

11209



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

170

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LINFOMAS GASTRO-  
INTESTINALES PRIMARIOS EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPULVEDA" DE  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE  
C I R U G I A G E N E R A L  
P R E S E N T A

DR. JUAN CARLOS OROZCO OREGON

ASESORES:

DR. ENRIQUE LUQUE DE LEON

DRA. ROCIO GUADALUPE RAMIREZ ACEVES



IMSS

MEXICO, D.F.

OCTUBRE 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1



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.

*Halabé*

Dr. José Halabé Cherem.  
Jefe de la División de Investigación y Educación Médica  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"  
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.  
C.M.N. SIGLO XXI  
IMSS HOSP. DE ESPECIALIDADES  
**RECORRIDO**  
03 OCT 2002  
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

Dr. Roberto Blanco Benavides.  
Jefe del Servicio de Gastrocirugía.  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G".  
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.  
Profesor Titular del Curso de la Especialidad de Cirugía General.

*[Handwritten signature]*

Dr. Enrique Luque de León.  
Médico Asesor de Tesis.  
Médico Adscrito del Servicio de Gastrocirugía.  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G".  
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

*Rocio Ramirez Aceves*

Dra. Rocío Guadalupe Ramírez Aceves.  
Médico Asesor de Tesis.  
Médico Adscrito del Servicio de Patología  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G".  
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

*[Handwritten signature]*

Dr. Juan Carlos Orozco Oregón.  
Médico Residente del 4to. Grado de Cirugía General.  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G".  
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

*[Handwritten signature]*  
SUBDIVISION DE INVESTIGACION Y EDUCACION MEDICA  
DIVISION DE INVESTIGACION Y EDUCACION MEDICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
D. N. A. M.

# DEDICATORIA:

A mis padres y a Rita Kraemer.

# INDICE

Introducción.....	5
Antecedentes.....	6
Planteamiento del Problema.....	9
Hipótesis.....	9
Objetivo.....	9
Material Pacientes y Métodos.....	9
Consideraciones Éticas.....	11
Recursos para el estudio.....	11
Cronograma de Actividades.....	12
Resultados.....	13
Conclusiones.....	17
Hoja de Recolección de Datos.....	18
Referencias Bibliográficas.....	19

## Experiencia en el manejo de Linfomas Gastrointestinales Primarios en el Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda” del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

En nuestro hospital, no se ha realizado un estudio a cerca de los tipos histológicos más frecuentes de linfomas gastrointestinales primarios y de la topografía más frecuente de los mismos para comparar con la bibliografía mundial en donde el Linfoma Gástrico es el más común. Además se pretende determinar la variedad histológica más común; así como el patrón de crecimiento: nodular o difuso, siendo este último a nivel mundial el más frecuente.

La clasificación de la Working Formulation pretende englobar a los Linfomas gastrointestinales primarios en tres grupos: bajo, intermedio y alto grado, dependiendo del tipo celular (células grandes o pequeñas, hendidas o NO hendidas, y linfomas tipo MALT) y del grado de diferenciación celular (linfocíticos o linfoblásticos, etc) principalmente. Esta clasificación ha mostrado tener una buena correlación con el pronóstico, motivo por el que se incluye en este estudio como una de las variables a determinar.

Finalmente se incluyen la edad y el sexo dentro de las variables que se determinaron.

## ANTECEDENTES:

El tracto gastrointestinal representa el sitio más común de los linfomas extraganglionares (6). Los linfomas primarios gastrointestinales primarios No-Hodgkin constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden involucrar cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo afectado con mayor frecuencia el estómago (1, 4, 5).

En el intestino delgado, estos tumores son raros, sin embargo representan del 10 al 20% de los tumores malignos de éste órgano (8).

Los criterios descritos por Dawson para que un linfoma sea clasificado como primitivo incluyen la ausencia de linfadenopatía mediastínica o periférica, un recuento de leucocitos y fórmula normales, compromiso predominantemente gastrointestinal y ausencia de compromiso hepático o esplénico (8).

Los linfomas gastrointestinales se estadian utilizando la clasificación modificada de Ann Arbor:

- IE Tumor confinado al intestino delgado.
- IIE Diseminación a ganglios linfáticos regionales.
- IIIE Diseminación a ganglios no extirpables más allá de los ganglios regionales.
- IVE Diseminación a otros órganos.

Existen tres tipos principales a nivel intestinal: el occidental, el mediterráneo y el de la infancia (14).

