

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL LINFOMA GASTROINTESTINAL



FREDY AMILCAR YALIBAT POOU

MEDICO Y CIRUJANO

## INDICE

Contenido	Página
Introducción. <sup>1</sup> .....	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación.....	3
Propósito.....	3
Objetivos.....	4
Revisión Bibliográfica. <sup>2</sup> .....	5
Metodología.....	14
Presentación de resultados.....	19
Análisis e interpretación de resultados.....	37
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Resumen.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	45

## INTRODUCCION

El Linfoma Gastrointestinal representa solo una parte de los más de 20,000 nuevos casos de Linfoma reportados cada año y es la séptima causa de muerte más común en los Estados Unidos. (24)

El diagnóstico se ve retrasado ya que la sintomatología no es patognomónica y los signos no orientan, a menos que se palpe una masa abdominal.

A mediados de este siglo el tratamiento de elección era solo la resección quirúrgica, con los avances que ha tenido la medicina, se le ha agregado la quimioterapia y radioterapia como tratamiento coadyuvante.

Dado lo anterior y a sabiendas que el principal objetivo del médico es ofrecer a su paciente todo cuanto a su alcance este para su curación y, aprovechando la experiencia que se tiene respecto a esta patología en el Depto. de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, se realizó el estudio Características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal, con el propósito de dar a conocer a las autoridades de la institución y al personal médico las características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal y, así en el futuro establecer un protocolo de manejo y tratamiento para los pacientes con esta patología.

Este es un estudio descriptivo que se realizó con 21 expedientes clínicos de pacientes pediátricos y adultos atendidos durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997, la información se recabó mediante una boleta y se obtuvieron las siguientes conclusiones: el sexo y la edad más afectada fueron el masculino y los menores de 5 años respectivamente; la ocupación y procedencia son irrelevantes para el diagnóstico; la localización anatómica más afectada es la región ileocecal; el motivo de consulta más frecuente fue la presencia de una masa abdominal; el signo al examen físico más frecuentemente encontrado es la presencia de una masa abdominal; dentro de las ayudas o métodos auxiliares que se pueden utilizar para orientar al diagnóstico están: Tomografía Axial Computarizada, Rx de Tórax, gastroscopia; el tratamiento quirúrgico fue utilizado con fines paliativos; el tratamiento coadyuvante utilizado con más frecuencia fue la quimioterapia; el tipo histológico más frecuentemente reportado es el de patrón difuso; a ninguno de los pacientes se les realizó estadificación.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Linfoma Gastrointestinal representa solo una parte de los más de 20,000 nuevos casos de Linfoma reportados cada año. El Linfoma es la séptima causa de muerte más común en los Estados Unidos, y tres cuartos de estos nuevos casos son de Linfoma No-Hodgkin. El Linfoma No-Hodgkin explica el 1% de todas las malignidades primarias del tracto gastrointestinal. (24)

Deben considerarse como factores de riesgo asociados al Linfoma Gastrointestinal: las infecciones virales (Epstein-Bar), infecciones por Helicobacter pilori, tratamiento previo con agentes alquilantes, estados de inmunosupresión, etc.(11, 14, 19, 21)

El diagnóstico algunas veces se ve retrasado, ya que la sintomatología no es patognomónica. Entre los síntomas más frecuentes están: dolor, pérdida de peso, fatiga, etc. Al examen físico la presencia de una masa abdominal es usualmente rara ocurriendo en un 9 a 12% de los casos reportados, Skudder y Schwartz reportan una masa palpable en un 35% de los casos reportados. (24)

A mediados de este siglo, el tratamiento de elección era la resección quirúrgica; con los grandes avances que ha tenido la medicina actualmente se puede utilizar la cirugía, quimioterapia, radioterapia, tanto solas como combinadas, aunque la terapia combinada tiene mejores resultados. (1,3,4,7,8)

Dado lo anterior y a sabiendas que el principal objetivo del médico es ofrecer a su paciente todo cuanto a su alcance esté para su curación, es necesario realizar un estudio en Guatemala que describa las características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal para que en el futuro éste no pase desapercibido, y se pueda contar con información que ayude a un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de esta patología.

