



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General de México

S. S. A.

**UTILIDAD DE LA IMPRONTA DE
GANGLIO LINFÁTICO EN EL
DIAGNOSTICO DE LINFOMA.**

T E S I S

Que para obtener la Especialidad de:

H E M A T O L O G I A

P r e s e n t a :

DRA. MA. DE LA LUZ GUADALUPE MENDIZABAL ROMÁN

Asesor: Dr. Juan Collazo Jaloma



México, D. F.

1987





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE. -

- I.- INTRODUCCION**
- II.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.**
- III.- OBJETIVOS.**
- IV.- MATERIAL Y METODOS.**
- V.- RESULTADOS.**
- VI.- CUADROS.**
- VII.- DISCUSION Y CONCLUSIONES.**
- VIII.- RESUMEN.**
- IX.- BIBLIOGRAFIA.**

INTRODUCCION.

Los nódulos linfáticos son los órganos más frecuentemente biopsiados con fines diagnósticos, su frecuencia en la participación de enfermedades regionales y sistémicas-- y su accesibilidad hacen que el estudio morfológico de -- los ganglios sea constante para el patólogo.

Ha habido ciertas dificultades para la interpreta---ción de las lesiones de los ganglios linfáticos pero ésto se ha venido resolviendo al tener el conocimiento a cerca de su origen, su función e interrelación de los linfoci--tos.

En el sistema lonfático, los ganglios son órganos -- linfoides periféricos conectados a la circulación median--te los linfáticos aferentes y eferentes, son ovoides o redondos y varían de tamaño de 2mm a 20mm., de largo por -- 15mm., de ancho, la localización de cada grupo ganglionar en el cuerpo humano es relativamente constante, recibien--do linfa de una sola región. El tamaño y composición de - los ganglios varía en relación a la edad y al sitio del - organismo. La función mayor es la linfopoesis, filtra---ción de la linfa y el procesamiento de antígenos.

Están compuestos por una estructura de soporte o es--troma; constituido por la cápsula, trabéculas, células --

predominantes de la cápsula y trabéculas e incluyen fibras musculares y fibras nerviosas con células de Schwann, vasos sanguíneos con sus pericitos.

Las células reticulares son de tamaño variable, frecuentemente elongadas con procesos dentríticos que se extienden entre las células linfoides y están íntimamente relacionados con las fibras de reticulina, éstas fibras están sostenidas por delicadas fibras de colágena. Los histiocitos probablemente derivados de monocitos, bajo condiciones de estimulación pueden acumularse en los senos de los nódulos linfáticos o infiltrar difusamente las áreas paracorticales, son grandes, con bordes indistinguibles y citoplasma basofílico no pironinofílico, lo que ayuda a distinguir los histiocitos de células grandes linfoides.

El ganglio linfático está constituido además por una afeacortical o corteza e incluye folículos linfoides con sus centros germinales y representa el área de linfocitos B, bursa dependientes y se asocia a mecanismos de inmunidad humoral, los folículos linfoides son redondos y miden 1mm de diámetro, en el área periférica hay pequeños linfocitos empaquetados y centros germinales centrales, entre los linfocitos hay células reticulares e histiocitos. El centro germinal varía de tamaño y aumenta en condiciones de esti-

mulación antigénica e incluye células linfoides pequeñas, medianas y grandes, los pequeños linfocitos son los maduros y los que circulan, tienen inmunoglobulinas de superficie y receptores C3, los linfocitos medianos reflejan la transición entre los linfocitos que están en reposo y los activados, los linfocitos grandes tienen mayor citoplasma, gran núcleo con prominente nucleólo.

El área paracortical es una zona que se extiende entre los folículos linfoides formando interdigitaciones de la cápsula a la unión corticomedular, incluye células linfoides y vasos capilares, representa el área timo-dependiente y contiene linfocitos T, éstos pueden ser pequeños o grandes no hendidos y frecuentemente en mitosis y presentan varias etapas de transformación celular en respuesta a antígenos, los linfocitos T activados se transforman en inmunoblastos y entran al pool de los linfocitos circulantes, no tienen inmunoglobulinas en la membrana ni receptores C3, pero característicamente forman rosetas con eritrocitos de carnero y pueden ser identificados también por la presencia de alfa-naftil-acetato-esterasa ácida en tinciones citoquímicas y se observa como un nódulo intracitoplasmático de color rojo-café que es el producto de la reacción,. Esta área paracortical es el si

tio de la inmunidad celular.

