

11227
99

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

INCIDENCIA DE INFILTRACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN
(LNH) DISTINTO AL TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS (MALT)

TESIS:

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

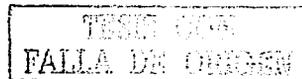
ROBERTO PERALTA JUAREZ

MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

ASESOR:

DR. MOISÉS NOLOTL CASTILLO

MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HECMNR



2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



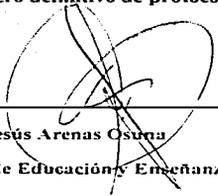
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

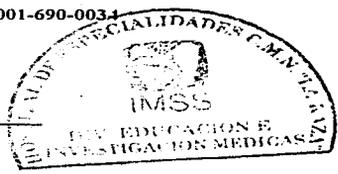
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

Número definitivo de protocolo : 2001-690-0034

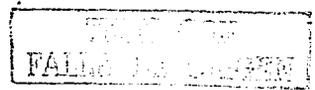


Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de Educación y Enseñanza Médicas
Del HECMNR.


Dr. Raúl C. Ariza Andraca
Titular del Curso de Medicina Interna
Del HECMNR.
Dr. Moisés Xolotl Castillo
Médico adscrito al servicio de hematología y asesor de tesis.

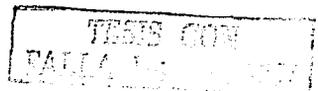
Dr. Roberto Peralta Juárez
Médico residente de Medicina Interna

Autorizo a la Dirección General de Asesoría y Apoyo a la Investigación de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de este trabajo.
NOMBRE: Peralta Juárez Roberto
FECHA: 23/03/03
FIRMA: 



CONTENIDO

Resumen.....	6
Antecedentes.....	7
Material y métodos.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	26
Conclusión.....	27
Bibliografía.....	28
Anexos.....	30



INCIDENCIA DE INFILTRACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN (LNH) DISTINTO AL TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS (MALT).

OBJETIVO GENERAL: Determinar y comparar la frecuencia de factores que se asocian a la incidencia de infiltración gástrica secundaria a Linfoma No Hodgkin (LNH) distinto al Tejido Linfóide Asociado a Mucosas (MALT) en pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza (HECMNR)

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron a pacientes con diagnóstico de LNH del HECMNR de diciembre del 2000 a agosto del 2001, a los cuales se les realizó endoscopia gastrointestinal alta independientemente de que si existían o no síntomas de enfermedad ácido péptica, realizando toma de biopsias de la unión gastroesofágica, curvatura mayor, curvatura menor, antro pilórico y duodeno con posterior estudio histopatológico. Se analizaron características clínicas y de laboratorio, además de distinguir sexo y origen.

RESULTADOS: Los resultados mostraron que el diagnóstico de LNH tuvo un predominio del sexo masculino en un 52.2%, originarios del Distrito Federal y el Estado de México en un 30.4% cada uno, con un promedio de edad de 55.5 años y un estado III en 39.1%. El 100% de los pacientes había recibido tratamiento. En los hallazgos endoscópicos la apariencia macroscópica fue normal en 95.6% de los casos (22 pacientes) y en 4.37% de los casos se reportó como sospechoso de malignidad (1 paciente), el estudio histopatológico no mostró malignidad en 100% de los pacientes. No hubo significancia estadística en los datos de las características clínicas y de laboratorio a excepción de la tensión arterial diastólica.

CONCLUSIONES: La infiltración gástrica no se observó en nuestro estudio aunque en las publicaciones mundiales reportan también incidencias bajas. Uno de los factores que pudieron contribuir en los resultados fue el haber recibido o estar recibiendo tratamiento con quimioterapia (primer ciclo del primer esquema), aun cuando llevamos las sugerencias de Solidoro y colaboradores en lo que respecta a la toma de múltiples biopsias gástricas sin embargo es importante mencionar que el periodo de lista tumoral es en promedio de 7 días, lo que hace difícil establecer que solo el tratamiento haya influido

ESTUDIO CON
ORIGEN

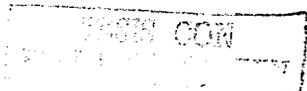
INCIDENCE OF SECONDARY GASTRIC INFILTRATION TO LINFOMA NON HODGKIN (LNH) DIFFERENT TO THE FABRIC LINFOIDE ASSOCIATED TO MUCOUS (MALT).

GENERAL OBJECTIVE: To determine and to compare the frequency of factors that you/they associate to the incidence of secondary gastric infiltration to Linfoma Non Hodgkin (LNH) different to the Fabric Linfoide Associated to Mucous (MALT) in patient Del Hospital of Specialties of the National Medical Center The Race. (HECMNR)

MATERIAL AND METHODS They were studied to patient with diagnostic of LNH of the HECMNR of December from the 2000 to August of the 2001, to which were carried out high gastrointestinal endoscopic independently that if they existed or not symptoms of peptic illness acid, carrying out taking of biopsies of the aron gastroesophagic, bigger bend, smaller bend, hole piloric and duodenum with later study histopatologic. Clinical characteristics were analyzed and of laboratory; besides distinguishing sex and origin.

