

UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

11227  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MÉDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA  
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

*“Enfermedad de Hodgkin. Sobrevida a 5  
años en Hospital General”*

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD EN:  
**MEDICINA INTERNA**

PRESENTA:

0 351255

**DRA. ADRIANA SOTELO VIURQUEZ**

ASESOR:

**DRA. ROSA ELENA SOSA CAMAS**



HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO DEL 2002.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



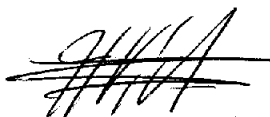
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

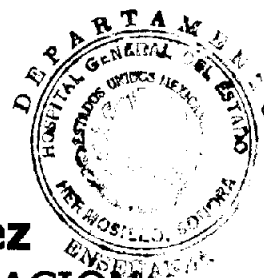
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE  
SONORA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**



**Dr. Ariel Vázquez Gálvez**  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



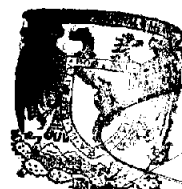
**Dr. Jorge Isaac Cardoza Amador**  
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA



**Dr. Mauricio Beltrán Rascón**  
TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA



**Dra. Rosa Elena Sosa Camas**  
ASESOR DE TESIS



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

“ He aquí yo les traeré sanidad y medicina, y los curaré, y les revelaré abundancia de paz y de verdad...”

Jeremías 33:6

# Agradecimiento

“ Al **Creador** de la ciencia, de la humanidad y todo lo existente.”

“Gracias porque siempre me rodeaste de personas que me brindaron conocimientos, apoyo y su amistad, enumerarlas sería difícil, por el riesgo de omitir alguna, pero tú las conoces, una oración por ellas: Mantenlas en tú mano y cuídalas como tú máximo tesoro”

“ Gracias mil porque has cubierto toda y cada una de mis necesidades, cuidaste de mi padre y mis hermanos, me hiciste crecer y madurar para seguir en tus caminos, no escatimaste en nada, por eso la **Gloria** es para ti.....**Abba.**”

***“ Enfermedad de Hodgkin.  
Sobrevida a 5 años en Hospital  
General “***

Presenta

Dra. Adriana Sotelo Viurquez

# ÍNDICE

Resumen .....	1
Introducción .....	2
Objetivo .....	5
Material y Métodos .....	5
Resultados .....	5
Discusión .....	9
Conclusiones .....	11
Bibliografía .....	12

# RESUMEN

## " ENFERMEDAD DE HODGKIN. SOBREVIDA A 5 AÑOS EN HOSPITAL GENERAL "

Dra. Adriana Sotelo Viurquez\*, Dra. Rosa Elena Sosa Camas\*\*.

**OBJETIVO:** Determinar sobrevida en Enfermedad de Hodgkin (EH) de enero 1996 a diciembre del 2000.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron 24 expedientes, de los cuales se excluyeron 11 por expedientes incompletos. A los 13 restantes se les estudió las siguientes variables (edad, sexo, tipo histológico, estadio, tratamiento, respuesta a tratamiento y estado actual). Método estadístico: Kaplan- Meier.

**RESULTADOS:** Edad promedio de 29.7 años (+/- 10.2), 6 femenino y 7 masculino. Nivel socioeconómico bajo 92.3% (12 pacientes), toxicomanías y alcoholismo 61.5% (8 pacientes). Tipo histológico: esclerosis nodular 69.2% (9 pacientes), celularidad mixta 15.4% (2 pacientes), depleción linfocítica 7.7% (1 paciente) y proliferación linfocítica 7.7%. (1 paciente). Tratamiento recibido: quimioterapia 100% (13 paciente), quimioterapia + radioterapia 38.4% (5 pacientes). Toxicidad al tratamiento (quimioterapia) 23% (3 pacientes). Causas de muerte: progresión tumoral 2 pacientes, empiema 1 paciente, neumonía de focos múltiples (NFM) 1 paciente, y tromboembolia pulmonar (TEP) 1 paciente. Sobrevida a los 4 años de 64%, al año 80.2%. Sobrevida media de 37.9 meses, intervalo de confianza 25-50.7, error estándar 6.5, mediana 49.6.

**CONCLUSIONES:** La sobrevida a 4 años en estadios avanzados III-IV es de 64.2%, similar a la literatura mundial de 67% en hombres y 52% en mujeres. El seguimiento de nuestros pacientes fué inadecuado en el pasado, por tal motivo se perdieron 11 expedientes, la mayoría de los pacientes se encontraron en etapas avanzadas de la enfermedad, contribuyendo esto a la alta mortalidad 38.6%. Es conveniente evaluar nuevamente esta sobrevida a largo plazo.