Los cordones medulares son el sitio de proliferación de células plasmáticas y producción de anticuerpos, incluyen linfocitos, linfocitos plasmocitoides, células plasmáticas maduras. Bajo intensa estimulación antigénica los cordones medulares pueden extenderse hasta la corteza.

Senos linfáticos varían en tamaño y composición celular y representan caminos de paso a través de las fibras de reticulina limitadas por células endoteliales. El sistema de los senos incluye; senos subcapsulares o marginales, senos medulares laberínticos y senos intermedios o corticales. Están conectados entre sí, en la luz de ellos hay macrófagos, linfocitos, células plasmáticas, inmunoblastos y ocasionalmente neutrófilos. Las células y la linfa son llevadas de una cadena linfática a otra al moverse de la periferia hacia el centro del nódulo linfático.

Vasos sanguíneos; las vénulas postcapilares están tapizadas de células endoteliales, frecuentemente se pueden ver linfocitos pasando a través del citoplasma de las células endoteliales. Las vénulas postcapilares son el sitio de migración de los linfocitos de la sangre circulante hacia el tejido linfoide, 1.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.

En adultos bajo condiciones normales los nódulos linfáticos inguinales pueden ser palpables y medir .5 a 1cm., en niños se pueden palpar pequeños nódulos linfáticos en la región cervical. En ambos, niños y adultos, los nódulos linfáticos están comunmente presentes en asociación con varias condiciones patológicas. Ellos pueden encontrarse aislados o formar parte de una linfadenopatía generalizada y puede ocurrir en pacientes sintomáticos o durante el curso de una enfermedad sistémica. La apariencia clínica y morfológica de los nódulos linfáticos aumentados es dependiente del agente causal, edad del paciente y estado inmunológico del huésped.

Los nódulos linfáticos son frecuentemente biopsiados y en el 50 al 63% de los casos su examen histológico conduce a un diagnóstico positivo, 2, 3. En un 37 a 53% los nódulos biopsiados no nos conducen a un diagnóstico definitivo, 2, 3, 4. Muchos errores de diagnóstico en este grupo - está representado por varias formas de hiperplasia linfoides reactiva y solamente el 3% de todas las biopsias de nódulos linfáticos son clasificadas como hiperplasias linfoides atípicas, 5. De 100 biopsias de nódulos linfáticos en

niños de 9 meses a 13 años, 37 fueron diagnosticados como hiperplasia reactiva y 74% de estos 37 niños están vivos y en buenas condiciones por más de 20 años, 6. En --- adultos el porcentaje de nodulos linfaticos biopsiados - sin un diagnostico específico varía entre el 37% y 53%, - de éstos, 25% de 53% subsecuentemente desarrollaron una enfermedad relacionada a nodulos linfaticos aumentados - de tamaño, 3, 5. En muchos casos, un diagnostico definitivo empieza a ser evidente entre los primeros 8 meses a 1 año de la biopsia original y en el 17 al 20% de los casos fué de linfoma, 3, 5. Cuando los nodulos linfaticos - se diagnostican como hiperplasia linfoide atípica la ocurrencia de linfoma se presentó en un 37%, 5.

Las biopsias de los nodulos linfaticos son mayores - que en cualquier otro órgano, hay multiples causas de -- error diagnóstico en la patología de los nodulos linfáticos, algunos pueden ser atribuidos al procedimiento quí-rúrgico o a la técnica utilizada para procesar la muestra o material biopsiado y también a la interpretación de -- las lesiones. En una serie de 600 casos de linfadenopa--tía en el cual un diagnostico inicial de Enfermedad de - Hodgkin fué hecho, ésta interpretación fué confirmada sólo en el 53% de los casos por Symmers en una revisión --

subsecuente, los 47 restantes fueron considerados diagnóstico erróneo y representar en muchos casos linfadenitis inespecífica, 17. Butler mencionó la falta de selección del sitio o ganglio y la extracción impropia del nódulo linfático, 7. En dos estudios con 312 biopsias de nódulos linfáticos, los supraclaviculares (64-85%) y cervicales (46-64%) proporcionaron un alto número de lesiones diagnosticadas, en contraste los axilares (27-53%) e inguinales (22-71%) proporcionaron pocas lesiones identificables, 3.

