+ > 1.0 g% > 10 g/l 	Nephrotic syndrome
	No change	Microscopic	Gross	Gross + clots	Obstructive uropathy
	No change	Mild symptoms	Exertional dyspnoea	Dyspnoea at rest	Complete bed rest required
	None	Fever < 38°C	Fever 38°C - 40°C	Fever > 40°C	Fever with hypotension
	No change	Oedema	Bronchospasm; no parenteral therapy needed	Bronchospasm; parenteral therapy required	Anaphylaxis
	No change	Erythema	Dry desquamation, vesiculation, pruritus	Moist desquamation, ulceration	Exfoliative dermatitis, necrosis requiring surgical intervention
	No change	Minimal hair loss	Moderate, patchy alopecia	Complete alopecia, but reversible	Non-reversible alopecia
	None	Minor infection	Moderate infection	Major infection	Major infection with hypotension
	No change	Sinus tachycardia, > 110 at rest	Unifocal PVC, arrhythmia	Multifocal PVC	Ventricular tachycardia
	No change	Asymptomatic, but abnormal cardiac sign	Transient symptomatic dysfunction; no therapy required	Symptomatic atrial dysfunction responsive to therapy	Symptomatic dysfunction non-responsive to therapy
	No change	Asymptomatic effusion	Symptomatic; no tap required	Tamponade; tap required	Tamponade; surgery required
<u>(Alertness)</u>	Alert	Transient lethargy	Somnolence < 50% of waking hours	Somnolence > 50% of waking hours	Coma
	None	Paraesthesia and/or decreased tendon reflexes	Severe paraesthesia and/or mild weakness	Intolerable paraesthesia and/or marked motor loss	Paralysis
	None	Mild	Moderate	Abdominal distention	Distention and vomiting
	None	Mild	Moderate	Severe	Intractable

^a of normal value of population under study.
 not include constipation resultant from narcotics.
 dent-related pain is considered, not disease-related pain.

FICHA LINFOMAS

NOMBRE: _____

Nº DE EXPLANTE: _____

EDAD: _____ SEXO= M _____ F _____

MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

FECHA DEL DIAGNOSTICO: _____

METODO DE DIAGNOSTICO: BIOPSIA: MENOS DE 1 _____ MAS DE 1 _____

N. O. : _____

TIPO DE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: _____

ESTADIO CLINICO AL INICIAR Tx:

a) EVOLUCION: <1 AÑO _____ 1-3 AÑOS _____ > 3 AÑOS _____

b) NUTRICIONAL: BUENO _____ REGULAR _____ MALO _____ N. C. _____

c) COMPROMISO GANGLIONAR: _____

d) COMPROMISO DE OTROS ORGANOS: HIGADO _____

INTESTINO _____ M.O _____ S.N.C _____

CORAZON _____ E K G _____

OTROS: _____

e) SERIE ESTASICA SI _____ NO _____ ANOMALIAS _____

f) FIEBRE SI _____ NO _____ ANOMALIAS _____

g) Rx DE TUMOR: NORMAL _____ ANORMAL _____ N.C. _____

OBS: _____

h) S.G.D. _____ N.C. _____

i) C.A.T. _____

HIPERURICAEMIA (> 7mg%) = _____

HEMATOLOGIA

a) ANEMIA (Hb gr) = _____ TIPO: _____

b) LEUCOCITIA (< 3000 gb): _____

c) TROMBOCITOPENIA (< 100,000) = _____

RENALES= UREA:

CREATININA

PRUEBAS HEPATICAS

a) FOSFATASA ALCALINA:

b) DLH

FATOLOGIA ASOCIADAS:

- a) HIPERTENSION ARTERIAL: _____
- b) CARDIOPATIA: _____
- c) RESPIRATORIA: _____
- d) HEPATOPATIA: _____
- e) OTROS: _____