\*\* Asesor



# INTRODUCCIÓN

## Enfermedad de Hodgkin

**DEFINICIÓN:** Es un desorden neoplásico, originado en el tejido linfoide y definida por la presencia de células de Reed Sternberg (3)(1).

### **SUBTIPOS HISTOLÓGICOS**

- 1.- Predominio Linfocítico
- 2.- Esclerosis Nodular
- 3.- Celularidad Mixta
- 4.- Depleción Linfocítica

### **ANTECEDENTES**

1. Thomas Hodgkin en el Hospital Guy en Londres, fue el primero en reconocer esta enfermedad (3)
2. En 1832; se describieron hallazgos de 7 pacientes por autopsia y notaron infiltración a bazo en 6 pacientes y marcada hipertrofia de tejido linfático.
3. En 1856; Sir Samuel Wilks, describe una enfermedad peculiar con crecimiento esplénico y de ganglios linfáticos.

### **ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS**

1. Etiología desconocida.
2. Las células de Reed Sternberg se originan de linfocitos B cuyo fenotipo son CD30+, CD15+, CD25+. (3)
3. Existen alteraciones de cariotipo: alteraciones del brazo largo del cromosoma 14, 11q23, 6q11, 8q22.
4. El 18-50% de los pacientes son positivos al virus de Epstein Barr.
5. La secreción de citocinas es el elemento que rige el cuadro histopatológico:
  - ◆ Factor de crecimiento tumoral beta ( FCT-B): estimula la proliferación de fibroblastos.
  - ◆ Interleucina 5: factor de crecimiento eosinofílico.
  - ◆ Interleucina 1, Interleucina 6, Factor de Crecimiento Tumoral Alfa (FCT-a), Factor Estimulante de las Colonias de Granulocitos ( G-CSF), Factor Estimulante de las Colonias de Macrófagos ( M-CSF), son secretadas por las células de Reed Sternberg.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

- Hay 7,900 nuevos casos al año en Estados Unidos(1)
- Menos de 1% de todos los cánceres nuevos en Estados Unidos.
- Ocasiona 1,500 muertes al año, esto es una incidencia de 3.2 por 100,000 habitantes de la población general, con alta incidencia en hombres 4:2.6 en relación a mujeres.

- Más frecuente en blancos 3.4:2.1 con respecto a negros.
- Aumenta la incidencia de esclerosis nodular en adultos jóvenes y disminuye en mayores de 40 años.
- Distribución bimodal en ambos sexos: picos a finales de los 20 años y en los 40-45 años.
- Presenta infiltración infradiaphragmática y celularidad mixta en mayores de 40 años.
- Más común en sociedades avanzadas o desarrolladas económicamente.

#### **FACTORES DE RIESGO**

- Asociada con infección por virus que poseen bajo potencial oncogénico.
- Mayor incidencia en gemelos monocigóticos, asociada con HLA-A1, B5, B18.
- Escaso antígeno DR5.
- Mayor incidencia con el Virus Linfotrófico B-Humano.
- Relación con trabajadores de lana 2 a 4 veces más riesgo, por el uso de ácidos fenólicos y herbicidas.
- Uso de hidantoína.
- Deficiencia de inmunoglobulinas.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

- 1.- Nódulos linfoides en 70% de los pacientes.
- 2.- Fiebre de bajo grado, nocturna, diaforesis, fiebre de Pel-Ebstein (4)
- 3.- Pérdida de peso.
- 4.-Otros síntomas: prurito, dolor ganglionar con ingesta de alcohol, tos dolor torácico, síndrome de vena cava superior, edema periférico, ascitis, dolor abdominal, de huesos, síntomas neurológicos.

#### **CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS DE ENFERMEDAD DE HODGKIN ANN ARBOR MODIFICADA POR COSTWOLD (1)**

**ESTADIO I:** Afección de una región ganglionar única o de un sitio u órgano extralinfático.

**ESTADIO II:** Afección de dos o más regiones ganglionares sobre el mismo lado del diafragma(**IIo**). Afección localizada a un órgano extralinfático( tiroides, timo, bazo) o de un sitio y de una o más regiones ganglionares sobre el mismo lado del diafragma (**IIe**). Deberá señalarse en subíndice el número de regiones afectadas (**II3**).