RESULTS The results showed that the diagnosis of LNH had a prevalence of the masculine sex in 52.2%, natives of the Federal District and the State of Mexico in 30.4% each one, with an average of 55.5 year-old age and a stadium III in 39.1%. 100% of the patients had received treatment. In the discoveries endoscopic the macroscopic appearance was normal in 95.6% of the cases (22 patients) and in 4.37% of the cases it was reported as suspect of malignancy (1 patient), the study histopatologic didn't show malignancy in the patients' 100%. There was not statistical significance in the data of the clinical characteristics and of laboratory to exception of the tension arterial diastolic

CONCLUSIONS: The gastric infiltration was not observed in our study although in the world publications they also report low incidences. One of the factors that could contribute in the results was having received or to be receiving treatment with chemotherapy (first cycle of the first outline), even when we take the suggestions of Solidoro and collaborators in what concerns however to the taking of multiple gastric biopsies it is important to mention that the period of lisis tumoral is on the average of 7 days, that makes difficult to settle down that alone the treatment has influenced



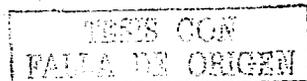
Dr. Jorge Vela Ojeda *
Dra. Margarita Guerrero Hernández **
Dr. Enrique Paredes Cruz ***
Dra. María Isabel Sandoval Arrieta ***
Dr. Clovis Maroun Maroun ***
Dr. Francisco Tripp Villanueva ****
Dra. Laura Díaz de León *****
Dr. Javier Guillermo Domínguez Herrera *****

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Historia de los Linfomas inició en 1832 con la descripción realizada por Hodgkin; la mayoría de los eventos significativos en este campo han sucedido en los últimos 60 años, jugando un papel importante en el nacimiento de la oncología y en la comprensión de la transformación maligna.⁽¹⁾

La incidencia de Linfoma No Hodgkin de todos los grados histológicos ha aumentado en las dos últimas décadas, durante ese periodo se ha observado un incremento también de las presentaciones extranodales, especialmente en sistema nervioso central, piel y tracto gastrointestinal. El Linfoma no Hodgkin (LNH) extranodal puede ser visto inicialmente como linfoma Gastrointestinal (GI) primario definido como adenopatía no palpable o sin presencia de adenopatía mediastinal en estudios radiográficas, con frotis de sangre periférica normal, enfermedad confirmada

Jefatura del departamento clínico de Hematología HECMNR *
Jefatura del departamento de Gastroendoscopias HECMNR **
Departamento de gastroendoscopias HECMNR ***
Departamento de Hematología HECMNR ****
Anatomía Patológica del HECMNR, *****
Departamento de Medicina Interna del HECMNR *****



principalmente al tracto GI por laparotomía o imagen diagnóstica, más simplemente un LNH GI primario es definido como un linfoma con infiltración predominantemente gastrointestinal o con síntomas digestivos relacionados a infiltración patológica gastrointestinal; el estómago es el sitio más afectado, la mayoría de los linfomas gástricos son primarios aunque también puede existir infiltración secundaria en una enfermedad nodal. ^(2,3,4) la incidencia se ha incrementado en un 50%; de todos los casos de linfoma no Hodgkin el gastrointestinal representa del 4 al 20% y es el sitio más común de presentación extranodal ^(5,6)

De los reportes de la literatura se muestra que del 1 a 7% de todas las neoplasias malignas gástricas son linfomas primarios, en el intestino delgado constituyen cerca del 20% y en el intestino grueso el 0.4% de todas las neoplasias malignas con respecto a ese sitio. La incidencia y localización de los linfomas primarios GI varían en todo el mundo, en Europa y el Norte de América los Linfomas GI primarios predominan en el estómago mientras que en el intestino son infrecuentes. ^(4,7) La edad de presentación más frecuente de estas neoplasias es entre los 50 a los 65 años, aunque pueden desarrollarse desde la tercera a octava década de la vida.

Se han empleado varios sistemas de estadificación, pero la frecuentemente utilizada es la de Ann Arbor e incluso la modificada por Musshoff y se recomendó utilizar en un estudio internacional una clasificación la cual se muestra en el anexo 1. ^(1,4,5)

En las dos últimas décadas la mayoría de los reportes en estos tópicos emplean clasificaciones como la de linfosarcomas o de sarcomas de células reticulares; la mayoría de las series son pequeñas y la información está restringida en cuanto a la supervivencia y su relación con la etapa en que se realiza el diagnóstico. ^(4,8)