A nivel gástrico, la lesión se puede presentar como una masa tumoral, pero más comúnmente como un engrosamiento de los pliegues rugosos secundario a la infiltración linfocítica a nivel de la submucosa.

La anorexia y la pérdida de peso son los síntomas iniciales más frecuentes. La saciedad temprana es un síntoma importante debido a la rigidez de la paredes gástricas y al compromiso progresivo de la luz. El sangrado es raro (14).

Hasta una cuarta parte de los pacientes (en el tipo occidental) se presentan como una emergencia a causa de perforación intestinal, obstrucción o hemorragia (8).

La presencia de tejido linfoide en la mucosa gástrica es virtualmente patognomónico de la infección por *Helicobacter pylori*. La infección por *H. pylori* puede representar un estímulo para el crecimiento del linfoma gástrico tipo MALT (Mucosa –Associated Lymphoid Tissue). *H. pylori* se puede detectar en más del 90% de los pacientes con linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado, lo que apoya el papel del este microorganismo en la etiología de este padecimiento (3). Sin embargo algunos estudios no han logrado asociar la presencia de *H. pylori* con ningún fenotipo histológico o clínico específico (4).

Hay evidencias de que el tratamiento de la infección de *H. pylori* es seguida de la regresión completa de este tipo de tumores en la mayoría de los pacientes (3, 12, 13).

El método diagnóstico para el linfoma gástrico es la endoscopia de tubo digestivo alto con toma de biopsia (14).

En el linfoma intestinal la tomografía reporta con frecuencia engrosamiento de las paredes intestinales, aunque la mayoría de las veces el diagnóstico se hace durante la cirugía.

El grado de la mayoría de los linfomas del intestino delgado es intermedio o alto. Habitualmente tienen un patrón de crecimiento difuso más que nodular y su origen celular es linfocítico B (8).

La resección del segmento afectado con su mesenterio es el único procedimiento aceptable, ya que la resección completa es el mayor determinante de la remisión completa prolongada. (7, 12). En cualquier operación a causa de una sospecha de linfoma, el procedimiento debe proporcionar también una estadificación y debe incluir Biopsia de hígado y extirpación de ganglios linfáticos paraaórticos, mesentéricos, y regionales en bloque (8).

Se recomienda la quimioterapia a pacientes con evidencia de linfoma residual después de la resección y para todos los tumores de alto grado (2). La quimioterapia adyuvante mejora la supervivencia significativamente en varios estudios en pacientes en etapa II de la enfermedad. Pacientes con enfermedad difusa de células grandes tienen mejor supervivencia que el de células pequeñas. No hendidas, en pacientes con linfoma de alto grado en estadio II. (2).

En algunos estudios el principal factor pronóstico adverso es linfoma de alto grado (2); sin embargo, en otros el principal factor pronóstico es el Estadio (1).

También la topografía es importante en el pronóstico, ya que el estómago se asocia con mejor respuesta al tratamiento(1).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el tipo histológico más frecuente en pacientes con linfomas gastrointestinales primarios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

## HIPOTESIS:

El tipo histológico en pacientes con linfoma Gastrointestinal primario del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI es el Linfoma Difuso de Células Grandes.

## OBJETIVO:

Se pretende determinar el tipo histológico más frecuente en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI para comparar nuestra experiencia con la literatura mundial.

## MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

- 1.- **Diseño del estudio:** transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo.
- 2.- **Universo de trabajo:** pacientes con reporte histopatológico de linfoma gastrointestinal primario en un periodo de cinco años (1994-1998).
- 3.- **Variables:** edad, sexo, topografía, grado (según la Working Formulation) y tipo Histológico, siendo este último el objetivo de la tesis.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el tipo histológico más frecuente en pacientes con linfomas gastrointestinales primarios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

## HIPOTESIS:

El tipo histológico en pacientes con linfoma Gastrointestinal primario del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI es el Linfoma Difuso de Células Grandes.

## OBJETIVO:

Se pretende determinar el tipo histológico más frecuente en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI para comparar nuestra experiencia con la literatura mundial.

## MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

- 1.- Diseño del estudio: transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo.
- 2.- Universo de trabajo: pacientes con reporte histopatológico de linfoma gastrointestinal primario en un periodo de cinco años (1994-1998).
- 3.- Variables: edad, sexo, topografía, grado (según la Working Formulation) y tipo Histológico, siendo este último el objetivo de la tesis.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el tipo histológico más frecuente en pacientes con linfomas gastrointestinales primarios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

## HIPOTESIS:

El tipo histológico en pacientes con linfoma Gastrointestinal primario del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI es el Linfoma Difuso de Células Grandes.