**ESTADIO III:** Afección a ganglios a ambos lados del diafragma (**III**), acompañada o no de alteraciones localizadas a un órgano o sitio extralinfático (**III E**) o del bazo (**III S**).

**III 1** Con o sin afección esplénica, hiliar, mesentérica o portal.

**III 2** Con afección de ganglios paraórticos, iliacos y mesentéricos.

**ESTADIO IV:** Afección diseminada o difusa de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos ( pulmón, intestino, hueso, tejidos blandos, etc..) con o sin crecimiento ganglionar asociado.

Cada estadio se divide en "A", si no hay síntomas generales y "B", si existe pérdida ponderal mayor de 10% por 6 meses o fiebre inexplicable mayor de 38 grados o ambas cosas o bien diaforesis nocturna.

### **LABORATORIO**

- 1.- La biometría hemática generalmente es normal, suele haber anemia moderada con monocitosis, linfopenia y trombocitosis acompañada a estadios tempranos.
- 2.- Leucocitosis en estadios avanzados.
- 3.- Si existe leucopenia probablemente hay infiltración a médula. En estos casos ocurre eosinofilia, producto de la liberación de interleucina 6.
- 4.- Monocitos y leucopenia en 20% de los casos.
- 5.- La anemia y trombocitopenia son poco frecuentes y si se presentan son en etapas avanzadas de la enfermedad.
- 6.- Elevación de fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, 5' nucleotidasa y gammaglutamiltranspeptidasa, estas son inespecíficas.(5)
- 7.- Elevación de la velocidad de sedimentación globular, particularmente asociados a síntomas B.

### **TRATAMIENTO**

Intensidad de la dosis: Cantidad de dosis recibida en comparación a la dosis que debería administrarse según su régimen de quimioterapia a utilizar.

Los pacientes con Enfermedad de Hodgkin con estadio I, IA, curan en más de 90% de los casos. El resto de los pacientes usan quimioterapia y los regímenes más usados son MOPP (mecloretina, vincristina, procarbazona y prednisona) y ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina)(4).

Hoy más pacientes en Estados Unidos reciben ABVD. Con supervivencia de más de 75% en pacientes con enfermedad avanzada o sin síntomas sistémicos. Y 50-70% de los pacientes con síntomas sistémicos.

Si falla la radioterapia inicialmente, tiene excelentes resultados con quimioterapia.

El trasplante de médula ósea autóloga es buena opción, con cura en la mitad de los pacientes en quién fallo la quimioterapia ( refractarios).

### **COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO**

- a) Náuseas.
- b) Daño gonadal
- c) Toxicidad
- d) Segunda neoplasia (9)

## **OBJETIVO**

Determinar sobrevida en Enfermedad de Hodgkin de enero de 1996 a diciembre del 2000.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se detectaron a través del servicio de patología, 24 expedientes donde el diagnóstico fue Enfermedad de Hodgkin.

Se incluyeron 13 expedientes, estudiamos las siguientes variables: edad, sexo, tipo histológico, estadio de la enfermedad, tratamiento recibido, respuesta al tratamiento y estado actual.

Fueron excluidos 11 expedientes, que estaban incompletos, pues no cumplían con las variables a estudiar.

Se completó la información, con el seguimiento del Hospital Oncológico de Sonora de 5 pacientes.

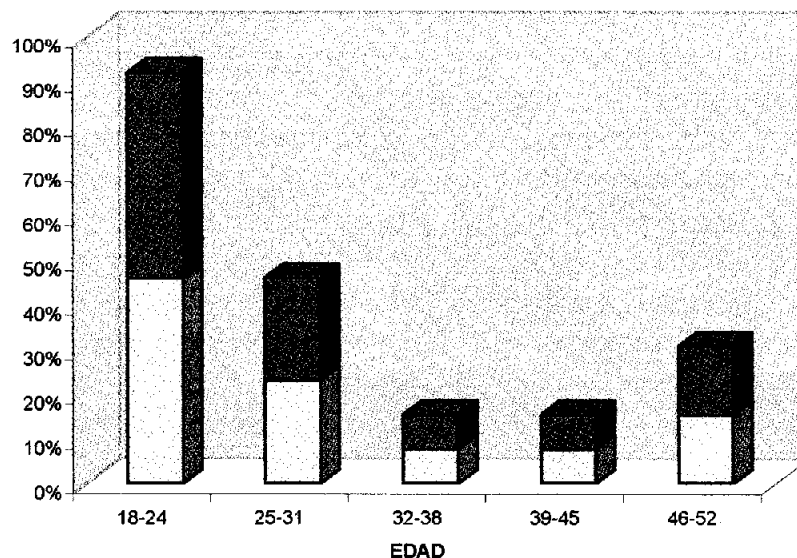
Método estadístico utilizado: Kaplan-Meier.