El ganglio debe obtenerse de una sola pieza incluyendo su cápsula y si es posible tejido fibro-adiposo -- pericapsular, pero el más importante factor de error diagnóstico puede ser el inapropiado procesamiento del nódulo y se ha establecido que la exactitud en el diagnóstico histológico es directamente proporcional a la calidad de las secciones histológicas. Los factores técnicos como la fijación es irreversible y por lo tanto también -- muy importante.

Los frotis de los nódulos linfáticos y de las im--- prontas se han utilizado durante muchos años en asociación o en lugar de las secciones rutinarias. Las improntas en contraste con los frotis se hacen al deslizar la-

superficie de corte del ganglio sobre un portaobjetos, 8. Para el hematólogo el estudio de los nodulos linfáticos- mediante impronta le ofrece una oportunidad de analizar- la apariencia del tejido linfático con una tinción que - él conoce en base a estudios realizados en médula ósea y sangre periférica, tal como lo hizo Lucas con colorante- de May-Grunwold-Giemsa, 9. Moore y Reagan utilizando tin- ción de Papanicolau, 22. Y Ullmann y cols utilizando va- rias tinciones comparativas como Wrigth-Giemsa-Papanico- lau y EA-65, 10.

En 1920 Ewing y Stewart diagnosticaron células ma- lignas en base a improntas, 11. Más recientemente Godwin ha indicado que la técnica de impronta puede obviar la - necesidad de secciones congeladas al tiempo de la cirugía 11, 12. Actualmente el valor de la citología de la impron- ta para el diagnostico de cáncer ha sido aceptada amplia- mente, 11. El estudio ofrece una oportunidad de investi- gar los nodulos linfáticos y de identificar células, per- mite un estudio citológico de lesiones de nodulos parti- cularmente linfomas, el citoplasma y principalmente el nú- cleo o detalles nucleares son revelados mediante la tin- ción de Wrigth o Giemsa. Proporciona una gran ayuda para- diferenciar lesiones benignas y malignas. Permite recono-

cer la morfología uniforme de los linfomas y acertar sus variantes morfológicas, confirmar recurrencias, seguir - la evolución de un linfoma a una forma más agresiva. Permite el diagnóstico de neoplasias no relacionadas e infecciones no diagnosticadas, 8.

OBJETIVOS.-

- 1.- Conocer la utilidad de la impronta de ganglio, teñida con colorante de Wrigth.
- 2.- Establecer el porcentaje de correlación entre el diagnóstico mediante impronta de ganglio y el diagnóstico histopatológico definitivo de ganglio en pacientes -- con linfoma.
- 3.- Valorar la utilidad de la impronta de ganglio en el - diagnóstico diferencial de linfoma con otras patolo-- gías.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisó el archivo del Laboratorio de citomorfología del Servicio de Hematología, en el periodo comprendido de febrero de 1983 a diciembre de 1986, recopilando -- los reportes de impresión diagnóstica a través de impronta de ganglio linfático, correlacionandolos con el diagnóstico histopatológico definitivo emitido por la Unidad de Patología de éste Hospital.

La impronta de ganglio se obtuvo inmediatamente después de la excisión del ganglio seccionando éste en sentido longitudinal pasando por el hilo, de manera que quedaran dos superficies de ganglio expuestas, inmediatamente después se le aplicó un (os), portaobjetos con el fin de obtener un "sello" del ganglio, se dejó secar al aire y se procedió a teñir utilizando colorante de Wrigth durante 5 minutos para posteriormente agregar solución Buffer durante 10 minutos, se efectúa el lavado de la laminilla con agua de la llave y una vez seca se observa al microscopio utilizando aceite de inmersión (objetivo 100X) previa observación con seco débil (objetivo 10X).