Se ha observado que ocurre una infiltración secundaria del tracto gastrointestinal por el linfoma No Hodgkin entre el 20 al 60% en los pacientes con nuevo diagnóstico reflejando así la diseminación de la enfermedad, definiéndose como infiltración secundaria a la que se detecta después del diagnóstico de Linfoma No Hodgkin de presentación nodal. En otra serie de casos se reportó que de 405 pacientes se encontró una infiltración gastrointestinal en 64 pacientes (16%) antes de la terapia mientras que otros investigadores reportaron que 13 de 423 pacientes, lo que representa un 2.07%, con Linfoma No Hodgkin en etapas iniciales presentaron infiltración en el estomago. En 1995 se realizó un estudio prospectivo en el que se verificó la prevalencia de infiltración gastroduodenal en una gran cohorte de pacientes con LNHI en etapas iniciales e identificaron su papel en la estrategia terapéutica inicial y de elección encontrándose infiltración gastroduodenal en un 25.9% de los pacientes. ^(7,9) Sin embargo la infiltración tanto para el linfoma gastrointestinal primario como para la forma de secundaria no es fácil reconocerla por métodos clínicos y/o procedimientos quirúrgicos en los que se aprecien cambios mínimos en la mucosa GI por lo que se han empleado biopsias múltiples de la mucosa; ^(6,7,9) Así lo demuestra Solidoro y colaboradores en su estudio observándose infiltración secundaria en estomago y duodeno en un 16.3% de biopsias tomadas por endoscopia. ⁽⁴⁾

En otro estudio las biopsias fueron tomadas de una lesión visible así como de seis sitios definidos en el cuerpo, antro y duodeno. El diagnóstico se realizó histopatologicamente a través de un análisis de la biopsia; donde un 52% se encontró infiltrado el fondo gástrico y un 35% infiltración en el duodeno, estos datos no fueron similares con lo observado en el LNHI gástrico primario. ^(8,9)



Por otra parte la mortalidad en el Linfoma No Hodgkin no ha disminuido como se ha observado en la Enfermedad de Hodgkin aunque la sobrevida a 5 años se ha incrementado de un 28% a un 52%. Se ha presentado una dramática mejoría en la sobrevida en la edad pediátrica contrastando con la de los adultos ya que en décadas pasadas menos del 10% de niños y adolescentes con Linfoma no Hodgkin sobrevivían a 5 años mientras que en series recientes se reporta un 80% a 5 años libres de enfermedad.

(10)

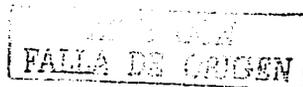
Por lo anterior realizamos un estudio prospectivo, transversal, comparativo, observacional y abierto en pacientes de la clínica de linfomas del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza (IIECMNR) para determinar la incidencia y comparar los factores que se asocian en la infiltración gástrica secundaria a Linfoma No Hodgkin (LNH) distinto al Tejido Linfóide Asociado a Mucosas (MALT) en pacientes con LNH y así emitir con los resultados un pronóstico y terapéutica de acuerdo al estadio de la enfermedad.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS:

Los criterios de inclusión de este estudio fueron: pacientes de ambos sexos de > 16 años de edad con diagnóstico de LNH independientemente del estadio, tratamiento y estirpe histológica. Se consideraron como criterios de no inclusión y eliminación a personas: con diagnóstico de hiperplasia linfoide benigna, gastritis asociada a *Helicobacter pylori*, gastritis por fármacos, gastritis erosiva y menores de 16 años de edad. Excluyéndose a pacientes con diagnósticos de LNH asociado a mucosa, LNH primario de tracto gastrointestinal así como aquellos que fallecieron sin lograrse identificar infiltración gástrica y los que ingresaron al protocolo pero que por alguna circunstancia decidieron suspender la participación en el estudio o se perdieron en el seguimiento.

De los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se obtuvieron datos de los expedientes clínicos acerca de examen físico, análisis de laboratorio, biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función hepática; haciéndose distinción de género y lugar de origen. Los pacientes se enviaron al departamento de gastroendoscopia de la Consulta Externa del Centro Médico Nacional La Raza previa aceptación por consentimiento informado en donde con equipo endoscópico Pentax EG2900, equipo Pentax EG2940 con gastroscopio de mira frontal y pinza jumbo para toma de biopsias, se tomaron biopsias de la unión gastroesofágica, curvatura mayor, curvatura menor del estómago, antro pilórico y duodeno, mismas que



se colocaron en frascos con solución de formol distintos dependiendo del sitio de la toma para que se realizara estudio histopatológico en el departamento de Patología del HECMNR.

Dada las características del diseño, la baja prevalencia del fenómeno estudiado y que no requiere grupo control, solo se incluyeron a pacientes determinados por el lapso de tiempo establecido.

El análisis estadístico que se realizó con la información obtenida fue análisis univariado con medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas de razón, así como análisis porcentual de variables nominales (sexo, estirpe histológica). Análisis bivariado agrupandose con relación a la descripción operacional de las variables independientes (edad, sexo, estadio, estirpe y ecog) y se comparó la variable dependiente (incidencia) mediante χ^2 , prueba exacta de Fisher según el número de pacientes.

