Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):703

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-011 - DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL LINFOMA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

S. Fuente Cosío[1], M. Morán Alcalá[2], E. Armesto González[3], A. Villán González[4], C. Gloria Alonso[5], M. Cándenas Arroyo[6], J. Fernández Carreira[7] y P. García Teijido[8]
C. Ildefonso Cienfuegos, J. Alonso de la Campa, Á. Gómez Marta, M. Blanco Collazos e I. López Carrascosa en representación del Grupo de Trabajo Comisión de tejidos y tumores

[1]Medicina Interna, [2]Hematología, [3]Digestivo, [4]Radiología, [5]Registro de tumores, [6]Bioquímica Clínica, [7]Investigación, [8]Oncología Médica. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias).

Resumen

Objetivos: Analizar el tiempo de demora del diagnóstico y tratamiento de los linfomas en nuestra área sanitaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron los casos con diagnóstico de linfoma mediante muestra ganglionar, en un periodo de 5 años (entre octubre 2010 y octubre 2015), excluyendo aquellos diagnosticados mediante biopsia de médula ósea o sangre periférica. Se recogieron datos epidemiológicos y tiempo de demora entre las distintas consultas y pruebas diagnósticas realizadas.

Resultados: Se identificaron 82 casos de linfoma, 58,5% varones, con una edad media de 68 (± 16) años. El tipo de linfoma, por orden de frecuencia, fue: LNH B difuso de células grandes (29,3%), linfoma folicular (25,6%), LH clásico (19,5%), linfoma T periférico (9,8%), linfoma del manto (6,1%), linfoma linfocítico bien diferenciado y sugestivo de linfoma (2,4% respectivamente) y LH linfocítico nodular, linfoma anaplásico de células gigantes, linfoma B zona germinal y linfoma T angioinmunoblástico (1,2% respectivamente). La primera consulta tuvo lugar en urgencias en el 54,9% de los pacientes, siento el resto atendidos en atención primaria (37 pacientes). El número de pruebas realizadas para llegar al diagnóstico fue: 1 en el 31,7% (54 PAAF, 15 biopsias escisionales y 13 BAG), 2 en el 58,5% (31 biopsias escisionales, 19 BAG y 6 PAAF) y 3 en el 9,8% (8 biopsias escisionales), requiriendo ingreso en el 37,8% de los casos. Las diferentes técnicas diagnósticas precisaron nueva muestra en el siguiente orden de frecuencia: PAAF (95%), BAG (15,6%) y biopsia (4,3%). La mediana del tiempo de demora de la 1ª prueba realizada fue de 13 días y del diagnóstico definitivo 39 días. Así mismo, la mediana de inicio del tratamiento fue de 50 días desde la 1ª consulta y de 6 días teniendo en cuenta la fecha del diagnóstico definitivo, que además podía variar según el manejo: observación (3 casos) 8 (± 11) días, quimioterapia (72 pacientes) 11 (± 14) días, paliativo (1 caso) 42 días y radioterapia (1 paciente) 49 días. Teniendo en cuenta la necesidad de ingreso, todos estos tiempos de demora fueron significativamente menores en los pacientes ingresados respecto a los ambulatorios (8,5 vs 26,8%, 19,34 vs 68,6%, 4 vs 15,9% y 23,5 vs 84,6% respectivamente). También se objetivaron diferencias (aunque no significativas) en cuánto al tiempo medio de demora entre la primera consulta y la primera prueba realizada en función del servicio peticionario: neumología 64 días, cirugía 27 días, otorrinolaringología 21 días, radiología 20 días, atención primaria 19 días, digestivo 9 días y medicina interna 3 días.

Conclusiones: Al igual que en la literatura, hubo predominio de varones, con una edad media unos 10 años superior a lo descrito. La mayoría de los pacientes fueron estudiados a nivel ambulatorio y precisaron 2 pruebas para lograr el diagnóstico de certeza. La BAG presentó mucha mayor rentabilidad diagnóstica que la PAAF. La estirpe histológica por orden de frecuencia fue: linfoma de alto grado, linfoma folicular y linfoma Hodgkin; a diferencia de lo descrito en la literatura donde estaría en primer lugar el folicular seguido de los otros dos tipos de linfoma. Las mediana de demora diagnóstica y terapéutica (39 y 6 días respectivamente) fueron inferiores a lo descrito en la literatura.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.