## JUSTIFICACION

Hay pocas cosas más temidas por un médico que una enfermedad letal enmascarada bajo la apariencia de una dolencia benigna; tal es el caso del Linfoma Gastrointestinal. Este cáncer, no solo es mortal (cero por ciento de sobrevida sin tratamiento), si no que nunca o casi nunca se manifiesta francamente.

Con los grandes avances que ha tenido la medicina en las últimas décadas, la sobrevida para el Linfoma Gastrointestinal se ha mejorado grandemente ya que se ha empezado a utilizar la quimioterapia y la radioterapia como tratamientos coadyuvantes a la cirugía.

La sobrevida a los 5 años, se ilustra a continuación (15):

Tratamiento utilizado:	%
Solo cirugía	57
Cirugía + quimioterapia	76
Solo quimioterapia	58

Para poder enfrentarnos a esta patología es necesario que conozcamos como se presenta en nuestra práctica diaria, con datos obtenidos de nuestra realidad, aprovechando la experiencia que se tiene respecto a esta patología en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, y tomando en cuenta que actualmente no hay estudios recientes que nos informen sobre las características de esta patología, se justifica la realización de esta investigación.

Mientras más profundos sean nuestros conocimientos acerca de esta malignidad, mayor será el éxito del tratamiento y consecuentemente el pronóstico que se le pueda brindar a los pacientes con esta patología.

## PROPOSITO

El propósito de esta investigación es el de dar a conocer a las autoridades de la institución y al personal médico las características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal y, así en el futuro establecer un protocolo de manejo y tratamiento para los pacientes con esta patología.

## OBJETIVOS

### GENERAL

- Determinar las características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal, en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1,987 al 31 de Diciembre de 1,997.

### ESPECIFICOS

De los pacientes con Linfoma Gastrointestinal, determinar:

- La edad, el sexo, la ocupación y la procedencia.
- La localización anatómica.
- El motivo de consulta.
- Los signos encontrados al examen físico.
- Los hallazgos de laboratorio y de gabinete.
- Si el tratamiento quirúrgico recibido por los pacientes fue curativo ó paliativo.
- Si recibieron tratamiento coadyuvante.
- El tipo histológico.
- La clasificación.

## REVISION BIBLIOGRAFICA

### Linfoma Gastrointestinal

La mayor información obtenida acerca del Linfoma Gastrointestinal ha sido a través de revisiones retrospectivas recolectados por periodos largos e involucra diversas modalidades de terapia.

Fue Hodgkin el primero en describir la enfermedad de las glándulas de absorción y del bazo en 1832 y, Billroth empieza a utilizar la frase Linfoma maligno en 1871. (24)

### INCIDENCIA:

El Linfoma No-Hodgkin es responsable del 1% de todas las malignidades del tracto gastrointestinal. La afección visceral del Linfoma No-Hodgkin tiene una distribución bimodal, con un pico de incidencia en la infancia afectando principalmente la parte distal del intestino delgado (fig. 1) y el segundo pico de incidencia a los 42 años de edad afectando el estómago (fig. 2). (24)

Fig. 1 Afección de los órganos abdominales por el linfoma en la infancia.