RECIBIDO
FALLA DE ORGANO

RESULTADOS

Pacientes y estadio (Ann Arbor)

Se incluyeron en el estudio un total de 23 pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de histológico de Linfoma No Hodgkin, de la clínica de linfomas del HECMNR de diciembre del 2000 a agosto del 2001 (8 meses), el promedio de edad de los pacientes incluidos fue de 55.5 años (rango de edad 20- 84 años , DE 18.39 años), doce pacientes (52.2%) fueron del sexo masculino y 11 pacientes (47.8%) fueron del sexo femenino, el origen del Distrito Federal y Estado de México representó el 30.4% cada uno. Predominó el estadio III en un 39.1% sobre los estadios II y IV que tuvieron 34.8% y 26.1% respectivamente. La estirpe histológica fue de LNH de células grandes en 4 (17.39 %) ; LNH difuso de células grandes en 7 (30.43 %) ; LNH de células pequeñas 4 (17.39 %) y el restante agrupado en otros con 8 casos (34.78 %). El 100% (23) había recibido tratamiento o lo estaba recibiendo con ciclofosfamida 750 mg / m² , vincristina 1.4 / m² y epirubicina a 35 / m² en el día uno y durante 5 días prednisona a 60 mg / m² esquema que se repitió cada tres a cuatro semanas ; de los exámenes de laboratorio destacó el promedio de DIL de 247 UI/ l (rango 107- 778 UI/ l . DE 167.83 UI/ l) y de fosfatasa alcalina 110 UI/ l (rango 57- 323 UI/ l , DE 56.47 UI/ l)

(ver , tabla 1 , tabla 2, tabla 3 y tabla 4)

TRIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Frecuencias de la población total.

Diagnóstico LNH	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
	23	100	100
Sexo			
Masculino	12	52.2	52.2
Femenino	11	47.8	100
Estadio			
II	8	34.8	34.8
III	9	39.1	73.9
IV	6	26.1	100
Origen			
Estado de México	7	30.4	30.4
Distrito Federal	7	30.4	60.9
Puebla	6	26.1	87
Guerrero	3	13	100

LIBRE CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Características generales de los pacientes.

	n	mínimo	máximo	promedio	Desviación Estándar
Leucocitos	23	1980	12400	6061.74	2272.91
Neutrófilos	23	1332	9560	3966.87	1897.86
Linfocitos	23	129	2753	1614.61	738.26
Basófilos	23	0	620	62.83	130.15
Eosinófilos	23	0	992	171.09	220.37
Hemoglobina	23	8.3	16.6	13.175	2.47
Hematocrito	23	26	51.4	40.27	7.53
CMHG	23	80.9	96.4	90.02	4.56
Plaquetas	23	15000	380000	224013.04	96405.18
Glucosa	23	85	285	107.22	44.90
Urea	23	16	128.2	38.76	23.80
Creatinina	23	7	5.1	1.25	896
TGO	23	9	75	23.91	13.83
TGP	23	8	52	22.04	12.56
DHL	23	107	778	246.96	167.83
F. alcalina	23	57	323	110.09	56.47
Edad	23	20	84	55.2	18.39
TA sistólica	23	100	190	73.91	9.41

LIBRO DE
FALLA DE ORIGEN

En la comparación de las constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según el estadio no mostró significancia estadística a excepción de la tensión arterial diastólica (Estadio II 75 mmHg, Estadio III 67.78 mmHg, Estadio IV 81.67 mmHg) que muestra una $P = 0.011$ sin tener significancia clínica, ni asociación con el LNH.

Así también no se encontró significancia estadística ni clínica de acuerdo al lugar de origen, sexo ni al comparar las constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según estirpe histológica.

Hallazgos endoscópicos

La apariencia macroscópica fue normal en 95.6% de los casos (22 pacientes) en 4.37% se reportó como sospechoso de malignidad (1 paciente), sin embargo en el estudio histopatológico ningún caso fue observado con malignidad (100%); la gastritis crónica representó el 52.2% (12), la hiperplasia de tejido linfóide el 22% (12), el resto sin otras alteraciones.

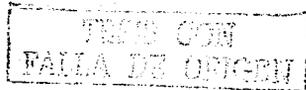


Tabla 3 Comparación de constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según el estadio.

	ESTADIO II n = 8	ESTADIO III n = 9	ESTADIO IV n = 6	VALOR DE p
LEUCOCITOS	5385	6518	6278	0.591
NEUTROFILOS	2984	4456	4541	0.198
LINFOCITOS	2019	1942	1258	0.131
BASOFILOS	40.75	46.11	118.3	0.510
EOSINOFILOS	118.88	171.33	240.3	0.616
HEMOGLOBINA	13.23	13.55	12.5	0.745
HEMATOCRITO	40.67	41.23	38.2	0.756
CMHB	90.28	89.15	90.9	0.763
PLAQUETAS	235875	195255	251333	0.517
GLUCOSA	121.8	104.11	92.3	0.480
UREA	29.18	36.48	54.9	0.124
CREATININA	0.96	1.24	1.65	0.381
ALT	21.80	27.67	21.5	0.602
AST	25.88	22.78	15.8	0.342
DHL	174.63	260.89	322.5	0.261
F. ALCALINA	98.80	113.56	120.3	0.762
EDAD	54.38	51.22	63.5	0.458
TAS	116.25	111.11	125	0.358
TAD	75	67.78	81.67	0.011 *