## OBJETIVO:

Se pretende determinar el tipo histológico más frecuente en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI para comparar nuestra experiencia con la literatura mundial.

## MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

- 1.- **Diseño del estudio:** transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo.
- 2.- **Universo de trabajo:** pacientes con reporte histopatológico de linfoma gastrointestinal primario en un periodo de cinco años (1994-1998).
- 3.- **Variables:** edad, sexo, topografía, grado (según la Working Formulation) y tipo Histológico, siendo este último el objetivo de la tesis.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el tipo histológico más frecuente en pacientes con linfomas gastrointestinales primarios del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

## HIPOTESIS:

El tipo histológico en pacientes con linfoma Gastrointestinal primario del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI es el Linfoma Difuso de Células Grandes.

## OBJETIVO:

Se pretende determinar el tipo histológico más frecuente en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI para comparar nuestra experiencia con la literatura mundial.

## MATERIAL, PACIENTES Y METODOS:

- 1.- **Diseño del estudio:** transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo.
- 2.- **Universo de trabajo:** pacientes con reporte histopatológico de linfoma gastrointestinal primario en un periodo de cinco años (1994-1998).
- 3.- **Variables:** edad, sexo, topografía, grado (según la Working Formulation) y tipo Histológico, siendo este último el objetivo de la tesis.

Los datos serán recolectados de los archivos del servicio de Patología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Siglo XXI. IMSS.

4.- **Tamaño de la muestra:** Se trata de un estudio retrospectivo que abarca un periodo de 5 años de enero de 1994 a diciembre de 1998.

**Criterios de inclusión:** pacientes con diagnóstico histológico confirmado por el servicio de patología de nuestro hospital, en el periodo mencionado.

**Criterios de exclusión:** cuando no se encuentre alguna de las variables mencionadas, dentro del expediente clínico.

#### 5.- **Procedimientos:**

El médico residente recabará los datos de los archivos de patología de nuestro hospital y corroborará con los expedientes clínicos.

La asesoría y evaluación del proyecto de investigación correrá a cargo del médico adscrito del servicio de Gastrocirugía y la médico Adscrito del servicio de Patología.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 6.- Análisis estadístico:

Se realizará mediante medidas de tendencia central como medias, medianas, moda y promedios.

## CONSIDERACIONES ETICAS:

Se realizará un estudio retrospectivo que no amerita consideraciones éticas, pues no se somete a riesgo a ningún individuo y por el contrario la información recabada será de gran utilidad para ejercicios clínicos posteriores.

## RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

**Recursos Humanos:** 1 Médico residente de cirugía general.  
1 Médico adscrito del servicio de gastrocirugía  
1 Médico adscrito del servicio de patología.

**Recursos Materiales:** Incluyen una computadora con acceso a internet para la búsqueda bibliográfica, los archivos de patología y el archivo clínico del hospital, fotocopias, libros y revistas, hojas blancas de papel bond, lápices y plumas.

**Recursos Financieros:** Serán proporcionados por el investigador principal.

## 6.- Análisis estadístico:

Se realizará mediante medidas de tendencia central como medias, medianas, moda y promedios.

## CONSIDERACIONES ETICAS:

Se realizará un estudio retrospectivo que no amerita consideraciones éticas, pues no se somete a riesgo a ningún individuo y por el contrario la información recabada será de gran utilidad para ejercicios clínicos posteriores.

## RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

**Recursos Humanos:** 1 Médico residente de cirugía general.  
1 Médico adscrito del servicio de gastrocirugía  
1 Médico adscrito del servicio de patología.

**Recursos Materiales:** Incluyen una computadora con acceso a internet para la búsqueda bibliográfica, los archivos de patología y el archivo clínico del hospital, fotocopias, libros y revistas, hojas blancas de papel bond, lápices y plumas.

**Recursos Financieros:** Serán proporcionados por el investigador principal.

## 6.- Análisis estadístico:

Se realizará mediante medidas de tendencia central como medias, medianas, moda y promedios.

## CONSIDERACIONES ETICAS:

Se realizará un estudio retrospectivo que no amerita consideraciones éticas, pues no se somete a riesgo a ningún individuo y por el contrario la información recabada será de gran utilidad para ejercicios clínicos posteriores.

## RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

**Recursos Humanos:** 1 Médico residente de cirugía general.  
1 Médico adscrito del servicio de gastrocirugía  
1 Médico adscrito del servicio de patología.

