Revisión de la Enfermedad de Hodgkin en el Hospital de Solca

Dr. Guillermo Paulson
Dr. Luis Espín
Dr. Enrique Bonilla
Dr. José Encalada
Dr. Luis Nevarez
Dr. Santiago Contreras
Dr. Francisco Ceballos.

Servicio de Oncopediatria ION, Solca Guayaquil

Abstracto

Se realiza una revisión de 63 pacientes con enfermedad de Hodgkin en los últimos 7 años. El 75% de los pacientes eran varones. La mayoría de ellos entre 6-10 años de edad, representando el 51% de los pacientes. La presentación clínica más común fueron las adenopatias cervicales (47%). La esclerosis nodular y la celularidad mixta fueron las formas histológicas más comunes. El 60% en estadios avanzados. 11 pacientes abandonaron la terapia, 8 recayeron de la enfermedad y 2 fallecieron. La sobrevida global fue el 81% y la sobrevida libre de recaida fue del 76%.

Palabra clave: Enfermedad de Hodgkin.

Abstract

We have made a review of 63 patients with Hodgkin disease in the last years. 75% of the patients are male. Most of them between 6-10 year old, representing the 51% of the patients. The most common clinical presentation was cervical lymphonodes (47%). Mixed celularity and nodular sclerosis is the most common histological presentation and 60% are in advanced stage. 11 patients abandoned the teraphy, 8 relapses and 2 died.

The global survival was 85% and the disease free survival was 76%.

Key Words: Hodgkin Disease

Introducción

La Enfermedad de Hodgkin fue descrita en 1832 por Sir Thomas Hodgkin, la enfermedad que lleva su nombre es una entidad neoplásica de células que normalmente existen en el tejido linfoide y que afectan los órganos del llamado sistema inmunológico, aún no se precisa su origen celular, pero existen informes cada vez más numerosos de que se genera en los linfocitos activados de células B.

Correspondencia y Separatas
Dr. Guillermo Paulson
Servicio de Pediatría, Guayaquil, ION-SOLCA
Avda. Pedro J. Menendez Gilbert
Ciudadela La Atarazana
P.O.Box: 5255 o 3623
Guayaquil - Ecuador
Telf.:288088 Fax: (5934) 278-151

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

No se conoce un agente causal que sugiera una respuesta exclusiva o un agente infeccioso que pueda ser viral. El agente viral más estudiado ha sido el de Epstein Barr y el virus del herpes que suele causar linfopenia, depresión de linfocitos estimulantes CD4 y reducción de la inmunidad celular, también se sugiere que factores genéticos y ambientales participan en la génesis de la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad depende del estudio histológico de un ganglio linfático. Las biopsias por medio de aguja o aspirados ganglionares no son útiles para el diagnóstico.

En el cuadro clínico, los enfermos generalmente cursan con crecimiento ganglionares de consistencia aumentada, móviles, indoloros que usualmente tienen más de 6 semanas de evolución y miden más de 3cm de diámetro.El sitio más frecuente en el 70% de los casos es el cuello y en el 90% de los pacientes las lesiones son superficiales. Con la diseminación de la enfermedad cualquier área ganglionar u órgano puede afectarse, sobre todo el bazo, pulmón, ganglios paraórticos, hígado, huesos

y médula ósea.

El Linfoma desde el punto de vista clínico se divide en A si no hay síntomas generales o en B si existe pérdida ponderal mayor de 10% del peso en los últimos 6 meses, fiebre inexplicable mayor de 38C o sudoración profusa nocturna.

Materiales y Métodos

Se tomaron en cuenta para este estudio los pacientes, desde Enero 90 hasta Diciembre 97 entre las edades de 0 a 15 años de edad. El diagnóstico se realizó por biopsia de la tumoración, se utilizó la clasificación histopatológica de Lukes-Rye.

El tratamiento realizado fue de acuerdo al estadio de la enfermedad, los estadios IA-IIA, IB-IIB recibían, un tratamiento con 4 VBVP (Vinblastina, Bleomycina, Etoposido y Prednisona), para los estadios III recibían una alternancia de 2 ciclos ABVP y con 2 ciclos COPP, los estadios IV recibiían 2 ciclos OPPA (Vincristina, Procarbazina, Prednisona y Adriamycina), luego 4 ciclos COPP. Todos los pacientes recibían radioterapia. Dependiendo de la respuesta inicial a la quimioterapia, si era superior al 70% recibían 20 grays y si era inferior al 70% recibían 40 grays.

Resultados

De los 63 pacientes estudiados, el 75% (47) son hombres y el 25% (16) son mujeres. La edad de mayor incidencia es entre 6 y 10 años con el 51% (32 casos), seguidos de los que están 11 y 15 años con el 30% (19 casos) y entre 0 y 5 años el 17% (12 casos).

Tabla No. 1

GRUPO ETAREO		
AÑOS	NUMERO	%
0-5	29	46
6-10	17	27
11-15	17	27

El sitio más frecuente de presentción con el 46% (29) fue la región cervical y con el 27% (17) la región del abdomen y del mediastino respectivamente.