RESULTADOS.-

Se revisaron 44 improntas de pacientes con diagnóstico clínico de probable linfoma del archivo del Laboratorio de citomorfología del Servicio de Hematología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, en el periodo comprendido de febrero de 1983 a diciembre de --- 1986, correlacionando el diagnóstico de linfoma mediante impronta de ganglio con el diagnóstico histopatológico de definitivo emitido por la Unidad de Patología del mismo Hospital. (tabla 1).

De los 44 casos estudiados se presentó correlación diagnóstica entre impronta y el diagnóstico histopatológico definitivo en 31 casos (72%) y no hubo correlación en 13 casos (28%). (tabla 2). De los 31 casos que sí tu---vieron correlación; 14 casos correspondieron a Enfermedad de Hodgkin; 10 casos a Linfoma No Hodgkin y 7 casos fueron hiperplasia linforetica. (tabla 3).

De los 13 casos que no tuvieron correlación, 3 casos fueron material insuficiente en la impronta, siendo el diagnóstico definitivo en 2 casos de Carcinoma Epidermoide poco diferenciado en tejidos blandos y el otro correspondió a Inflamación Crónica Inespecífica en tejidos blan

dos. En dos casos el diagnóstico mediante impronta fué Hiperplasia linforetica siendo el diagnóstico histopatológico definitivo en uno Enfermedad de Hodgkin celulari--dad mixta y en el otro Linfoma de células "T". Otros 3 casos el diagnóstico por impronta fué de Linfoma No Hodgkin y el diagnóstico histopatológico definitivo en un caso --fué Seminoma metastásico y en los otros dos restantes hiperplasia linforetica. 3 casos fueron diagnosticados--por impronta como Enfermedad de Hodgkin reportandose en - el diagnóstico histopatológico definitivo Linfoma Difuso--de células grandes y pequeñas, otro como linfadenitis fí--mica y el último como Sarcoma Inmunoblástico. Los 2 casos restantes que no correlacionaron fueron diagnosticados --a través de impronta como Neoplasia Maligna No Hematológi--ca y el otro como impronta normal, correspondiendo respec--tivamente a Linfoma de células grandes no hendidas y lin--fadenitis crónica inespecífica en el reporte definitivo - de la biopsia. (tabla 4).

NUMERO CASOS ESTUDIADOS. COMPARACION DE DIAGNOSTICO POR IMPRONTA CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

TABLA 1

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICA	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA
1. A.F.G.	47	Masc.	Ganglio cervical.	L.N.H. 253/83*	L.N.H. de células grandes y pequeñas no hendidas. B/83-877.
2. B.R.R.	22	Masc.	Ganglio supra-esternal.	L.N.H. 082/84	L.N.H. de células grandes no hendidas. B/84-640.
3. M.G.R.	43	Fem.	Ganglio cervical.	Material insuficiente. 066/84.	Carcinoma Epidermoide poco diferenciado. B/84-738.
4. J.M.T.	36	Masc.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. 230/84.	Enfermedad de Hodgkin B/84-1942.
5. M.L.N.	27	Masc.	Ganglio cervical.	Hiperplasia linfocitaria. 594/84.	Enfermedad de Hodgkin celularidad mixta. B/83-2556.
6. O.A.S.	21	Masc.	Ganglio cervical.	Infiltración ganglionar por LAL-L2 055/84.	Infiltración por LAL en ganglio. B/84-411.
7. E.E.M.	16	Fem.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. 048/84.	Enfermedad de Hodgkin depleción linfocitaria. B/84-372.
8. J.H.T.	57	Masc.	Ganglio de sitio no especificado.	L.N.H. 100/84.	L.N.H. de células grandes no hendidas. B/84-1711.

* LINFOMA NO HODGKIN.

TABLA 1

CONTINUACION.