**Recursos Materiales:** Incluyen una computadora con acceso a internet para la búsqueda bibliográfica, los archivos de patología y el archivo clínico del hospital, fotocopias, libros y revistas, hojas blancas de papel bond, lápices y plumas.

**Recursos Financieros:** Serán proporcionados por el investigador principal.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

1er semana de septiembre 2002: recabar todos los expedientes.

2da semana de septiembre 2002: llenado de las hojas de recolección de datos.

3era semana de septiembre 2002: resultados y análisis estadístico.

4ta semana de septiembre 2002: conclusiones.

1ª semana de octubre 2002: elaboración de tesis.

## RESULTADOS

Se revisaron los archivos de patología del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda G." De Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 1998 encontrando 31 pacientes con reporte histopatológico de Linfoma Gastrointestinal primario confirmado, sin embargo, se excluyeron 8 pacientes por falta de datos en cuanto al tipo histológico. Se evaluaron 23 pacientes en total, los cuales contaban con todas las variables que se pretendía medir: edad, sexo, localización del tumor, Tipo Histológico y Grado de la Working Formulation.

Se encontró un predominio en el sexo femenino; 14 fueron mujeres (60.8%) y 9 hombres (39.2%).

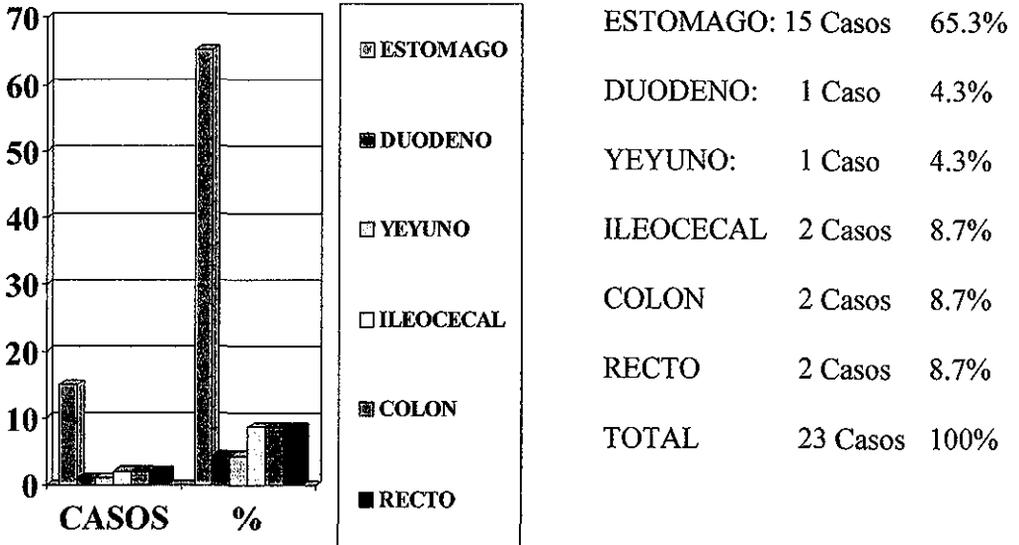
El rango de edad fue de 35 a 69 años con un promedio de 56.3 años.

La topografía más frecuente fue Estómago, documentándose un total de 15 casos que representan un 65.3% del total de la muestra. Duodeno, 1 caso (4.3%); Yeyuno, 1 caso (4.3%); Región ileocecal, 2 casos (8.7%); Colon, 2 casos (8.7%) y Recto, 2 casos (8.7%).

De los 15 casos de Linfoma Gástrico, 13 casos (91.4%) correspondieron al tipo histológico Difuso de células grandes (Grado intermedio de la Working Formulation) y 2 casos tipo MALT (8.6%) (Bajo Grado de la Working Formulation).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TOPOGRAFIA DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL PRIMARIO



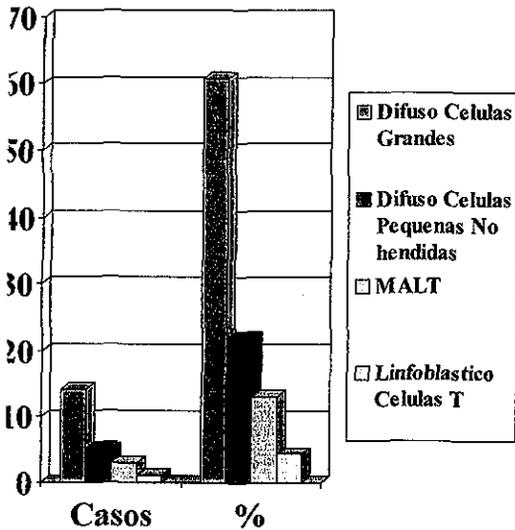
El tipo histológico más comúnmente encontrado fue el Difuso de células grandes, encontrándolo básicamente a nivel Gástrico (13 de 15 casos de Linfoma Gástrico), pero también en un caso de Linfoma en Yeyuno, lo que representa un 60.8% de los 23 pacientes (14 casos en total).

