

FRECUENCIA DE LINFOMAS EN UN HOSPITAL GENERAL

Dr. GALO HIDALGO B.

Departamento de Patología, Hospital Eugenio Espejo, Quito

Con la revisión de la casuística de linfomas en el Instituto del Cáncer, llevada a cabo por Bustamante¹, se puso de manifiesto la necesidad de realizar un estudio de este tipo de patología en el Hospital Eugenio Espejo, a fin de tener una idea de cómo se presenta el problema en un hospital general. De hecho, se pueden sacar algunas conclusiones llenas de interés, y consecuentemente, orientar la actitud del internista y del cirujano en el futuro, frente al paciente que se presenta con una adenopatía crónica, usualmente acompañada por muy escasa sintomatología.

MATERIALES Y METODOS

En el Hospital Eugenio Espejo, un Hospital General de 450 camas, se tratan pacientes de condiciones muy variables, con una patología muy rica, y la incidencia de neoplasias es relativamente poco importante; en el Hospital existen también salas de niños, y por lo mismo, nuestra casuística consta de un cierto número de casos pediátricos.

Hay que anotar que los pacientes que se atienden en el Hospital Espejo, pertenecen a niveles económicos bajos y por lo mismo, casi siempre acuden al Hospital como primera consulta, salvo un pequeño número de afiliados al Seguro Social.

He procedido a revisar los archivos del Departamento de Patología del Hospital durante diez años, de 1958 a 1967. De un total de 13.100 exámenes realizados en el Departamento, 248 corresponden a histopatológicos de ganglios, esto, sobre un total de 65.000 ingresos en dicho lapso. De los informes histopatológicos he tomado los datos concernientes a sexo, edad, localización y tiempo de evolución de la adenopatía y, desde luego, la clasificación.

He sacado así mismo, los correspondientes a neoplasias malignas, en total 893, considerados todos los órganos y sistemas. En aquellos pacientes en que existía más de un informe sobre la misma neoplasia, biopsias diagnósticas y examen de la pieza quirúrgica por ejemplo, se consideró para la presente estadística, un solo caso; en aquellos casos en que existe el diagnóstico de

biopsia solamente, se ha hecho constar ese único diagnóstico. Las citologías positivas sin confirmación histopatológica, no se han tomado en cuenta.

En un cierto número de casos, el paciente que ha tenido un diagnóstico de cáncer en el hospital, ha sido remitido al Instituto del Cáncer para su atención especializada; resulta así que muchos de los pacientes constan en las estadísticas de ambas instituciones, pero en el Instituto la casuística se vuelve seleccionada. No he tabulado separadamente esta casuística duplicada, porque en realidad no tiene interés hacerlo para los fines del presente trabajo.

La casuística de tumores malignos, con un total de 893 casos en diez años (menos un trimestre completo de 1964, perdido) corresponde a todos los órganos y tejidos. Sería interesante el análisis estadístico de algunos capítulos en particular, como carcinoma uterino, carcinoma de vesícula y vías biliares, pero se sale también de los fines de este trabajo.

RESULTADOS

De las 893 neoplasias malignas diagnosticadas histológicamente en el hospital durante los diez años, la más frecuente es el carcinoma uterino, que hace un 34% de todas las neoplasias (tabla 1). Luego, vienen los linfomas que ocupan el segundo lugar con un 9.4% del total. Esto quiere decir que, si desglosamos los cánceres del útero, que afectan a un solo sexo, para los dos sexos la neoplasia maligna más frecuente es el linfoma.