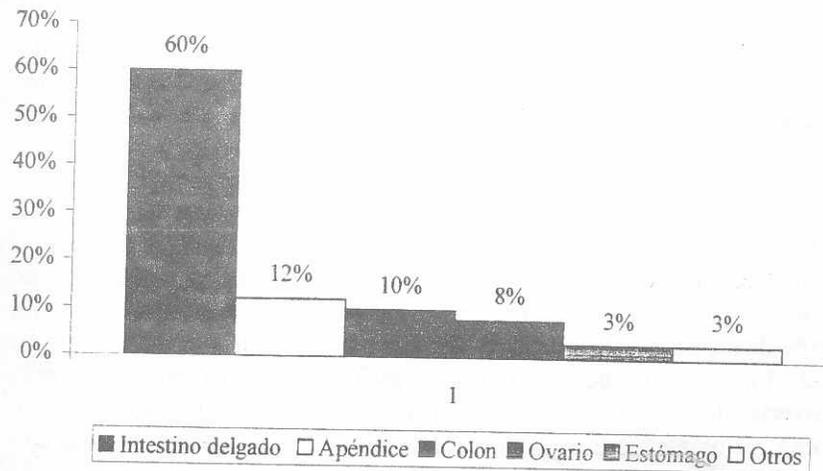
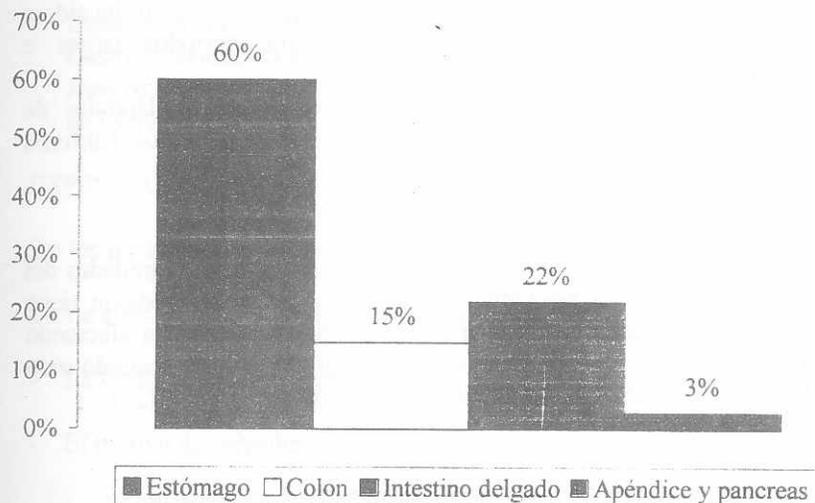


Fig. 2 Afección de los órganos abdominales por el Linfoma en adulto.



La afección del tracto gastrointestinal es común en estados avanzados del Linfoma. Un 33% de los pacientes con Linfoma No-Hodgkin tienen involucrado el estómago, 31% el intestino delgado y un 17% el colon. (2, 10, 24, 26)

### PRESENTACION

a.- Síntomas y signos iniciales: en aproximadamente 2 de cada 3 pacientes, la enfermedad desarrolla un ganglio linfático el cual aumenta de tamaño en forma asintomática, pudiendo también afectar a toda una región de estos. En 30 – 40% de los casos, el aumento de tamaño de los ganglios afecta a la región cervical. En 20 – 50% de los casos, se manifiesta en forma extraganglionar. La mayoría de linfomas de presentación extraganglionar presentan una estructura histológica difusa, y la variedad de células largas es el subgrupo más común. En adultos, los sitios extraganglionares más frecuentemente involucrados son: la cabeza y cuello ó el tracto gastrointestinal, el estómago

es el órgano más afectado de este último. La afección del estómago ó intestino puede dar una gran variedad de síntomas inespecíficos y no evidenciar signos abdominales, por lo cual la sospecha clínica es muy importante. El diagnóstico del Linfoma gastrointestinal es inusual, excepto en casos en los cuales la hemorragia u obstrucción requieren una cirugía de emergencia. (4, 24)

b.- Presentación clínica del Linfoma Gastrointestinal: En Europa y Norte América, la afección gástrica es observada en 50 – 60% de los pacientes, la afección del intestino delgado en 25 – 35% y la afección del intestino grueso (región ileocecal) en 10 – 15%. Estas afecciones del Linfoma se observan entre los 50 y 70 años de edad.

El síntoma más común es el dolor en un 80% de los pacientes, seguido de pérdida de peso (45 %) y fatiga (30 %). Los signos clínico-radiológicos compatibles con úlcera péptica son frecuentemente encontrados en el Linfoma Gástrico. Los síntomas y signos de obstrucción predominan en el Linfoma intestinal. La hemorragia gastrointestinal ocurre en un 15 a 60% de los casos. El Linfoma frecuentemente se ulcera y/o perfora. El examen físico revela la presencia de una masa abdominal en un 20 – 30% de los casos, aunque otros autores reportan un porcentaje más bajo, 9 – 12% de los casos. (4, 24)