TRATAMIENTO

A. CIRUGIA: SI _____ NO _____ TIPO _____

B. RADIOTERAPIA: SI _____ NO _____ TIPO _____

C. QUIMIOTERAPIA:

FECHA INICIO: _____ FECHA ULTIMO CONTROL _____

a) TIPO DE DROGAS: CHOP _____ COP _____ CHOPTB _____

b) DOSIS CONVENCIONAL: SI _____ NO _____ OBSERV. _____

c) PESCO: INICIO _____ FINAL _____

d) CICLOS: RECIBIDOS CON CHOP = _____
RECIBIDOS CON COP = _____
RECIBIDOS CON CHOPTB = _____
RETRASO EN EL CICLO # = _____

e) COMPARTAMIENTO DEL TUMOR: REGULAR _____ IRREGULAR _____
EN SU TRATAMIENTO

f) COMPLICACIONES (por efectos tóxicos) = SI _____ NO _____
TIPO: _____

EFECTO SOBRE HEMATOCRITO = FECHA _____ GRADO _____

h) REACCIONES COLATERALES: SI _____ NO _____ TIPO _____

i) RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

a) ESTADOS DE ACTUACION SEGUN KARNOFSKY = INICIAL: _____ FINAL: _____

b) REMISION PARCIAL = DECREMENTO DEL 50% DE LA MASA TUMORAL =
FECHA _____ DURACION DE LA REMISION _____

c) REMISION TOTAL = FECHA _____ DURACION DE LA REMISION _____

e).- Mejoría en:

- Tamaño de tumeración; Disminuye _____ Desaparecio _____
- Asintemático: SI _____ NO _____
- Ascitis: SI _____ NO _____
- Derrame Pleural: SI _____ NO _____
- Edema: SI _____ NO _____
- Pese: Perdida _____ Ganancia _____
- Estado de Animo: Bu ene _____ Male _____ N.C. _____

D).- SINTOMAS Y SIGNOS:

- Adenopatias: (Cervicales, Axilares, Inguinales.) C A I _____
- Aumento de Adenopatias: _____
- Dolor en region ganglielar: _____
- Fiebre: _____
- Sudoración profusa: _____
- Diaforesis: _____
- Perdida de pese: _____
- Astenia y Adinamia: _____
- Hepatomegalia: _____
- Esplenomegalia: _____
- Ictericia: _____
- Tes: _____
- Cianosis y Edema de Cara: _____
- Disnea y sus Tipos: _____
- Disfagia: _____
- Estridor Laríngeo: _____
- Alteraciones Renales: _____
- Prurite: _____
- Pigmentación de la Piel: _____
- Otros: _____

F).- COMPLICACIONES FRECUENTES: Herpes _____ T.B.C. _____
Cripteococosis _____ Otros _____

G).- FACTORES ETIOLÓGICOS: Predisposición Familiar _____
Origen Viral _____ Otras _____

H).- RELAPSO: Fecha _____ Ciclos Recidivas _____
Tx Indicado _____

I).- RESPUESTA A LA SEGU NDA BECAIDA: Bu ene _____ Mala _____
N.C. _____

J).- MUERTE: Fecha _____ Cau sa _____

K).- DURACION TOTAL DESDE EL INICIO DE _____

INDICE DE KARNOSKY: ESTADOS FUNCIONALES

CAPAZ DE DESARROLLAR UNA ACTIVIDAD NORMAL, NO NECESITA CUIDADOS ESPECIALES.

100-Normal, sin complicaciones, ninguna evidencia de enfermedad.

90-Capaz de desarrollar una actividad normal, hay menores signos y síntomas de enfermedad.

80-Se desarrolla actividad normal pero con esfuerzo, hay algunos signos y síntomas de enfermedad.

INCAPAZ DE TRABAJAR, CAPAZ DE VIVIR EN CASA, NECESITA CUIDADOS PARA LA MAYORIA DE LAS NECESIDADES PERSONALES; NECESITA UNA GRAN VARIEDAD DE CUIDADOS.

70-Se cuida por sí mismo, incapaz de desarrollar una actividad normal e realizar trabajo activo.

60-Requiere asistencia ocasional, pero es capaz de solventar la mayoría de sus necesidades.

50-Requiere asistencia considerable y frecuentes cuidados médicos.

INCAPAZ DE CUIDARSE POR SI MISMO, REQUIERE HOSPITALIZACION, LA ENFERMEDAD PUEDE PROGRESAR RAPIDAMENTE.

40-En mal estado; requiere cuidados especiales y asistencia.