## **RESULTADOS**

En los 5 años se encontraron 24 expedientes con diagnóstico histopatológico de Enfermedad de Hodgkin (EH), se excluyeron 11 por estar incompletos o no se encontraron.

Los grupos de edades fueron de los 18-24 años 46% (6), de 25-31 años 23% (3), 32-38 años, 39-45 años 7.7% (1) y 46-52 años 15.9% (2). Media 29.8(+/-10.3).

ENFERMEDAD DE HODGKIN



## **OBJETIVO**

Determinar sobrevida en Enfermedad de Hodgkin de enero de 1996 a diciembre del 2000.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se detectaron a través del servicio de patología, 24 expedientes donde el diagnóstico fue Enfermedad de Hodgkin.

Se incluyeron 13 expedientes, estudiamos las siguientes variables: edad, sexo, tipo histológico, estadio de la enfermedad, tratamiento recibido, respuesta al tratamiento y estado actual.

Fueron excluidos 11 expedientes, que estaban incompletos, pues no cumplían con las variables a estudiar.

Se completó la información, con el seguimiento del Hospital Oncológico de Sonora de 5 pacientes.

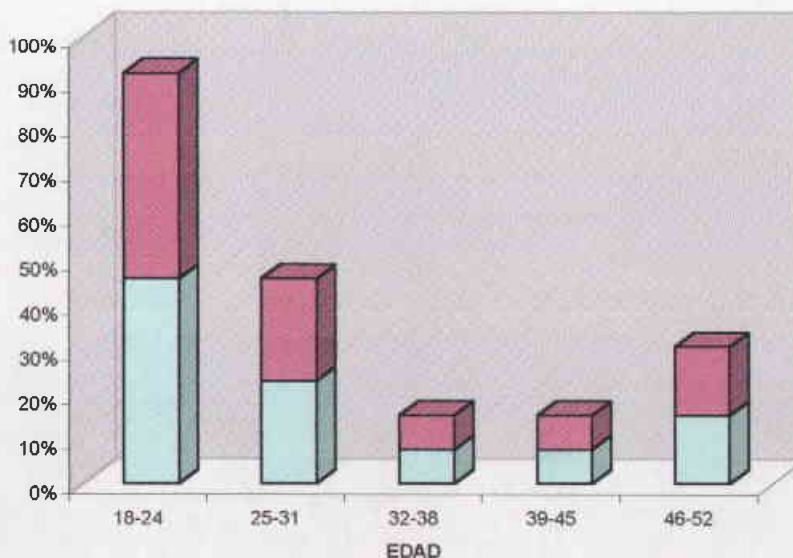
Método estadístico utilizado: Kaplan-Meier.

## **RESULTADOS**

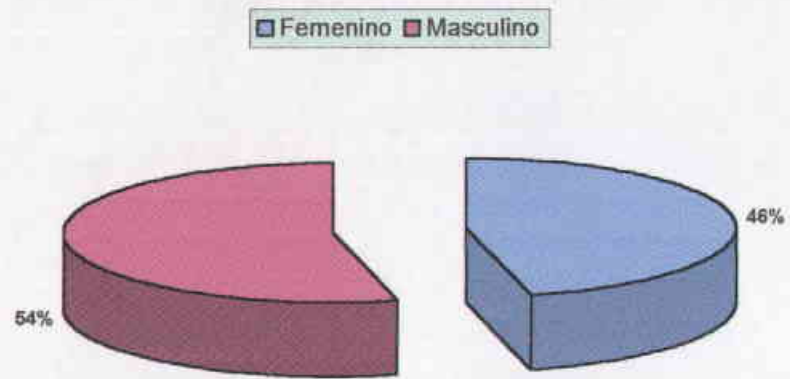
En los 5 años se encontraron 24 expedientes con diagnóstico histopatológico de Enfermedad de Hodgkin (EH), se excluyeron 11 por estar incompletos o no se encontraron.

Los grupos de edades fueron de los 18-24 años 46% (6), de 25-31 años 23% (3), 32-38 años, 39-45 años 7.7% (1) y 46-52 años 15.9% (2). Media 29.8(+/-10.3).