### ESTUDIO PATOLOGICO

Numerosas clasificaciones para estadificar el Linfoma Gastrointestinal han sido propuestas, entre las cuales se han utilizado la de la Ann Arbor (que fue creada para el Linfoma Hodgkin y se adapta al del Linfoma No-Hodgkin, Tabla 1), esta clasificación si bien es útil en clínica, tiene varias desventajas cuando se aplica a linfomas No-Hodgkin: no se consideran factores como sitio de la enfermedad, volumen de la misma ni extensión de la afección extraganglionar y es inadecuada para los linfomas de grado intermedio difuso y de grado alto, por lo que para estos se utiliza la Clasificación del National Cancer Institute, tabla 2. Y la tabla 3 nos ilustra la clasificación morfológica. (8, 24, 25, 29)

Es importante determinar el patrón histológico del Linfoma, el cual puede ser nodular y difuso (Tabla 3), ya que este último es mucho más agresivo que el nodular, y responde más dramáticamente a la quimioterapia. Algunos autores han encontrado en los pacientes que no han recibido tratamiento que, la sobrevivencia media para los casos con patrón nodular fue de 42 meses y para los casos con patrón de predominio difuso de 11.5 meses. Por otro lado Crowley y asociados demostraron que el patrón histológico del Linfoma

primario del tracto gastrointestinal es de predominio difuso en un 97%. (24, 29)

TABLA 1. Clasificación de la Ann Arbor para el Linfoma Hodgkin. (8)

Estadio	características
I	Afección de una región de ganglios linfáticos(I) ó un órgano extraganglionar (IE)
II	Afección de dos ó más regiones de ganglios en el mismo lado del diafragma(II) o localizado.
III	Afección de los ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma(III) o afección de un sitio extraganglionar (IIIE) ó bazo (IIIS) o ambos (IIIES)
IV	Afección difusa o diseminada en uno ó más órganos extraganglionares con ó sin afección - ganglionar. El órgano (s) afectado (s) pueden ser identificados así: A, asintomático y B, fiebre, sudoración, pérdida de peso mayor al 10% de peso corporal.

TABLA 2. Clasificación modificada del National Cancer Institute para el Linfoma de grado intermedio y alto (8).

Estadio	Características
I	Localización ganglionar o extraganglionar (Estadio I ó IE de la Ann Arbor).
II	Localización ganglionar en dos ó más sitios ó localización en un sitio extraganglionar con drenaje a los ganglios linfáticos con ninguna de las siguientes: edad menor o igual que 70, B síntomas, alguna masa mayor de 10 cm. de diámetro (especialmente tracto gastrointestinal), DHL mayor de 500, 3 o más sitios extraganglionares.
III	Estadio II más alguna característica de pobre pronóstico.

TABLA 3. Clasificación de los Linfomas No-Hodgkin. (29)

Formulación del trabajo NCI (1982)	Clasificación de Rappaport (1966)
GRADO BAJO Linfocítico pequeño (SSL)	Linfocítico difuso, bien diferenciado (DLWD)
Folicular, célula hendida (FSCL)	Linfocítico nodular, poco diferenciado (NLPD)
Folicular, células hendidas pequeñas, grandes y mixtas (FML)	Linfocítico-histiocítico nodular mixto (NML)
GRADO INTERMEDIO Folicular, de células grandes (FLCL)	Histiocítico nodular (NHL)
Difuso, de células hendidas pequeñas (DSCL)	Linfocítico difuso, poco diferenciado (DLPD)
Difuso, células hendidas pequeñas, y grandes, mixtas (DML)	Linfocítico-histiocítico difuso mixto (DML)
Difuso, de células grandes (hendidas Y no hendidas) (DLCL)	Histiocítico difuso (DHL)
DE GRADO ALTO Imunoblástico de células grandes (IBL)	Histiocítico difuso (DHL)
Linfoblástico (contornado y no contornado, (LL)	
De células no hendidas pequeñas - (de Burkitt y no Burkitt) (SNL)	Indiferenciado difuso (DUL)

El término nodular de la clasificación de Rappaport lo sustituye por el término más exacto, desde el punto de vista inmunitario, "folicular". La morfología celular es más descriptiva en la formulación de trabajo; histiocítico se substituye por "célula grande". Los grupos de pronóstico favorable y desfavorable se denominan de grado bajo, intermedio y alto.

