



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-093 - LINFOMAS EN UNA UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

J. Martín Guerra, M. Martín Asenjo, L. Rodríguez Fernández, G. Zapico Aldea, E. Tapia Moral, P. Tellería Gómez, C. Novoa Fernández y J. Prieto de Paula

Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Resumen

Objetivos: Analizar la forma de presentación, tipo, estadio, tratamiento y supervivencia de los pacientes diagnosticados de linfoma en la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal de los pacientes diagnosticados de linfoma en la UDR del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde enero de 2014 hasta enero de 2018. Se estudian variables demográficas, motivo de consulta, tipo, factores de riesgos, estadio, tratamiento y supervivencia.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 61 años (DE 21,2). Los pacientes con linfoma de Hodgkin -LH- tenían una edad media de 47 años (DE 25,4) frente a la de los casos con linfoma no Hodgkin -LNH-, 66 años (DE 17,3). El 82% de los pacientes presentaron infección pasada por el virus de Epstein Barr (VEB), el 18% restante no presentaron evidencia serológica de infección aguda ni pasada. Solo 3 pacientes (9%) tenían antecedentes de neoplasia previa (dos adenocarcinomas de próstatas y un carcinoma de mama). Ninguno presentó enfermedades autoinmunes ni infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. El principal motivo de consulta (55%) fueron las adenopatías -cervicales, axilares e inguinales-, seguido de fiebre (14,7%) y de pérdida de peso (11,7%). El 17% restante consultó por otros motivos como tos, prurito, dificultad para la deambulación o trombosis venosa profunda. El 29,5% presentó clínica B (55% de los pacientes con LH frente al 20% de los LNH) y solo el 3% prurito. La B2-microglobulina se elevó en el 56% de los pacientes (valor medio 3,7 mg/dl, DE 1,7). Ninguno de los pacientes precisó de ingreso hospitalario por deterioro clínico. El 74% (25 casos) fueron LNH, siendo el más frecuente el linfoma difuso de célula B (15), seguido del linfoma folicular (5). El 26% restante fueron LH. En relación con la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, el 38% presentaban un estadio III, el 29% estadio II y IV respectivamente, y el 3% se encontraban en estadio I. El esquema de tratamiento más empleado fue R-CHOP en el 38% de los pacientes, seguido de ABVD en el 23,3%, y R-miniCHOP o burkimab-13 en el 8,8%. La supervivencia al final del estudio fue del 82% (28 pacientes). Las causas de fallecimiento fueron el shock séptico en el 66,6% (4 pacientes) y la diseminación metastásica en 33,3% (2 pacientes).

Discusión: A diferencia de lo publicado en otras series, en la nuestra existía un ligero predominio de mujeres. La edad media de presentación fue de 61 años. Dentro de los factores de riesgo, en nuestra serie destacó la infección pasada por VEB. Sin embargo, las enfermedades autoinmunes, la infección por VIH y el cáncer previo apenas tuvieron relevancia, hallazgo que quizá pueda explicarse por lo limitado de la muestra. El 29,5% presentó clínica B completa y sólo el 3% presentó prurito. La principal forma de presentación fueron

las adenopatías, en especial, las cervicales. La B2-microglobulina, a pesar de ser el mejor marcador, no se elevó en un 44% de los pacientes. Múltiples estudios coinciden en que estos tumores son más frecuentes a partir de los 60 años de edad. A diferencia de la literatura en nuestro estudio los linfomas se diagnosticaron con más frecuencia en mujeres y un estadio más avanzado, especialmente en el caso de los pacientes con LNH, a pesar de lo cual, la supervivencia al final del estudio es elevada.

Conclusiones: Este estudio pone de manifiesto que los linfomas suelen manifestarse como adenopatías en pacientes mayores de 60 años. En consecuencia, el estudio de las adenopatías a partir de esta edad debe incluir un estudio histológico del ganglio completo, independientemente de la presencia de clínica B o de las cifras de B2-microglobulina. Las UDR son un dispositivo adecuado para el estudio de estos procesos.