ENFERMEDAD DE HODGKIN

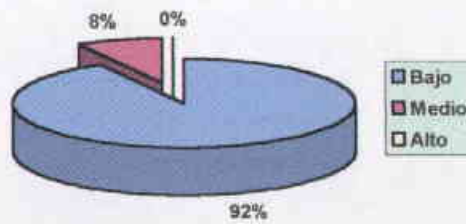


## ENFERMEDAD DE HODGKIN



Seis de sexo femenino y siete de sexo masculino

## ENFERMEDAD DE HODGKIN Medio Socioeconómico

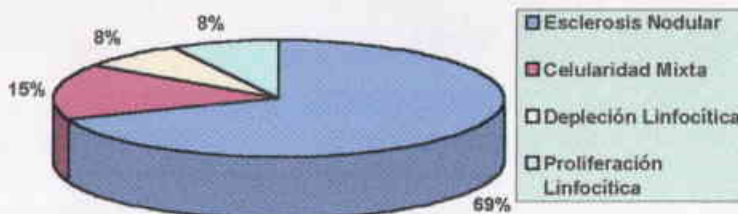


El nivel socioeconómico fue bajo en 12 pacientes (92.3%)

Antecedentes relevantes: toxicomanías (5p) (etilismo y cocaína), tabaquismo (3p), cirugía menor (3p), luxación recurrente de hombro izquierdo (2p), cirugía mayor(1p), obstrucción biliar y diabetes mellitus 2 con un caso respectivamente. El origen urbano fue predominante 53.4% (7) y 46.2% (6) de medio rural . En 1996 se diagnosticó un solo caso de EH , 2 en 1997, 1 en 1998 , 5 en 1999 y 4 en el 2000.

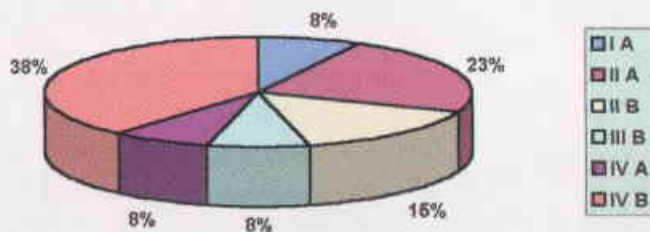
La Esclerosis Nodular fué el tipo histológico más común con 9 pacientes (69.2%), Celularidad Mixta 2 pacientes (15.4%) Depleción y Predominio Linfocítico con un caso cada uno (7.69%).

ENFERMEDAD DE HODGKIN  
Tipo Histológico



El estadio más común fué IV B, en 5 pacientes (38.5%), II A en 3 pacientes (23%), II B en 2 ( 15.3%), I A, II B y IV A con un paciente cada uno (7.7%).

ENFERMEDAD DE HODGKIN  
Estadio



Observamos síntomas B en 8 pacientes ( 61.5%) síntomas A en 5 pacientes ( 38.5%).



Las alteraciones hematológicas más comunes fueron anemia microcítica hipocrómica, solamente un paciente con leucopenia y 7 con leucocitosis arriba de 10,000 /mm<sup>3</sup>. Trombocitopenia en 2 pacientes y 4 con trombocitosis.

Las pruebas de funcionamiento hepático alteradas en TGO (Transaminasa glutámico oxalacética) disminuidas(3), TGP (Transaminasa glutámico pirúvica) disminuida(3), aumentada (9), DHL(deshidrogenasa láctica) aumentada (5). Recibieron quimioterapia 13 pacientes, quimioterapia más radioterapia 5 de los 13 pacientes. El tratamiento con quimioterapia fue ABVD en 7/13 pacientes (53.8%), MOPP 2/13 ( 15.4% ), modificado o híbrido 4/13 (30.8%) radioterapia 5/13 (38.5%) y otros ( interferón alfa) 1/13 (7.7%).

Toxicidad ante quimioterapia manifestada en 3/13 pacientes.

Cinco pacientes fallecieron, se presentó progresión tumoral (2), tromboembolia pulmonar (TEP) (1), empiema (1), neumonía de focos múltiples (NFM) (1). En este momento se encuentran 3 pacientes en remisión, 2 desconocemos su evolución y 5 aún en tratamiento con quimioterapia







La sobrevida acumulada de 80% al año, 64.2% a los 2.4 años. Sobrevida general de 64.2%. Sobrevida media 37.9 meses, mediana 49.6 meses, error estándar 6.5. Intervalo de confianza 25-50.7%.