Por otro lado, se ha encontrado que el Linfoma Gástrico se origina del Tejido Linfoideo Asociado a Mucosa MALT (siglas en inglés). Y este último se origina como respuesta a la infección por *Helicobacter pylori*, por lo que el crecimiento del Linfoma Gástrico puede ser influenciado por la erradicación de este microorganismo en el estómago. Por lo que lo anterior constituye una nueva dimensión de estudio. (3, 10, 11, 27)

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico del Linfoma Gastrointestinal es difícil de hacerlo, ya que su sintomatología es inespecífica ó bien puede presentarse enmascarada bajo la apariencia de una enfermedad benigna, ó ser un hallazgo incidental. Por lo tanto la sospecha clínica es de fundamental importancia para un diagnóstico preciso y precoz. De modo que es importante que cada enfermo se valore en conjunto y desde el principio por oncólogo médico, radioterapeuta, cirujano y radiólogo.

Además de la clínica los estudios que pueden de utilidad para el diagnóstico son: biometrías hemáticas, pruebas de función renal y hepática, <sup>1</sup>TAC, USG, RMN, Rayos X, medicina nuclear, las biopsias (de preferencia un ganglio linfático), en estas últimas se fundamentan la clasificación anatomopatológica de las neoplasias del sistema inmunitario. (4, 5, 8, 17, 22, 29)

## TRATAMIENTO

A mediados de siglo el único tratamiento que se aplicaba era la resección quirúrgica, con los grandes avances que ha tenido la medicina se empezó a utilizar la radioterapia y posteriormente la quimioterapia. Por lo anterior se han hecho investigaciones para establecer el tratamiento más adecuado para el Linfoma Gastrointestinal, dependiendo de la literatura que se revise se pueden encontrar estudios que están a favor de terapias utilizando una modalidad ó por el contrario utilizando tratamientos combinados.

Por otro lado al definir un método terapéutico para el Linfoma no Hodgkin, es necesario considerar factores como: subtipo histológico, etapa, sitios de la enfermedad, volumen de la neoplasia, lo completo de la clasificación utilizada, estado médico general y edad, así como los objetivos y la eficacia del tratamiento que se vaya a utilizar. (29)

## CIRUGIA

La primera curación quirúrgica de un Linfoma Gástrico, de la que se tiene memoria, se llevó a cabo en Cleveland en 1914, cuando Bunts resecó un gran tumor antral por medio de una gastrectomía subtotal. Se informó que, 19 años después, el paciente no tenía pruebas de enfermedad.

<sup>1</sup> TAC = tomografía axial computarizada. USG= ultrasonograma. RMN= resonancia magnética nuclear.

El papel de la cirugía puede ser como resección curativa o bien paliativo (por ejemplo antes de recibir quimioterapia). Entre los procedimientos que se pueden utilizar están: la gastrectomía radical subtotal, que puede ser proximal o distal.

Gastrectomía radical subtotal distal: la resección comprende toda la pequeña curvatura con su mesocolon transverso y nódulos paraesofágicos, con movilización y descenso del esófago. Resección del epiplón mayor, hoja superior del mesocolon transverso, ligadura y sección del tronco venoso gastrocólico sobre la vena mesentérica superior. Limpieza celuloganglionar sobre el tronco celiaco, arteria hepática, vías biliares, con movilización del duodeno, páncreas y extirpación de 4 a 5 cm. Del duodeno, queda un pequeño reservorio gástrico nutrido por los dos primeros vasos cortos, que vienen del bazo, y aseguran la nutrición del muñón.