Tabla 4. Comparación de constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según el lugar de origen

	EDO MEX n = 7	D.F n = 7	PUEBLA n = 6	GRO n = 3	VALOR DE p
LEUCOCITOS	6301	5800	6151	5933	0.982
NEUTROFILOS	4226	3841	4064	3458	0.950
LINFOCITOS	1797	1501	1548	1585	0.901
BASOFILOS	15.2	119.8	52	62.3	0.538
EOSINOFILOS	70.8	254.1	166	221.3	0.484
HEMOGLOBINA	12.9	12.5	13.9	23.6	0.763
HEMATOCRITO	39.6	37.8	43.0	41.8	0.669
CMHB	88.6	88.623	92.1	91.7	0.362
PLAQUETAS	263000	240714	185383	171333	0.380
GLUCOSA	96.4	105.8	89.6	171.3	0.044 *
UREA	33.7	34.5	49.9	37.8	0.630
CREATININA	0.95	1.04	1.68	1.55	0.436
ALT	16.86	31.8	21	27.6	0.204
AST	15.43	24.8	25.17	24.6	0.450
DHL	169.00	301.4	295.33	205	0.425
F. ALCALINA	107.5	127.4	91.3	113	0.735
EDAD	55.8	48.5	57.6	66.6	0.564
TAS	108.5	114.2	131.6	110	0.096
TAD	72.8	75.2	75	70	0.836

USAR CON
FALLA DE LEGEN

Tabla 5. Comparación de constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según estirpe histológica.

	CELULAS GRANDES n=4	DIFUSO DE CELULAS GRANDES n=7	CELULAS PEQUEÑAS n=4	OTROS n=8	VALOR DE p
LEUCOCITOS/M ² DEJ	6585.00± 4385.75	5860.00± 1635.76	4387.50± 1647.41	6782.50± 1465.92	• 377
NEUTROFILOS/M ² DEJ	4895.50± 3624.52	3351.00± 977.70	2662.50± 1649.48	4843.63± 1117.40	• 190
LINFOCITOS/M ² DEJ	1281.75± 656.15	1786.29± 657.43	1372.00± 757.09	1752.13± 874.24	• 623
BASOFILOS/M ² DEJ	169.00± 361.81	57.29± 84.81	52.75± 78.51	19.63± 23.96	• 326
BASOFILOS/M ² DEJ	350.25± 457.17	269.71± 140.22	152.50± 158.93	57.00± 54.92	• 168
HEMOGLOBINAM ² DEJ	12.013± 3.192	13.414± 2.065	13.725± 2.655	13.273± 2.673	• 788
HEMATOCRITOM ² DEJ	36.100± 9.222	40.929± 6.180	42.575± 9.035	40.625± 7.793	• 673
CMHGM ² DEJ	91.825± 3.995	90.457± 4.363	91.800± 3.773	87.850± 5.202	• 398
PLAQUETAS/M ² DEJ	207000± 43305	207571± 123628	207500± 57332	255162± 110436	• 760
GLUCOSAM ² DEJ	101.00± 21.91	131.71± 68.58	97.00± 27.65	94.00± 29.82	• 303
UREAM ² DEJ	32.925± 11.635	33.229± 11.512	15.559± 20.519	13.125± 36.399	• 776
CREATININAM ² DEJ	950± 191	1151± 496	1125± 95741±02	1550± 1455	• 709
EGM ² DEJ	22.72± 9.00	29.86± 11.32	29.25± 8.54	29.00± 19.44	• 643
TCPM ² DEJ	16.75± 9.03	21.57± 13.66	28.00± 12.96	22.13± 11.37	• 685
DHLM ² DEJ	322.25± 173.25	198.14± 46.37	173.25± 29.73	288.88± 250.41	• 472
FALCALINAM ² DEJ	151.00± 118.95	162.29± 23.17	96.75± 15.22	101.67± 11.09	• 303
BDAM ² DEJ	64.00± 13.83	66.14± 13.36	47.25± 12.61	46.13± 21.58	• 098
SISTOLICAM ² DEJ	112.50± 9.57	124.29± 30.47	112.50± 9.57	113.75± 7.44	• 625
DIASTOLICAM ² DEJ	67.50± 6.57	75.71± 11.34	75.00± 8.77	75.00± 9.26	• 547

CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Comparación de constantes hematológicas, bioquímicas y clínicas según el sexo.