TABLA I
FRECUENCIA DE NEOPLASIAS
MALIGNAS EN EL HOSPITAL
"EUGENIO ESPEJO", QUITO

Años 1958 a 1967

Formas más frecuentes:	Nº	%
Carcinoma uterino	310	34.0
S. linfo reticular	81	9.4
Carcinoma de piel	70	7.8
Carcinoma de estómago	62	6.9
Carcinoma de próstata	33	3.5
Glándula mamaria	25	2.8
Vesícula y v. biliares	25	2.8
Tiroides	24	2.6
Melanoma maligno, piel	22	2.5
Intestino grueso	22	2.5
Otras neoplasias	219	25.2
TOTAL	893	100.0

Aquí, cabe un paréntesis de tipo conceptual, a fin de definir claramente el tema. Estoy utilizando el término "linfoma" en forma genérica como la mayoría de los autores contemporáneos, significando en forma amplia, una neoplasia maligna de carácter sistémico o multifocal originado en el sistema linfo-reticular. Este sistema consta de los tejidos retículo-endotelial y linfoide que a veces se consideran separadamente, pero que en realidad forman una unidad, aunque morfológicamente exista cierta predominancia de uno u otro componente en algún sitio determinado. El tejido linfoide está condensado normalmente en los ganglios linfáticos, las amígdalas, los folículos lin-

foides intestinales y en gran parte del tejido esplénico, y está formado esencialmente, por linfocitos. El tejido retículo-endotelial se encuentra mucho más ampliamente distribuido y consta de células mono-nucleares fagocíticas y no, y de una trama fibrilar; está formando por ejemplo los sinusoides y el retículo de los ganglios linfáticos, del bazo, y se dispone en los sinusoides de parénquimas como el hígado, la médula ósea. Las células retículo-endoteliales constituyen entonces una parte esencial de todo el tejido linfoide, donde quiera que se encuentre, y por otro lado, funcionan independientemente, y las células reticulares son tan importantes como los linfocitos mismos². Las neoplasias que se originan en este sistema reticular y linfoide adquieren su carácter particular, según el camino y dirección que tomen las células al diferenciarse (diferenciación en sentido histológico), y según el grado o madurez que alcancen en esta diferenciación.

Se reconocen entonces, formas simples como los linfosarcomas propiamente dichos y los reticulosarcomas, y formas mixtas o polimorfos como el linfogranuloma de Hodgkin. La frecuencia relativa de cada variedad en nuestra casuística veremos oportunamente.

LOCALIZACIONES

Me refiero enseguida a la localización primaria aparente, en la casuística que nos ocupa. Esta localización ha sido tomada como consta en el informe histopatológico, sin otra indicación.

TABLA II
LINFOMAS — LOCALIZACION PRIMARIA APARENTE

	Nº	%
GANGLIONAR	54	66
OTROS SITIOS	27	33
TOTAL CASOS	81	100

De los 81 casos de linfomas recolectados, los dos tercios corresponden a localizaciones ganglionares y un tercio a otras localizaciones (tabla II).

De las localizaciones ganglionares, la más frecuente parece ser la cervical, con 57.4% de todas ellas. Cabe aquí sin embargo, una pequeña reserva en cuanto a localización primaria se refiere, porque el ganglio cervical es quizás el más accesible y por lo mismo el preferido por el cirujano para la biopsia diagnóstica; esto se comprueba si se examina la casuística de la patología suplementaria que se encuentra al realizar biopsias ganglionares; la mayor parte de tuberculosis, adenitis banales, micosis, etc., fueron también encontradas en ganglios cervicales; la biopsia de ganglio cervical, bien puede revelar la existencia de un linfoma mediastinal primario. Solamente en tres casos de los 54 linfomas de ganglios, se menciona la presencia de enfermedad diseminada (tabla III).

TABLA III

LINFOMAS

LOCALIZACION GANGLIONAR —
REGIONES:

Cervical	31	57.4%
Axilar	9	} 42.6
Inguinal	7	
Abdominal	4	
Diseminado	3	
TOTAL	54	100.0%

De las localizaciones no ganglionares, más de la mitad corresponden a huesos y cavidades de la cara y cráneo y el resto a localizaciones incidentales. Se ha podido anotar de paso que, en la casuística comprendida en este estudio, los adenocarcinomas en el intestino delgado, fueron más frecuentes que los linfomas, al contrario de lo que se piensa habitualmente, (tabla IV).