La sobrevida acumulada de esclerosis nodular a los 12 meses es de 85% ,a los 29.2 meses 64% y media de 39.9%, mediana de 49.6%. Error estándar 6.9 meses. Intervalo de confianza 26.2-53.6%

Celularida mixta y otros 75% se sobrevida en los 10 primeros días, media de 31.2 meses. Error estándar 9 meses. Intervalo de confianza 13.6-48-9 %.

Estadios: Esclerosis nodular en estadio I , celularidad mixta estadio II y III no se pudieron tabular por datos insuficientes. Esclerosis nodular II al año con sobrevida acumulada de 50%. Error estándar 35.4. Mediana 12.20% Media 21.6%,. Error estándar 6.61. Intervalo de confianza 8.6%.

Esclerosis nodular IV sobrevida acumulada a los 2.4 años 66.7%, Error estándar 0.27%. media 42.8%. Tiempo de sobrevida media de 49.6 meses. Error estándar 7.9. Intervalo de confianza 27.4-38.2%.

Celularida mixta y otros en estadio IV 50% de sobrevida acumulada en los 10 primeros días. Error estándar 0.35. Sobrevida media 2.9 días. Mediana 10 días. Error estándar 1.98. Intervalo de confianza 0-6.78%.

## DISCUSIÓN

Nuestros pacientes se encontraron en el primer pico de presentación al momento del diagnóstico, la mayoría entre los 18-24 años, más frecuente en hombres. Como es de esperarse la clase socioeconómica baja predominó en su mayoría, por ser nuestro hospital un lugar de concentración de personas sin recursos y sin servicio médico No hubo antecedentes relevantes para el padecimiento actual.

Llama la atención que el año que más se diagnosticaron fue en 1999, anteriormente a esta fecha no teníamos hematólogo de base, este factor pudo influir en pasar desapercibidos los diagnósticos.



La sobrevida acumulada de 80% al año, 64.2% a los 2.4 años. Sobrevida general de 64.2%. Sobrevida media 37.9 meses, mediana 49.6 meses, error estándar 6.5. Intervalo de confianza 25-50.7%.

La sobrevida acumulada de esclerosis nodular a los 12 meses es de 85% ,a los 29.2 meses 64% y media de 39.9%, mediana de 49.6%. Error estándar 6.9 meses. Intervalo de confianza 26.2-53.6%

Celularida mixta y otros 75% se sobrevida en los 10 primeros días, media de 31.2 meses. Error estándar 9 meses. Intervalo de confianza 13.6-48-9 %.

Estadios: Esclerosis nodular en estadio I , celularidad mixta estadio II y III no se pudieron tabular por datos insuficientes. Esclerosis nodular II al año con sobrevida acumulada de 50%. Error estándar 35.4. Mediana 12.20% Media 21.6%,. Error estándar 6.61. Intervalo de confianza 8.6%.

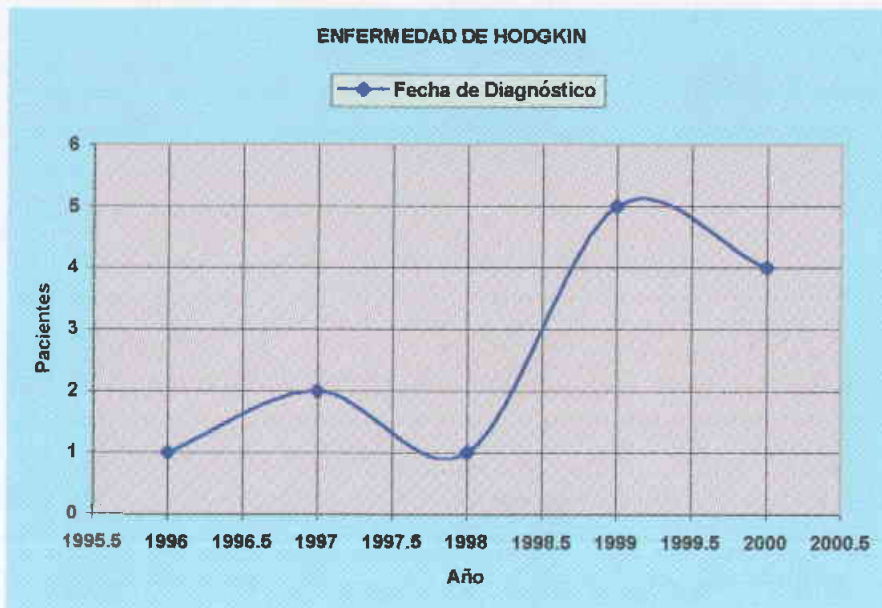
Esclerosis nodular IV sobrevida acumulada a los 2.4 años 66.7%, Error estándar 0.27%. media 42.8%. Tiempo de sobrevida media de 49.6 meses. Error estándar 7.9. Intervalo de confianza 27.4-38.2%.