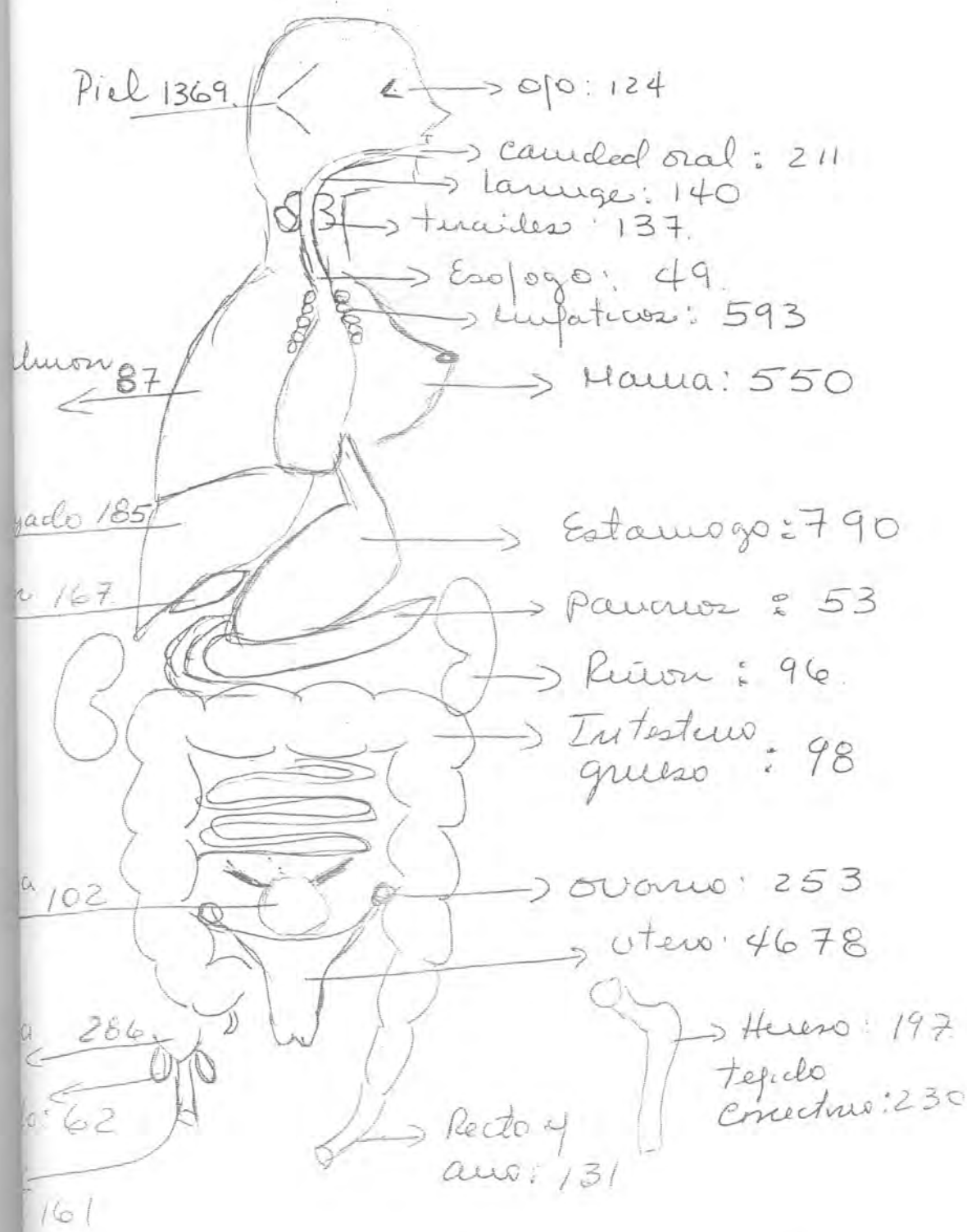
30-Severamente afectado, se indica la hospitalización aunque la muerte es inminente.

20-Muy enfermo; la hospitalización es necesaria, es necesario un fuerte tratamiento de soporte.

10-Meribundo; el proceso fatal avanza rápidamente.

0- Muerte.