Tabla No. 2

SITIO DE PRESENTACION		
REGION	CASOS	%
CERVICAL	29	46
TORAX	17	27
ABDOMEN	17	27

De acuerdo a la clasificación histopatológica, la más frecuente fue la Celularidad Mixta con 28 pacientes (44%) y Esclerosis Nodular con 20 (32%) y Predominio Linfocitario 15 (24%) y no hubo Depleción Linfocitaria.

Tabla No. 3

HISTOPATOLOGICO		
CELULARIDAD MIXTA	28	44
ESCLEROSIS NODULAR	20	32
PREDOMINIO LINFOCITARIO	25	24

El estadiaje al inicio del tratamiento más frecuentes fueron los estadios III y IV con 30% cada uno, seguido del estadio II con 22% y el estadio I con 18% de los pacientes.

Tabla No. 4

ESTADIOS	
I	18%
II	22%
III	30%
IV	30%

De los 63 pacientes que fueron ingresados al estadio hubo 7 (11%) perdidos a seguimiento, dos pacientes estadios II y IV no recibieron terapia porque abandonaron el hospital, otro paciente estadio IV recibió 3 ciclos de terapia. Los otros 4 pacientes que eran 3 estadios II y el otros estadio IV complementaron todos los ciclos de quimioterapia pero luego dejaron de asistir al hospital.

El número de pacientes que recayeron fue de 8 pacientes (13%), siendo 5 pacientes de presentación histológica de Esclerosis Nodular, el estadio y la localización de la enfermedad no mostró ninguna diferencia estadística. De las 8 recaídas, 2 pacientes fallecieron luego de múltiples recaídas y eran pacientes de 15 y 16 años, 3 pacientes abandonaron la terapia luego de haber recaído a los pocos meses de finalizada la terapia y 3 pacientes recibieron

tratamiento de rescate encontrándose sin evidencia de actividad tumoral luego de más de 4 años de seguimiento.

La sobrevida global de la enfermedad proyectada a 5 años es del 81% (51 pacientes), la sobrevida libre de recaída es de 76% (48 pacientes). El total de abandonos fue de 10 pacientes y 2 pacientes fallecieron.

Discusión

Como era de esperarse los resultados obtenidos para curar la Enfermedad de Hodgkin son buenos, siendo la aparente única causa para no obtener mejores resultados el hecho que un porcentaje de nuestros pacientes han abandonado las terapias.

Un dato relegante es la incidencia de hombres afectados en relación a las mujeres que es de 3:1, el tipo de patología encontrado es similar a lo clasicamente reportado en los países en vías de desarrollo como el la Celularidad Mixta y las Esclerosis Nodular con 44% y 32% de los pacientes respectivamente, lo que nos sorprende un poco es el hecho de encontrar 29% con Predominancia Linfocitaria que no es reportado tan frecuentemente en esos porcentajes.

El promedio de edad más frecuente fue entre los 6 y 10 años, la mayoría de los pacientes se presentaron con enfermedad avanzada por lo que entre el estadio III y IV representaban el 60% de las patologías.

Aunque hubo inicialmente 7 pacientes perdidos a seguimiento, algunos de ellos habían terminado sus terapias, por lo que, por lo menos 4 de estos pacientes podrían ser considerados como curados, pero de todas maneras no fueron considerados en la evaluación de la sobrevida global.

Es importante señalar que nos preocupa el hecho de haber tenido 8 pacientes por recaídas, que aunque 3 de estos pacientes estadios III fueron rescatados, los otros pacientes estadios IV fallecieron (2) o fueron perdidos a seguimiento (1 estadio II y 2 estadios IV).

Podemos concluir que los pacientes tratados en nuestra institución, tienen en su gran mayoría un buen pronóstico, por lo que podemos mantener el tipo de terapia efectuada hasta este momento, y más bien intentar mejorar la búsqueda de los pacientes que abandonaron las terapias, para darles una real oportunidad de curación que no sean por factores ajenos a la oncología propiamente.

Bibliografía

1. Sullivan M.P. Hodgkin disease in children Hematol. Oncol. North. Am., I: 603-620, 1987.
2. L. Sierrasesúmago; J.Lecumberri I.Martin. Montaner; F. Antillon, P.Barona; I.Villa Elizaga. Enfermedad de Hodgkin. Oncología Pediátrica; 337-370. 1192.
3. Melissa M Hudson- Sarah S. Donaldson: Hodgkin's, disease. Principle and practice of Pediatric Oncology thrid edition by Philip A. Rizzo-David G. Poplack I: 21-523-542-1997.
4. Elizabeth I. Thompson: Clinical Pediatric Oncology Donald J. Fernbach- Teresa J. Vietti: 19:355.- 376 1991.
5. Michael P. Link; Sarah S. Donaldson Pediatric Hodgkin's Disease Hematology of infancy and childhood: Nathan and Oski 1334: 1992.
6. URBA W. Longo D: Medical Progress Hodgkin disease. New Eng J. Med 1992; 326.
7. J.L. Delgado Lamas Vicente Vásquez Villegas Enfermedad de Hodgkin Fundamento de Hamatología G.J. Ruizguelles 172:1994.

El cáncer es curable si se diagnostica a tiempo...
ayúdenos a descubrirlo.

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER - ECUADOR
GUAYAQUIL - QUITO - CUENCA - PORTOVIEJO - MACHALA - LOJA - RIOBAMBA