En segundo lugar se encontró el Linfoma Difuso de Células Pequeñas No hendidas (5 casos) que representa el 21.8% del total de la muestra, localizado en colon, recto y región ileocecal. Este tipo histológico es considerado de Alto Grado de la Working Formulation.

En tercer lugar se encontró Linfoma tipo MALT (Bajo grado) en 3 casos, 2 Gástricos y uno Duodenal, lo que representa un 13.1% de la muestra; y por último se encontró un solo caso de Linfoma Linfoblástico de células T,

localizado en el Recto, lo que representa un 4.3% de los 23 pacientes que constituyeron la muestra original.

### FRECUENCIA POR TIPO HISTOLOGICO

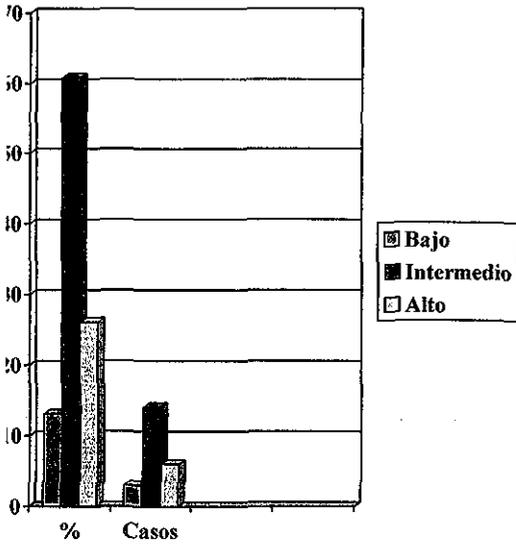


- EL TIPO HISTOLOGICO MAS FRECUENTE FUE EL DIFUSO DE CELULAS GRANDES PREDOMINANTEMENTE EN EL LINFOMA GASTRICO, OCUPANDO UN TOTAL DE 60.8% (14 CASOS).
- EL TIPO DIFUSO DE CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS REPRESENTO EL 21.8% (5 CASOS).
- EL TIPO MALT SE PRESENTO EN EL 13.1% (3 CASOS).
- Y UN CASO DE LINFOMA LINFOBLASTICO DE CELULAS T QUE REPRESENTA EL 4.3%.

Finalmente, de los 23 pacientes; 3 se incluyeron en el grupo de Bajo Grado de la WF (Working Formulation), lo que representa un 13.1%; 14 casos en el grupo de Grado Intermedio WF, lo que constituye un 60.8%, y finalmente 6 casos correspondieron a Linfomas de Alto Grado WF (26.1%), localizándose este último grupo en Colon y Recto así como en la región ileocecal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## FRECUENCIA POR GRADO DE LA WORKING FORMULATION



- SEGUN LA CLASIFICACION DE LA WORKING FORMULATION SE ENCONTRARON:
- Linfomas de Bajo Grado en 3 casos (13.1%)
- *Linfomas de Grado Intermedio* en 14 casos (60.8%).
- Linfomas de Alto Grado en 6 casos (26.1%)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES:

El tipo histológico de Linfomas Gastrointestinales primarios más frecuente encontrado en una revisión de 5 años en el Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda G." De Centro Médico Nacional Siglo XXI fue el Difuso de Células Grandes, con amplio predominio topográfico a nivel Gástrico, lo cual concuerda con la Hipótesis planteada al inicio de este estudio; sin embargo, se encontró que cuando la topografía era diferente a estómago, como región ileocecal, colon y recto, el tipo histológico más común era el Difuso de Células Pequeñas No hendidas, lo cual se cataloga como Linfoma de Alto Grado de la Working Formulation y por consiguiente un comportamiento en general más agresivo.

Los Linfomas linfoblásticos de Células T gastrointestinales primarios de naturaleza agresiva conocida muchas publicaciones son raros en nuestro hospital, encontrándose un solo caso a nivel de recto.