Celularida mixta y otros en estadio IV 50% de sobrevida acumulada en los 10 primeros días. Error estándar 0.35. Sobrevida media 2.9 días. Mediana 10 días. Error estándar 1.98. Intervalo de confianza 0-6.78%.

## DISCUSIÓN

Nuestros pacientes se encontraron en el primer pico de presentación al momento del diagnóstico, la mayoría entre los 18-24 años, más frecuente en hombres. Como es de esperarse la clase socioeconómica baja predominó en su mayoría, por ser nuestro hospital un lugar de concentración de personas sin recursos y sin servicio médico No hubo antecedentes relevantes para el padecimiento actual.

Llama la atención que el año que más se diagnosticaron fue en 1999, anteriormente a esta fecha no teníamos hematólogo de base, este factor pudo influir en pasar desapercibidos los diagnósticos.



Como comenta la literatura la esclerosis nodular es el tipo más común, en nuestro caso 9 pacientes se diagnosticaron con este subtipo histológico. Un 61.5% con síntomas sistémicos (síntomas B), Hasenclever, encontró 69% y este lo considera de mal pronóstico.

En los estadios avanzados incluímos en etapa III y IV, estos ocuparon un 53.8% (7).

Las alteraciones hematológicas son pocas generalmente normales, encontramos 4 pacientes (30.9%) con anemia microcítica y 5 (38.5%) con anemia hipocrómica.

Leucopenia solo en 1 paciente, y esto se presenta más común en estadios avanzados, y es por infiltración a médula ósea de células de Reed Sternberg, en este estudio así fué, 4 pacientes con trombocitosis.

Las alteraciones hepáticas son características de la infiltración hepática, la mayoría de los pacientes en este estudio, esto se corroboró por los estadios avanzados a su diagnóstico.

Hasenclever menciona el efecto de edad sobre la sobrevida, principalmente de un resultado pobre de la quimioterapia en un 42% en arriba de 34 años y menores de 55 años, y un 5% entre 55-65 años. En estos 5 años, no se presentó relevancia, las muertes se presentaron en individuos entre los 24-48 años y estos estaban en estadios avanzados.

Richard menciona una sobrevida de 54% de 188 pacientes después de 20 años tratados con MOPP muy alta en comparación a la nuestra de 64.2% en 2 años.

El estadio III-IVB en menos de 20 años, el 80% de sobrevida a los 5 años, de 21-40 años, sobrevida de 61% a los 5 años y más de 41 años 22% de sobrevida a los 5 años. La sobrevida libre de enfermedad es de 63%, para el primer grupo y 49% para el segundo grupo.

En la Universidad de Harvard encontramos que fué más común el estadio II A, y en segundo lugar III A, nuestra serie muestra al estadio IV B predominando y en segundo lugar II A. El nivel socioeconómico e Idiosincrasia, aunado a ignorancia, contribuye a localizarlos en estadios avanzados..

El pronóstico es mejor en mujeres, lo corroboramos, ya que solo una fue mujer de las que fallecieron, estando en etapa IV B.

El estudio de Kaplan en Esclerosis Nodular y Celularida Mixta no hay diferencia en sobrevida en estadios I, II, III A. La sobrevida a los 5 años es para III y IV B de 67% para mujeres y 52% para hombres. La sobrevida libre de enfermedad es de 57% y 44% respectivamente.(8)

El 70-75% pueden ser curados en estadios avanzados, 25-40% recaída con tratamiento inicial, nosotros tuvimos un 23% de recaída, similar a literatura mundial. La mayoría recaen en los primeros 4 años.

Nuestra sobrevida de 64% a los 4años, las demás series han presentado porcentajes de 70% a los 5años ( Hesenclever) y 80%( Richard ) (7), más alta que nuestras sobrevidas. La esclerosis nodular es la que tuvo mayor sobrevida de 64% a los 29 meses con una media de 39.9%, La celularida mixta en etapa II y III no pudieron censarse por falta de datos. La esclerosis nodular en etapa II con una sobrevida acumulativa de 50%, media de 21.6% y mediana 12.2%.