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICA	DX. MORFOLOGICO IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA
9. A.S.R.	23	Masc.	Ganglio cervi-- cal.	Enfermedad de Hodg- kin. 165/84.	Enfermedad de Hodgkin esclero- sis nodular. B/84-1419.
10. T.P.V.	74	Fem.	Ganglio de si-- tio no especifi- cado.	Material insuficien- te. 231/84.	Inflamación crónica inespecí- fica en tejidos blandos. B/84-1943.
11. J.R.B.	66	Masc.	Ganglio supra- clavicular.	Enfermedad de Hodg- kin 372/84.	Enfermedad de Hodgkin celulari- dad mixta. B/84-3036.
12. M.V.L.	54	Fem.	Ganglio cervi-- cal.	L.N.H. * 637/84.	L.N.H. difuso de células gran- des no hendidas. B/84-4942.
13. G.V.L.	28	Fem.	Ganglio cervi-- cal.	L.N.H. 1063/84.	L.N.H. difuso de células gran- des no hendidas con diferencia- ción plasmocitoide. B/84-9042.
14. J.H.P.	42	Fem.	Ganglio cervi- cal.	Hiperplasia linfore- tica 1187/84.	Linfoma de células "T" B/84-9733.
15. T.T.O.	68	Fem.	Ganglio supra- clavicular.	Enfermedad de Hodg- kin 1373/84.	L.N.H. dif so de células gran- des y pequeñas. B/84-11711.

* LINFOMA NO HODGKIN.

TABLA 1

CONTINUACION.

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICA	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA
16.I.C.M.	37	Fem.	Ganglio supra clavicular.	Enfermedad de Hodgkin. 201/85.	Enfermedad de Hodgkin celularidad mixta. B/85-1619.
17.J.G.H.	32	Masc.	Ganglio cervical.	Ganglio Normal 293/85.	Linfadenitis granulomatosa inespecífica. B/85-2864.
18.J.C.G.	21	Masc.	Ganglio cervical.	Linfoma de Burkitt 069/85.	Tumor germinal compatible con seminoma. B/86-414.
19.L.R.G.	40	Masc.	Ganglio cervical.	L.N.H.* 47/86.	Hiperplasia linforetica. B/86-414.
20.J.G.L.	19	Masc.	Ganglio cervical.	Infiltración leucémica. 381/86.	Linfoma de células pequeñas no hendidas. B/86-3555.
21.E.F.C.	22	Masc.	Ganglio intra abdominal peripaneático.	Hiperplasia linforetica. 258/86.	Hiperplasia Linforetica. B/86-2533.
22.I.G.A	40	Masc.	Ganglio supra clavicular.	Hiperplasia linforetica. 25/86	Linfadenitis crónica granulomatosa compatible con TB. B/86-180
23.A.V.S.	39	Masc.	Ganglio cervical.	L.N.H. 104/85.	L.N.H. de células grandes y pequeñas no hendidas B/85-764.

* LINFOMA NO HODGKIN.

TABLA 1

CONTINUACION

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICO	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA.
24.D.G.C.	51	Masc.	Ganglio cervi cal.	Enfermedad de Hodg kin. 53/86	Enfermedad de Hodgkin celulari dad mixta. B/86-494.
25.J.L.B.	32	Masc.	Ganglio cervi cal.	Neoplasia Maligna- No Hematológica. 142/86.	L.N.H. de células grandes no - hendidas. B/86-1319.
26.A.P.	15	Masc.	Ganglio axi-- lar.	Hiperplasia linfo- reticular. 144/86.	Hiperplasia sinusal B/86-1371.
27.M.A.F.	20	Masc.	Ganglio cervi cal.	L.N.H. 154/86.	Hiperplasia linforeticular B/86-1448.
28.R.M.M.	43	Fem.	Ganglio cervi cal.	Enfermedad de Hodg kin. 153/86.	Linfadenitis fímica. B/86-1447.
29.H.Z.V.	19	Masc.	Ganglio cervi cal.	Enfermedad de Hodg kin. 395/86.	Enfermedad de Hodgkin celulari dad mixta. B/86-3676.
30.J.L.A	19	Masc.	Ganglio cervi cal.	Enfermedad de Hodg kin. 453/86.	Enfermedad de Hodgkin. B/86-4202.
31.J.L.A.	19	Masc.	Ganglio cervi cal.	Enfermedad de Hodg kin.454/86.	Enfermedad de Hodgkin. B/86-4856.