TABLA IV

LINFOMAS

Localizaciones no ganglionares:

Cráneo	5	Fo. nasales	4
Amígdalas	2	Se. maxilar	2
H. maxilar	1	M. paladar	1
Int. delgado	4	Piel	3
Hígado	2	Huesos (*)	2
Bazo	1		

(*) Con localización ganglionar

INCIDENCIAS POR EDADES Y SEXOS

El estudio de la distribución de los linfomas por edades, no permite llegar a conclusiones aceptables, por la pequeña casuística: los 81 casos se distribuyen uniformemente en todas las décadas, así: 9-8-13-8-9-12-10... distribución que, si se consideran los diferentes tipos de linfomas, pierde toda significación estadística; no obstante, parece que hubiera un predominio de linfosarcomas —formas diferenciadas— después de la cuarta década, y de enfermedad de Hodgkin y reticulo-sarcoma entre gente más joven, aunque, por debajo de los 15 años de edad, de los 13 casos de linfomas que se registran, cinco son linfosarcomas.

La frecuencia es mayor en el sexo masculino que en el femenino, en relación de 3 a 2, hombres 48 y mujeres 33 casos.

CLASIFICACION

Los 81 linfomas diagnosticados en el Hospital Espejo han sido clasificados siguiendo lineamientos universales. Alrededor del 60% de los diagnósticos corresponden al doctor Jaime Rivadeneira y el resto a mí mismo. En la tabla V se han agrupado bajo las denominaciones conocidas; en pocos casos, al revisar los reportes histopatológicos, se ha encontrado solamente una descripción de la neoplasia, sin un diagnóstico definitivo, revelando pues lo difícil que es a veces encasillar apropiadamente un linfoma; entonces, ha

sido necesario revisar las preparaciones en un esfuerzo por etiquetar el caso para este estudio. En suma, esencialmente, no existen contradicciones ni falta de coincidencia de criterios entre los patólogos, como ocurre definitivamente en algunos capítulos de la patología, de modo que la clasificación que se presenta aquí corresponde fielmente a la que consta en las estadísticas del Instituto del Cáncer por ejemplo.

TABLA V

LINFOMAS, Clasificación

Reticulosarcoma	21	} = 82% monomorfos
Sa. linfocítico	25	
Sa. linfoblástico	21	
Enf. de Hodgkin	7	
Paragranuloma	1	
Linfoma folicular	1	

Del examen de la tabla V se puede anotar que las formas monocelulares o linfomas monomorfos, hacen la mayoría, con el 82% del total. Estas son las formas de evolución más grave, más rápida, si no interviene el tratamiento.

PATOLOGIA COMPLEMENTARIA EN LAS BIOPSIAS DE GANGLIOS

A más de los linfomas, se han encontrado varias entidades patológicas en la casuística de 248 biopsias ganglionares que estamos examinando. En todo caso, se trata de adenopatías de larga evolución, en las que se ha efec-

tuado la biopsia prácticamente como último recurso diagnóstico. En la tabla VI se resume esta casuística, revelándose que después de las adenitis tuberculosas, son los carcinomas metastásicos los más frecuentes; viene luego una serie de adenitis banales, y unas cuantas micosis que hemos englobado en un solo rubro.

TABLA VI

LINFOMAS.—Patología asociada en biopsias, adenopatías de 3 meses o más de evolución

Patología	Nº	%
Linfomas	54	22%
Ca. secundarios	34	13
Tuberculosis	92	38
Adenitis, micosis, etc.	68	27
TOTAL	248	100

La mayor parte de adenitis tuberculosas de esta colección, corresponde a niños, pero no es raro este diagnóstico también en edades avanzadas. En cuanto a las micosis, en tres casos se ha cultivado *P. brasiliensis* y en un caso *H. capsulatum*.

DISCUSION

Esta revisión estadística nos permite establecer que los linfomas ocupan un lugar prominente en la patología del Hospital Eugenio Espejo, el Hospital General más importante de Quito.

Consideradas todas las neoplapsias malignas en ambos sexos, los linfomas son las neoplapsias más frecuentes; la cifra de 9.4% es sin embargo, inferior a la del Hospital Militar, donde el mismo tipo de neoplapsias hace el 12.5% de todas, según la revisión de Tesis realizada por Luzuriaga³, sobre un lapso igual de diez años. En dicha estadística, antes que las neoplasias linforeticulares se encuentran las de piel (14.3%) y luego del aparato digestivo (12.8%).