	MASCULINO n = 12	FEMENINO n = 11	VALOR DE P
LEUCOCITOS	6015.83	5457.27	0.223
NEUTROFILOS	4621.92	3252.27	0.080
LINFOCITOS	1503.50	1735.82	0.464
BASOFILOS	87.58	35.82	0.341
EOSINOFILOS	198.75	140.91	0.525
HEMOGLOBINA	13.04	13.31	0.794
HEMATOCRITO	39.9	40.6	0.809
CNIH	89.72	90.34	0.781
PLAQUETAS	219525	228009	0.822
GLUCOSA	95.75	118.64	0.272
UREA	40.55	36.80	0.710
CREATININA	1.42	1.06	0.329
ALT	26.43	21.27	0.385
AST	23.25	20.73	0.639
DHL	310.17	178	0.088
F. ALCALINA	121.17	98.00	0.317
EDAD	52.08	59.27	0.354
TAS	113.33	120	0.412
TAD	70.83	77.27	0.107

TRUJILLO
FALLA LAS UNIDADES

Tabla 7. Comparación de características por estadio.

Anova

		F	Significancia
Leucocitos	Entre grupos	540	891
Neutrófilos	Entre grupos	1.761	198
Linfocitos	Entre grupos	2.254	131
Basófilos	Entre grupos	696	510
Eosinófilos	Entre grupos	497	616
Hemoglobina	Entre grupos	292	745
Hematocrito	Entre grupos	274	763
CMHG	Entre grupos	284	756
Plaquetas	Entre grupos	682	517
Glucosa	Entre grupos	761	480
Urea	Entre grupos	2.32	124
Creatinina	Entre grupos	1.013	381
TGO	Entre grupos	521	602
TGP	Entre grupos	1.134	342
DHL	Entre grupos	1.437	261
Fosfalcalina	Entre grupos	275	762
Edad	Entre grupos	812	458
TA sistólica	Entre grupos	1.082	358
TA diastólica	Entre grupos	5.772	011

TESIS CON
FALLA DE CUBRIR

Tabla 8. Comparación de variables por lugar de origen.

Anova

		F	Significancia
Leucocitos	Entre grupos	0.55	082
Neutrófilos	Entre grupos	115	050
Linfocitos	Entre grupos	192	901
Basófilos	Entre grupos	747	538
Eosinófilos	Entre grupos	849	484
Hemoglobina	Entre grupos	388	763
Hematocrito	Entre grupos	827	699
CMHG	Entre grupos	1.139	362
Plaquetas	Entre grupos	1.084	380
Glucosa	Entre grupos	3.255	044
Urea	Entre grupos	588	630
Creatinina	Entre grupos	951	436
TGO	Entre grupos	1.683	204
TGP	Entre grupos	921	450
DHL	Entre grupos	974	425
F alcalina	Entre grupos	428	735
Edad	Entre grupos	699	564
TA sistólica	Entre grupos	2.441	096
TA diastólica	Entre grupos	284	836

RECIBIDO
FALLA LA ORIGINAL

Post Hoc tests

Tabla 9. Comparación múltiple entre grupos: Bonferroni.

Variable dependiente	(i) estadio	(j) estadio	Diferencia de promedios (i-j)	significancia
Leucocitos	dos	Tres	.981	.981
		Cuatro	1.000	1.000
	Tres	Dos	.981	.981
		Cuatro	1.000	1.000
	Cuatro	Dos	1.000	1.000
		Tres	1.000	1.000
neutrófilos	dos	Tres	.343	.343
		cuatro	.396	.396
	tres	Dos	.343	.343
		cuatro	1.000	1.000
linfocitos	Cuatro	Dos	.396	.396
		tres	1.000	1.000
	Dos	Tres	.411	.411
		cuatro	1.000	1.000
	Tres	Dos	.411	.411
		cuatro	1.000	1.000
	cuatro	Dos	1.73	1.73
		tres	1.000	1.000
basófilos	dos	tres	1.000	1.000
		cuatro	.886	.886
	tres	Dos	1.000	1.000
		cuatro	.954	.954
	cuatro	Dos	.886	.886
		tres	.954	.954
eosinófilos	dos	tres	1.000	1.000
		cuatro	.992	.992
	tres	Dos	1.000	1.000
		cuatro	1.000	1.000
	cuatro	Dos	.002	.002
		tres	1.000	1.000
hemoglobina	dos	tres	1.000	1.000
		cuatro	1.000	1.000
	tres	Dos	1.000	1.000
		cuatro	1.000	1.000
	cuatro	Dos	1.000	1.000
		tres	1.000	1.000



Bonferroni

Continuación tabla 9

Variable dependiente	(i) estadio	(j) estadio	Diferencia de promedios (i-j)	Significancia
hematocrito	dos	Tres		1.000
		cuatro		1.000
	tres	Dos		1.000
		cuatro		1.000
CMHG	cuatro	Dos		1.000
		tres		1.000
	dos	Tres		1.000
		cuatro		1.000
plaquetas	tres	Dos		1.000
		cuatro		1.000
	cuatro	Dos		1.000
		tres		1.000
Glucosa	dos	Tres		1.000
		cuatro		869
	tres	Dos		1.000
		cuatro		727
urea	cuatro	Dos		1.000
		tres		1.000
	dos	Tres		1.000
		cuatro		140
creatinina	tres	Dos		1.000
		cuatro		406
	cuatro	Dos		1.000
		tres		406
	dos	Tres		1.000
		cuatro		511
	tres	Dos		1.000
		cuatro		1.000
	cuatro	Dos		511
		tres		1.000