TABLA 1

CONTINUACION.

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICO	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA.
32.P.R.	27	Fem.	Ganglio cervical.	Fase blástica de - leucemia granulocítica crónica. 582/86.	Fase blástica de leucemia granulocítica crónica. B/86-5258.
33.M.A.H.	25	Masc.	Ganglio supraclavicular.	Hiperplasia linforeticular. 949/86.	Hiperplasia linforeticular. B/84-7835.
34.S.M.R.	36	Masc.	Ganglio de sitio no especificado.	Enfermedad de Hodgkin. 754/86.	Enfermedad de Hodgkin. B/86-
35.B.S.B.	26	Fem.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. 770/86.	Sarcoma Inmunoblastico. B/86-7118.
36.A.G.O.	15	Masc.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. 294/86.	Enfermedad de Hodgkin. B/86-3277.
37.J.G.L.	19	Masc.	Ganglio cervical.	Infiltración leucémica. 381/86.	L.N.H. de células pequeñas no hendidas. B/86-
38.M.C.M.	43	Fem.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin celularidad mixta. 282/86.	Enfermedad de Hodgkin celularidad mixta. B/86-2872.

TABLA 1

CONTINUACION.

NO. CASOS	EDAD	SEXO	PIEZA QUIRURGICA	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA
39.A.G.O.	15	Masc.	Ganglio cervical.	Hiperplasia linfocitaria. 344/86.	Hiperplasia sinusal. B/86-2904.
40.D.D.D.	68	Fem.	Ganglio de sitio no especificado.	Material insuficiente. 820/86.	Carcinoma Epidermoide bien diferenciado en piel con metástasis a tejidos blandos. B/86-7541.
41.R.S.H.	32	Masc.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. /86.	Enfermedad de Hodgkin deplección linfocitaria. B/86-2461.
42.V.V.J.	34	Masc.	Ganglio cervical.	Enfermedad de Hodgkin. 902/86.	Enfermedad de Hodgkin. B/86-6643.
43.C.R.	45	Fem.	Ganglio cervical.	Ganglio normal.	Hiperplasia folicular B/86-8344.
44.M.Z.	16	Masc.	Ganglio cervical.	Hiperplasia linfocitaria. 1023/86.	Hiperplasia sinusal. B/86-8592

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

NUMERO CASOS ESTUDIADOS.

SI CORRELACIONARON	NO CORRELACIONARON	TOTAL
31	13	44

TABLA 2

NUMEROS CASOS QUE CORRELACIONARON ENTRE IMPRONTA Y DIAGNOSTICO
HISTOPATOLOGICO.

ENFERMEDAD DE HODGKIN	14
LINFOMA NO HODGKIN	10
HIPERPLASIA LINFORETICULAR	7
TOTAL	31

TABLA 3

CASOS DONDE NO HUBO CORRELACION DE DIAGNOSTICO POR IMPRONTA CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

TABLA 4

NO. DE CASOS	EDAD	SEXO	DX. MORFOLOGICO POR IMPRONTA	DX. HISTOPATOLOGICO POR BIOPSIA
3	43	Fem.	Material insuficiente.	Carcinoma Epidermoide poco diferenciado.
5	27	Masc.	Hiperplasia linforetica.	Enfermedad de Hodgkin celularidad mixta.
10	74	Fem.	Material insuficiente.	Inflamación crónica inespecífica en tejidos blandos.
14	42	Fem.	Hiperplasia linforetica.	Linfoma de células "T".
15	68	Fem.	Enfermedad de Hodgkin.	L.N.H. difuso de células grandes y pequeñas.
17	32	Masc.	Ganglio normal.	Linfadenitis granulomatosa inespecífica.
18	21	Masc.	Linfoma de Burkitt.	Tumor germinal compatible con seminoma metastásico.
19	40	Masc.	L.N.H.*	Hiperplasia linforetica.
25	32	Masc.	Neoplasia Maligna No Hematológicas.	L.N.H. de células grandes no hendidas.
27	20	Masc.	L.N.H.	Hiperplasia linforetica.
28	43	Fem.	Enfermedad de Hodgkin.	Linfadenitis fímica.
35	26	Fem.	Enfermedad de Hodgkin.	Sarcoma Inmunoplástico.
40	68	Fem.	Material insuficiente.	Carcinoma Epidermoide bien diferenciado en piel con metástasis.