La mayoría de los casos se situó en la 6ta década de la vida con promedio de edad de 56.3 años.

Finalmente se encontró en nuestro hospital un predominio en el sexo femenino de 1.5:1 con respecto a los hombres.

LINFOMAS GASTROINTESTINALES PRIMARIOS  
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PACIENTE	AFIILIACION	EDAD	SEXO	LOCALIZACION	GRADO WF	TIPO HISTOLOGICO
1	176270443	69	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
2	9689610411	35	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
3	1175567169	58	M	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
4	3090630131	63	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
5	782570035	40	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
6	429351001	42	M	COLON	ALTO	DIFUSO DE CEL PEQUENAS NO HENDIDAS
7	6086320063	64	M	ESTOMAGO	BAJO	MALT
8	7580620234	63	F	ESTOMAGO	BAJO	MALT
9	7194743670	60	M	RECTO	ALTO	DIFUSO DE CEL PEQUENAS NO HENDIDAS
10	157390002	59	M	ILEOCECAL	ALTO	DIFUSO DE CEL PEQUENAS NO HENDIDAS
11	155332008	57	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
12	675583664	58	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
13	165424021	54	F	DUODENO	BAJO	MALT
14	7582570290	61	M	RECTO	ALTO	LINFOBLASTICO DE CELULAS T
15	4587684749	55	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
16	1786666637	62	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
17	1168507936	49	M	ILEOCECAL	ALTO	DIFUSO DE CEL PEQUENAS NO HENDIDAS
18	6381510087	58	F	COLON	ALTO	DIFUSO DE CEL PEQUENAS NO HENDIDAS
19	1192200012	50	M	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
20	3092380033	62	M	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
21	672539096	56	F	YEUONO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
22	176559167	58	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES
23	7190573102	63	F	ESTOMAGO	INTERMEDIO	DIFUSO DE CELULAS GRANDES

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Koch P. Del Valle F. Primary gastrointestinal no Hodgkin lymphoma: I. Anatomic and histologic distribution , clinical features, and survival data of 301 patients registered in the German Multicenter Study GIT NHL 01/92. *Journal of clinical oncology*.19(18):3861-3873, september 2001.
- 2.- Fan C. Chanchien C. Primary Colorectal Lymphoma. *Diseases of Colon & Rectum*. 43 (9):1277-1282, september 2000.
- 3.- Bayerdorffer E. Mielhke S. Gastric MALT lymphoma and Helicobacter pylori infection. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics, Supplement 11(Supplement 1):89-94, April 1997.*
- 4.- Hansen P. Vogt K. Primary gastrointestinal non- lymphomains adults: A population – based clinical and histopathologic study. *Journal of Internal Medicine*. 244(1):71-78, July 1998.
- 5.- Arcan A. Dincol D. Clinopathologic features and prognostic factor of primary extranodal No-Hodgkin lymphoma in Turkey. *American Journal of clinical Oncology*. 22(6):587, December 1999.
- 6.- Burkard P. Lance P. Mucosa-Associated Lymphoid Tissue and other gastrointestinal lymphomas. *Current opinion in gastroenterology*. 16(2):107-112, March 2000.
- 7.- Vaillant J. Ruskone F. Management and long-term results of surgery for localized gastric lymphomas. *American Journal of Surgery*. 179(3):216-222, March 2000.
- 8.- Zinner M. Schwartz S. Maingot-Operaciones abdominales. *Editorial Panamericana*. 10º ed. Julio 1998.
- 9.- Shehab T. Hsi E. Helicobacter pylori-associated gastric MALT lymphoma in liver transplant recipients. *Transplantation*. 71(8):1172-1175, April 27, 2001.
- 10.- Tan C. Wilson G. Rectal lymphoma in ulcerative colitis treated with azathioprine. *European Journal of gastroenterology & Hepatology*. 13(8):989-992, August 2001.

- 11.- Shenkier T. Voss N. *Journal of clinical Oncology*. 20(1):197-204, January 1, 2002.
- 12.- Talamonti M. Goetz L. Primary cancers of the small bowel: Analysis of prognostic factors and results of surgical management. *Archives of surgery*, 137(5):564-571, May 2002.
- 13.- Ullrich A. Fischbach W. Incidence of gastric B-Cell lymphomas: A population based study in Germany. *Annals of oncology* 13(7):1120-1127, July 2002.
- 14.- Schwartz S. Shires T. *Principles of Surgery*. Editorial Mc Graw Hill. 7°Ed. 1999.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**