RECIBO
 1981
 10/10/81

Bonferroni

Continuación tabla 9

Variable dependiente	(i) estadio	(j) estadio	Diferencia de promedios	Significancia
TGO	dos	Tres		1.000
		Cuatro		1.000
	tres	Dos		1.000
		Cuatro		1.000
TGP	cuatro	Dos		1.000
	dos	Tres		1.000
		Cuatro		1.000
	tres	Dos		456
Cuatro			1.000	
DHL	dos	Tres		912
		Cuatro		456
	tres	Dos		912
		Cuatro		881
F alcalina	dos	Tres		335
		Cuatro		1.000
	tres	Dos		1.000
		Cuatro		1.000
edad	dos	Tres		1.000
		Cuatro		1.000
	tres	Dos		1.000
		Cuatro		671
TA sistólica	dos	Tres		1.000
		Cuatro		671
	tres	Dos		1.000
		Cuatro		471
TA diastólica	dos	Tres		1.000
		Cuatro		471
	tres	Dos		221
		Cuatro		397
	dos	Tres		221
		Cuatro		010
	tres	Dos		397
		Cuatro		010

DISCUSION

El Linfoma no Hodgkin esta asociado frecuentemente con involucro extranodal en el curso temprano de la enfermedad. Sin embargo los resultados de este estudio en los que el 100% de los pacientes estudiados no presentó afección gastrointestinal, difieren con los reportados por Rosenberg donde 19.7 % de pacientes quienes fallecieron por Linfoma No Hodgkin tuvieron lesiones gastrointestinales encontradas en necropsias.⁽¹⁰⁾ Cornes encontró que el tracto gastrointestinal fue involucrado en 36.7% en pacientes con linfósarcoma.⁽¹¹⁾ Hay series que contrastan con un bajo porcentaje de involucro gastrointestinal como lo demuestra. Bush y Asch reportaron que cerca de la mitad de los linfomas con involucro gastrointestinal fueron lesiones secundarias (2.5% aproximadamente).⁽¹²⁾ Jones evaluó a 405 pacientes con Linfoma antes de la quimioterapia y demostró la presencia de afección a nivel gastrointestinal en 5.6%⁽¹³⁾ y en una serie de 423 pacientes se reporto el 3.07%.⁽¹⁴⁾ Relevante es mencionar que la mayoría de esas series no son recientes.

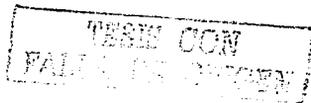
La diferencia de frecuencia de afección encontrada antes de iniciar el tratamiento y en examen post mortem pueden demostrar que los casos no se reconocen además de que cambios minimos en la mucosa gastrointestinal no pueden ser verificados por palpación abdominal u observando la pared gástrica directamente.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

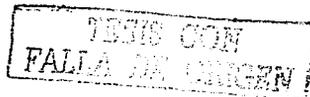
En nuestro estudio los 23 pacientes habían recibido o estaban recibiendo tratamiento con quimioterapia (primer ciclo del primer esquema) factor que pudo contribuir en los resultados aun cuando realizamos las sugerencias de Solidoro y colaboradores en los que se menciona la toma de múltiples biopsias gástricas para tener posibilidad de detectar infiltración en los sitios más frecuentes de afección del LNH ; además que el período de lisis tumoral de la quimioterapia es dentro de los 7 días de haber recibido el tratamiento por lo que es difícil establecer que solo la terapéutica influyó. Otros factores que pueden influir en nuestros resultados y los de estudios previos son las clasificaciones distintas que emplearon los otros autores y el número de pacientes en nuestro estudio.

Nosotros no encontramos infiltración gástrica con los métodos habituales; de los casos de hiperplasia es conveniente realizar inmunohistoquímica y verificar que efectivamente no hay infiltración estudio que no se realizó por no contar con anticuerpos monoclonales para la inmunohistoquímica ; aunque en la literatura mundial es muy baja la incidencia . En nuestros pacientes se realizará seguimiento para evaluar sobrevida global, sobrevida libre de enfermedad y la ausencia de infiltración gástrica al momento actual.