DISCUSION._

La técnica de tinción de impronta de ganglio linfático con colorante de Wrigth con 5 minutos para tinción y -- 10 minutos con solución buffer utilizadas en el laboratorio de Estudios Especiales del Servicio de Hematología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, permite la correcta valoración de la impronta coincidiendo -- con la utilizada por Ultman y cols. (8).

El porcentaje de precisión diagnóstica en impronta de ganglio en ésta revisión de 43 improntas fué de 72% que -- fué semejante a lo encontrado por Ultmann y cols., quién -- obtuvo un 95% en 166 improntas (8) y a lo encontrado por -- Ghandur-Mnaymneh, (13) que obtuvo un 99% de precisión en -- 300 improntas de ganglio.

En está revisión se presentaron 2 falsas negativas -- de 43 improntas lo que corresponde a un 4.6% que correla-- ciona con las falsas negativas encontradas por Ultmann --- quien reportó un 3.5% en 166 improntas y (8) de 3.7% en -- 108 improntas estudiadas por Suen. (11).

Se encontraron además en nuestra revisión 8 falsas po-- sitivas de 43 improntas lo que corresponde al 18.6%, sien-- do muy superior a lo reportado por Ultmann (8) quien en --

166 improntas reportó 5 casos correspondiendo al 3%.

Cabe mencionar que de los 43 casos estudiados 3 de --
ellos fueron material insuficiente lo que corresponde a un
6.9%.

CONCLUSIONES._

1.- En el Laboratorio de Citomorfología del Servicio de Hematología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, el método de tinción utilizado es el de -- Wrigth, permitiendo éste en nuestro caso una clara valoración morfológica de la impronta de ganglio.

2.- Los resultados de éste estudio son buenos como -- los reportados por otros autores y puede justificar la inclusión de la impronta de ganglio linfático dentro de los exámenes de rutina como procedimiento diagnóstico sin reem-- plazar el diagnóstico realizado mediante el estudio histológico de los tejidos.

3.- El uso sucesivo de las improntas depende de la -- técnica utilizada en su preparación y la experiencia del -- examinador lo cual disminuirá el porcentaje de falsas nega-- tivas y evitará al máximo preparaciones con material no va-- lorable.

4.- El diagnóstico de linfoma mediante impronta de -- ganglio es una técnica rápida, confiable, no costosa y que lleva poco tiempo y puede ser utilizada para desiciones te-- rapeúticas de urgencia o bien como un auxiliar de valor --

significativo en instituciones donde no se cuente con una Unidad de Patología.

5.- Se obtuvo un porcentaje de correlación diagnóstica entre impronta y diagnóstico histopatológico definitivo del 72%.

RESUMEN._

Aunque raramente los ganglios linfáticos son asiento de enfermedades primaria (son excepciones importantes los trastornos proliferativos como linfomas y enfermedades de Hodgkin), los ganglios linfáticos actúan como barreras -- defensivas e intervienen en forma secundaria en casi todas las enfermedades generales y en muchos trastornos neoplásicos en cualquier parte del cuerpo. Debido a ésto los nodulos linfaticos han sido los órganos más frecuentemente estudiados ya sea a través de biopsia, aspiración con aguja fina y desde 1920 Ewing y colaboradores estudiaron las improntas con fines de obviar la necesidad de secciones congeladas y a horrar tiempo. Con el fin de conocer la utilidad de la impronta de ganglio linfatico con una tinción -- que no es familiar, así como establecer el porcentaje de -- correlación entre el diagnóstico realizado mediante impronta y el diagnóstico histopatológico definitivo en pacientes con linfoma y valorar la utilidad de la impronta para realizar diagnóstico diferencial de linfoma con otras patologías, se revisó el archivo de citomorfología del laboratorio de Estudios Especiales (Unidad 204) del Servicio de Hematología en el periodo comprendido de febrero de 1983 a diciembre de 1986.