Distribución estadística de los diferentes cánceres en Honduras.



lo referente a Cáncer linfático aquí incluye tanto primario como secundario porcentaje para Cáncer linfático primario de 1.7% lo que corresponde a 202 casos reportados en 10 años.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Chemoterapy .-Radioterapy Association In Hodgkin Disease,
Clinical Stages I_A,II_A,Results of a prespectiv Clinical Trial
with 166 patients.
Cáncer 1980 Nov.15,46 (10)
- 2.-Epstein Baar-Virus and Hodgkin's disease
Lancet 1981, Aug.15 2(8242).
- 3- Extralinfhatic Hodgkin's disease prognosis an response to the-
rapy.
an J.Med.Marzo 1981,70 (3).
- 4- Hodgkin's desease and virus.
Br.Med.J.1981.Jun.27 282 (6282)
- 5- Horwitz Abraham,Seminario sobre el registro del cáncer en Amé-
rica Latina OPS.publicaciones científicas.
No.215,1970.
- 6.-Josly,Daniel Cáncer en América Latina,Boletín de la Oficina
Sanitaria Panamericana.-Washington OPS 83,4 Oct.1977.
- 7.-OMS,Estadísticas sobre el Cáncer
Ginegra 1979,Serie de informes técnicos OMS.Nov.632.
- 8.-OPS.Clasificación Internacional de las Enfermedades,Oficina Sa-
nitaria Panamericana,Oficina Regional OMS.Volumen 1.Revisión 1975.
- 9.-Robbins,Stanley L,Patología Estructural y Funcional,Traducción
del inglés por Alberto Folch y Homero Vela Treviña,Philadelphia.
Editorial Interamericana 1975.
- 10.-Torlani E.Rodolfo Brunini,Registro Nacional de Tumores,Río de
Janeiro,Ministerio da Saúde,División Nacional de Enfermedades
crónico-degenerativas.1978.
- 11.-The Denvelopomet of No Hodgkin' Lynfhoma Following Therapy for
Hodgkins' Desease.
Cáncer 1980,Dic.15 46 (12)
- 12.The Rye Clasificación of Population based series of Hodgkin's
Desease Patients in Westerm.Australia.Patoloby 1981,April 13 (2)

INDICE

- I.-AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
- II.-DEDICATORIA
- III.-INTRODUCCION
- IV.-FORMULACION DEL PROBLEMA
- V.-MARCO TEORICO
- VI.-MUESTRA Y METODOLOGIA
- VII.-HIPOTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.
- VIII.-VARIABLES DEL ESTUDIO
- IX.- RESULTADOS
- X.- CONCLUSIONES
- XI.- RECOMENDACIONES
- XII.-APENDICE
- XIII.-BIBLIOGRAFIA.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Chemoterapy .-Radioterapy Association In Hodgkin Disease,
Clinical Stages I_A,II_A,Results of a prespectiv Clinical Trial
with 166 patients.
Cáncer 1980 Nov.15,46 (10)
- 2.-Epstein Baar-Virus and Hodgkin's disease
Lancet 1981, Aug.15 2(8242).
- 3- Extralinfhatic Hodgkin's disease prognosis an response to the-
rapy.
an J.Med.Marzo 1981,70 (3).
- 4- Hodgkin's desease and virus.
Br.Med.J.1981.Jun.27 282 (6282)
- 5- Horwitz Abrahan,Seminario sobre el registro del cáncer en Amé-
rica Latina OPS.publicaciones científicas.
No.215,1970.
- 6.-Josly,Daniel Cáncer en América Latina,Boletín de la Oficina
Sanitaria Panamericana.-Washington OPS 83,4 Oct.1977.
- 7.-OMS,Estadísticas sobre el Cáncer
Ginegra 1979,Serie de informes técnicos OMS.Nov.632.
- 8.-OPS.Clasificación Internacional de las Enfermedades,Oficina Sa-
nitaria Panamericana,Oficina Regional OMS.Volumen 1.Revisión 1975.
- 9.-Robbins,Stanley L.Patología Estructural y Funcional,Traducción
del inglés por Alberto Folch y Homero Vela Treviña,Philadelphia.
Editorial Interamericana 1975.
- 10.-Torlani E.Rodolfo Brunini,Registro Nacional de Tumores,Río de
Janeiro,Ministerio da Saúde,División Nacional de Enfermedades
crónico-degenerativas.1978.
- 11.-The Denvelopomet of No Hodgkin' Lynfhoma Following Therapy for
Hodgkins' Desease.
Cáncer 1980,Dic.15 46 (12)
- 12.The Rye Clasification of Population based series of Hodgkin's
Desease Patients in Westerm.Australia.Patoloby 1981,April 13 (2)