La comparación con las estadísticas del Instituto del Cáncer pone de manifiesto¹ el hecho interesante de que, en un servicio especializado, los linfomas son relativamente menos frecuentes que en un Hospital General; en efecto, en dicho Instituto los linfomas constituyen el 5.2% de todas las neoplasias; la proporción de neoplasias malignas ingresadas en ese servicio, es del 42% de todos los ingresos. Un hecho curioso es la inversión de las proporciones relativas a ambos sexos, para los linfomas: en el Instituto del Cáncer, la relación es también de 3:2 pero son las mujeres las más afectadas.

En el curso de la revisión de diagnósticos histopatológicos para el presente estudio, pronto se puso de manifiesto, como era de esperarse, que en la gran mayoría de biopsias de adenopatías crónicas, el diagnóstico corresponde a otras entidades y no a linfomas. La patología es variada, pero son las tuberculosis y las neoplasias secundarias las que predominan. Se excluyen de hecho en esta revisión, las entidades patológicas que pueden tener co-

mo una de sus manifestaciones el engrosamiento ganglionar localizado o generalizado, y que no fueron estudiadas histológicamente; el número de estos casos no conocemos, pues la orientación de este trabajo fue hacia la "adenopatía crónica sin diagnóstico", en la cual el internista o el cirujano, solicitaron la biopsia en un esfuerzo por precisar un diagnóstico que de otro modo no pudo ser completado.

El carcinoma secundario o metastásico, en todo caso, constituye un hallazgo; en efecto, no se ha tomado en cuenta en esta revisión el carcinoma metastásico de localización primaria conocida, antes o después de la biopsia. Estos hallazgos muestran entonces, una casuística en que, o las exploraciones necesarias no condujeron a precisar la neoplapsia primitiva, o el diagnóstico de cáncer fue evidente y no se consideró necesario completar su exploración.

Resumiendo el problema en torno a los linfomas solamente, es digno de enfatizarse la constatación de que, de cada cuatro adenopatías que han sido intervenidas, una ha correspondido a un linfoma. Se debe pensar sin embargo que muchas adenopatías-linfomas pasaron desapercibidas, y así mismo, muchas otras banales, que hubieran modificado las estadísticas, no fueron intervenidas.

RESUMEN

En una revisión de la casuística de neoplapsias malignas estudiadas en el Hospital General "Eugenio Espejo", en la década de 1958-1967, se encontró 893

casos de un total de 65.000 ingresos. El primer lugar ocupó el cáncer uterino con el 34% y el segundo correspondió a los linfomas con 9.4% (83 casos). El 75% de los linfomas tuvieron una localización ganglionar y el 57.4% de éstos, a nivel cervical. Dentro de la clasificación histológica, casi el total de linfomas fueron del tipo manomorfo (reticulosarcoma, sarcoma linfocítico y linfoblástico).

El mayor número de linfomas correspondió al sexo masculino, en la proporción de 3 a 2, con respecto al femenino.

SUMMARY

In reviewing o Hospital statistics ("Eugenio Espejo", General Hospital, Quito) con malignant tumors it was found 893 cases in a total of 56.000 hospitalized patients (1,38%). From this

group 305 patients (34%) presented uterus cancer and 83 patients (9,4%) suffered from lymphomas. Seventy five per cent of lymphomas were localized in the lymph nodes and 57% of those, in the cervical region. Hystologically most of the lymphoma tumours were of the monofom type (reticulo-sarcoma, lymphocytic and lymphoblastic sarcoma). Sixty six per cent of the lymphoma appeared in men and the rest in women.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BUSTAMANTE, F.— Los linfomas en el Instituto del Cáncer en Quito. Congreso de PAMA, Guayaquil, octubre, 1968.
2. SYMMERS, W. St. C.— The Lymphoreticular System, en Systemic Pathology, 195 y sgtes.— American Elsevier Publ. Co. New York, 1967.
3. LUZURIAGA, P.— Incidencia de las neoplasias malignas en el Hospital Militar de Quito, 1955-1965. Tesis Doctoral, 1966.