Se revisaron 44 improntas de pacientes con diagnóstico clínico de probable linfoma, presentandose correlación diagnóstica en 31 casos (72%) y no habiendo correlación diagnóstica en 13 casos lo que representa el 28%.

De los 31 casos que sí correlacionaron; 14 correspondieron a Enfermedad de Hodgkin, 10 casos a Linfoma No Hodgkin y 7 a hiperplasia linforetica.

De los 13 casos que no correlacionaron; 3 casos el material fué insuficiente en la impronta, presentandose además 2 falsas negativas correspondiendo al 4.6% y 8 falsas positivas lo que corresponde a un 18.6%.

Los resultados de éste estudio son satisfactorios y --justifica la introducción de la impronta de ganglio dentro de los exámenes de procedimiento diagnóstico en los pacientes con probable linfoma con una tinción ya conocida y su uso sucesivo y la adquisición de mayor experiencia del observador hará que éste porcentaje se mejore, además de ser una técnica rápida, no costosa y que para su realización --requiere poco tiempo.

BIBLIOGRAFIA._

- 1.- Ioachim Harry L. Lymph Node Biopsy. J.B. Lippincott - Company United States of America, 1982. pp.3-31.
- 2.- Kissane JM, Gephardt GN: Lymphadenopathy in Childhood. Hum. Pathol 5:431-439,1974.
- 3.- Sinclair S. Beckman E, Ellman L: Biopsy of enlarged - superficial lymph node. JAMA 228:602-603,1974.
- 4.- Moore RD, Wusberg AS, Bowerfind ES: An evaluation of lymphadenopathy in sistemic disease, Arch. Intern. -- Med. 99:751-759,1957.
- 5.- Schroer KR, Franssila KO: Atypical hyperplasia of --- lymph node a folow-up study. Cáncer 44:1155-1163,1979.
- 6.- Kissane JM, Gephardt GN: Lymphadenopathy in childhood. Hum. Pathol 5:431-439,1974.
- 7.- Butler JJ; Non-neoplastic lesions of lymph node of man to be differentiated for lymphomas. Natj Cáncer Inst-Monogr. 32:233-255,1969.
- 8.- Ultmann JE, Koprowska I, Engle RL. Cáncer 11:507-524, 1958.
- 9.- Lucas PF, Blood 10:1030-1054,1955.
- 10.- Moore RD, Regan JW: Celular Study of Lymph node im-- prints. Cáncer 6:606-618,1953.
- 11.- Suen CK, Yermakov V, Raudales O; The Use of Imprint-Technic for Rapid Diagnosis in Postmortem Examinatio-ns. Am. Clinic. Pathol. 65:291-300,1976.
- 12.- Godwin JT: Rapid Cytologic Diagnosis of Surgical -- Specimens. Acta Cytol 20:111-115, 1976.
- 13.- Ghandur-Manaymneh L, Paz J. The Use of Touch Prepara-tions (Tissue Imprints) in the Rapid Intraoperative-Diagnosis of Metastatic Lymph Node Disease in Cáncer Staging Procedures. Cáncer 56:339-344,1985.

- 14.- Carbone A, Caillaud JM, Micheau C. Cytochemistry of-Reed-Sternberg Cells in Lymph Node Imprints. A,J,C,-P, 79:553-558,1983.
- 15.- Quill AL, Leahy RG, Lawler, Finney. Lymph node imprint cytology for the rapid assessment of axillary node metastases in breast cancer. Br. Surg. 71:454-455 1984.
- 16.- Tabibzadeh SS, Gerber MA. Applicability of Imprints-to Immuno ultrastructural Studies of Lymphoid Tissues. The J. Histochem Cytochem. 33:884-890,1985.
- 17.- Symmers W St, C Sr: Survery of the eventual diagnosis in 600 cases referred for a second histological-opinion after an initial biopsy diagnosis of Hodgkins disease. J. Clin. Pathol. 21:650-653,1968.
- 18.- Moore RD, and Reagan JW: Celular study of lymph node imprints. Cáncer 6:606-618,1953.
- 19.- Williams JW. Hematology 3th Edition. McGraw-Hill --- Book Comany United States of America, 1983.