Esclerosis nodular en etapa IV , con sobrevida acumulada de 66.7% en 42.8 meses y mediana de 49.6 meses. La celularida mixta con sobrevida de 10 días, ya que falleció en este período.

## **CONCLUSIONES**

La sobrevida a 4 años es de 64% en estadios avanzados III-IV, similar a la literatura mundial de 67% en hombres y 52% en mujeres. El seguimiento en nuestros pacientes fue inadecuado, en el pasado, al grado de perderse 11 pacientes. Se recomienda evaluar nuevamente la sobrevida a largo plazo.

En la Universidad de Harvard encontramos que fué más común el estadio II A, y en segundo lugar III A, nuestra serie muestra al estadio IV B predominando y en segundo lugar II A. El nivel socioeconómico e idiosincrasia, aunado a ignorancia, contribuye a localizarlos en estadios avanzados..

El pronóstico es mejor en mujeres, lo corroboramos, ya que solo una fue mujer de las que fallecieron, estando en etapa IV B.

El estudio de Kaplan en Esclerosis Nodular y Celularida Mixta no hay diferencia en sobrevida en estadios I, II, III A. La sobrevida a los 5 años es para III y IV B de 67% para mujeres y 52% para hombres. La sobrevida libre de enfermedad es de 57% y 44% respectivamente.(8)

El 70-75% pueden ser curados en estadios avanzados, 25-40% recaída con tratamiento inicial, nosotros tuvimos un 23% de recaída, similar a literatura mundial. La mayoría recaen en los primeros 4 años.

Nuestra sobrevida de 64% a los 4años, las demás series han presentado porcentajes de 70% a los 5años ( Hesenclever) y 80%( Richard ) (7), más alta que nuestras sobrevidas. La esclerosis nodular es la que tuvo mayor sobrevida de 64% a los 29 meses con una media de 39.9%, La celularida mixta en etapa II y III no pudieron censarse por falta de datos. La esclerosis nodular en etapa II con una sobrevida acumulativa de 50%, media de 21.6% y mediana 12.2%.

Esclerosis nodular en etapa IV , con sobrevida acumulada de 66.7% en 42.8 meses y mediana de 49.6 meses. La celularida mixta con sobrevida de 10 días, ya que falleció en este período.

### **CONCLUSIONES**

La sobrevida a 4 años es de 64% en estadios avanzados III-IV, similar a la literatura mundial de 67% en hombres y 52% en mujeres. El seguimiento en nuestros pacientes fue inadecuado, en el pasado, al grado de perderse 11 pacientes. Se recomienda evaluar nuevamente la sobrevida a largo plazo.

# Bibliografía

- 1) Ruiz-Arguellez GJ: FUNDAMENTOS DE HEMATOLOGÍA. Editorial Panamericana. México, 2000 pp 239-250.
- 2) Baunwald E: HARRISON'S PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE 15<sup>th</sup> EDITION Editorial Mc Graw-Hill, Philadelphia, 2001 pp 725-727.
- 3) Williams WJ: HEMATOLOGY. Editorial Ma Graw-Hill. EUA,1990 pp 1039-1067
- 4) Spival JL: YEAR BOOK OF HEMATOLOGY. Editorial Musby, St Louis,MO, 1997 pp 198-212.
- 5) Hasenclever D; et al: A PRONOSTIC SCORE FOR AVANCED HODGKIN DISEASE. N Engl J Med 1998;339:1505-14.
- 6) Schechter GP: HEMATOLOGY 2000. Editorial Tha American Society of Hematology. Education Program Book. Washington, DC, 2000 pp 203-206
- 7) Richard G, et al: WINTROBE'S CLINICAL HEMATOLOGY. Editorial Lea y Febige. EUA, 1993. Vol 2.
- 8) Brauninger A; et al: IDENTIFICATION OF COMMON GERMINAL-CENTER B-CELL PRECURSORS IN TWO PATIENTS UIT BOTH HODGKIN'S DISEASE AND NON-HODGKIN ´S LYMPHOMA. N Engl J Med 1999;340:1239-47.
- 9) Bhatia S;et al: BREAST CANCER AND OTHER SECOND NEOPLASMS AFTER CHILDHOOD HODGKIN'S DISEASE. N Engl J Med 1996;334:745-51.