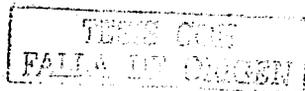


BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aisenberg AC. Historical review of lymphomas. Br J Haematol 2000; 109: 466-476
2. - Solidoro A, Salazar F, De la Flor J, Sanchez J, Otero J. Endoscopic tissue diagnosis of gastric involvement in the staging of non Hodgkin's lymphoma. Cancer 1981;48:1053-1057
3. - Isacson PG. The current status of lymphoma classification. Br J Haematol 2000; 109: 258-266
4. - Harris NL, Jaffe E, Stein, et al. A revised European- American classification of Lymphoid neoplasms: A proposal from The International lymphoma Study Group. Blood 1994; 84:
5. - Kolve M, Fishbach W, Greiner A, Wilms K. Differences in endoscopic and clinicopathological features of primary and secondary gastric non Hodgkin's lymphoma. Gastrointest Endosc 1999; 49:307-315
6. - Crump M, Gospodarowicz M, Shephered AF. Lymphoma of the Gastrointestinal Tract. Semin Oncol 1999; 26: 324-337
7. - Dragosics B, Bayer P, Radasakiewicz T. Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's lymphomas. A retrospective clinic pathologic study of 150 cases. Cancer 1985; 55: 1060-1073
- 8.- Rosenberg S, Diamond HD, Jaslowitz, et al. Lymphosarcoma: a Review of 1269 cases. Medicine 1961; 40: 31-84



8. - Brooks JJ, Enterline HT. Primary Gastric Lymphomas. A clinic pathologic study of 58 cases with Long-term follow-up and literature review. Cancer 1983; 51: 701-711
9. - Valenti M, Bortoluzzi F, Cannizzaro R, Zagonel V, et al. Gastroduodenal involvement in staging of Nodal Non Hodgkin lymphomas: A clinical and Endoscopic prospective study of 235 patients. Am J Gastroenterol 1995; 90:
10. - Shipp MA, Harrington DP, Anderson JR, et al. A predictive model for aggressive NHL: The International non-Hodgkin's Lymphoma prognostic factors project. N Engl J Med 1993; 329: 987-993
11. - Cornes JS. Hodgkin's disease of the gastrointestinal tract. Proc R Soc Med 1967;60: 732-733
12. - Bush RS, Asch CL. Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. Radiology 1969; 92:1349- 1354
13. - Jones SE, Fuks Z, Bull M, et al. Non- Hodgkin's lymphomas. IV. Clinicopathologic correlation in 405 cases. Cancer 1973;31:806-823
14. - Goffinet D R, Warnke R, Dunnick N R, et al. Cancer Treat Rep 1977;61:981-992



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO I

SISTEMA DE ESTADIFICACION DE ANN ARBOR

ESTADIO I

Afectación de una única región ganglionar o de una solo localización extralinfática.

ESTADIO II

Afectación de dos o más regiones ganglionares al mismo lado del diafragma.

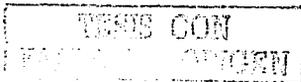
Afectación contigua localizada de un solo lugar extralinfático y de los ganglios linfáticos regionales (ESTADIO II E)

ESTADIO III

Afectación de regiones ganglionares a ambos lados del diafragma: puede ser incluido el bazo.

ESTADIO IV

Afectación diseminada de uno o más órganos extralinfáticos con o sin participación de ganglios linfáticos.



ANEXO 2

CLASIFICACION WORKING FORMULATION

Bajo grado

Linfocitos pequeños con o sin diferenciación plasmocitoide.

Células hendidas pequeñas foliculares.

Celularidad mixta

Grado intermedio

Células grandes foliculares

Células hendidas pequeñas difusas

Celularidad mixta difusa

Células grandes difusas

Grado Alto

Células grandes inmunoblásticas

Linfoblásticas

Pequeñas no hendidas, tipo Burkitt y tipo no Burkitt.

TESIS CON
FALLA DE CENSA

ANEXO 3

LINFOMA NO HODGKIN GASTROINTESTINAL.

ESTADIO I

Tumor confinado al tracto gastrointestinal

Sitio primario único o múltiples lesiones no contiguas

ESTADIO II

Tumor extendido al abdomen desde el sitio primario a nivel gastrointestinal.

Afección ganglionar:

II 1: Local

II2: Distante

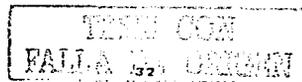
ESTADIO III

Penetración de serosa involucrando órganos o tejidos adyacentes

ESTADIO IV

Diseminación extra ganglionar o lesión gastrointestinal con

Afección ganglionar supra diafragmatica.



ANEXO 4

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

México D.F. a ____ de _____ del 2000

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **INCIDENCIA DE INFILTRACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN (LNH) DISTINTO AL TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS (MALT)**, registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número 010228. El objetivo de este estudio es Determinar y Comparar la frecuencia de factores que se asocian a la incidencia de infiltración gástrica secundaria a Linfoma No Hodgkin (LNH) distinto al Tejido Linfoide Asociado a Mucosas (MALT) en pacientes del HECMR

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la realización de estudio endoscópico alto y toma de biopsias estando hospitalizado en el servicio de Hematología con base en los resultados se podrá emitir un pronóstico así como la terapéutica de acuerdo al estadio de la enfermedad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en lo que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el estudio.

Nombre y Firma del paciente

Dr. Moisés Xolotl Castillo
Matrícula 7784058

Testigo

Testigo