Gastrectomía radical subtotal proximal. Vía de acceso abdominotorácica con amplia exposición desde el cayado aórtico al duodeno. Resección en monoblock del esófago inferior, fondo gástrico, la mayor parte de la curvatura menor, cuerpo del páncreas y bazo. Queda un muñón gástrico tubular formado a expensas de la gran curvatura. Se determina con una anastomosis alta cerca del hilio pulmonar. (1, 3, 7, 12, 22, 23, 24, 28, 29)

Enfermedad Gastrointestinal: la perforación, la hemorragia, o ambas, son complicaciones frecuentes antes del tratamiento con quimioterapia o radioterapia, o después del tratamiento con los mismos (con consecuencia fatal en 35 a 50% de los casos). Para evitarlas a menudo se recomienda, antes de la terapéutica, resección quirúrgica. (13, 22, 29)

## QUIMIOTERAPIA

El programa de quimioterapia actual más satisfactorio que se utiliza en el de grado bajo es el C-MOOP (ciclofosfamida, oncovin, procarbazona y prednisona). Para los de grado intermedio y alto los fármacos que se utilizan son ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona, metrotexate, bleomicina, etoposida, y arabinósido de citosina, los programas que se utilizan son: MACOP-B (metrotexate, adriamicina, ciclofosfamida, oncovin, prednisona), Pro-MACE-MOPP (prednisona, metrotexate, adriamicina, ciclofosfamida, etoposide, mecloretamina, oncovin, procarbazona, prednisona), m-BACOD (metrotexate, bleomicina, adriamicina, ciclofosfamida, oncovin, dexametasona), CHOP-B (ciclofosfamida,

hidroxidaunomicina/adriamicina, oncovin, prednisona, bleomicina). (22, 28, 29)

## RADIOTERAPIA

Esta indicada según el subtipo histológico. Aunque pueden haber recaídas. Los sujetos elegibles para este método son aquellos con presentaciones en ganglios linfáticos periféricos (etapas I y II) que afectan las regiones cervical, supraclavicular, axilar, o inguinal. En las masas abdominales por lo general se precisa radiación de todo el abdomen lo que quizá no justifica este método. (6, 22, 29)

## PRONOSTICO

La supervivencia a los 5 años en los que se utilizó terapias como: solo cirugía, cirugía más quimioterapia, solo quimioterapia y ningún tratamiento fue de 57%, 76%, 58%, y 0% respectivamente. (15) Por otro lado, para pronóstico, hay que reconocer 2 categorías, una es la de grado bajo en la cual el Linfoma progresa con lentitud y tiene evolución natural indolente y la otra los de grado intermedio y alto, en los cuales el padecimiento se presenta de modo agresivo, progresa con rapidez y, si no se trata con buenos resultados, es letal a corto plazo.

Las curvas de supervivencia en general de la Working Formulation Original (basados en datos de 1975), según la categoría pronóstica. La supervivencia media es de 6 y ½ años para la categoría de grado bajo, 2 y ½ años para los de grado intermedio y 1 y ½ años para los de grado alto. La supervivencia con datos de 1985 para la categoría de grado bajo es de seis y medio años, sin cambios con respecto a la Working Formulation Original; en tanto que aún no se ha alcanzado la supervivencia media para las categorías de grado intermedio y alto, y al menos 60% de todos los enfermos permanece vivo y libre del padecimiento a los cinco años. Vigiladas hasta los 8 años, las curvas se traslapan conforme individuos, en la categoría de grado bajo sucumben ante Linfoma progresivo, en tanto quienes están en las categorías de grado intermedio y alto siguen libres de enfermedad.

Esta es entonces la paradoja pronóstica de los Linfomas No-Hodgkin: al principio favorables e indolentes, los tipos histológicos de grado bajo son, en realidad, la categoría desfavorable ante observación más prolongada; y los de

grado intermedio y alto, al inicio desfavorables y agresivos son, de hecho, las categorías favorables, dado que puede lograrse curación con regularidad. Por último la Tabla No. 4 nos ilustra sobre los factores pronósticos del Linfoma Gastrointestinal encontrados en una revisión bibliográfica de los estudios que han hecho otros autores. (15, 16, 24, 29)

TABLA 4. Reporte de los factores pronósticos del Linfoma Gastrointestinal: Revisión de literatura. (16)

### Factores pronósticos para supervivencia

1. Edad: peor pronóstico en ancianos
2. Sexo es peor en hombres que en mujeres.
3. Localización: es mejor en estómago que en intestino.
4. Estadificación: Los estadios IE-IIIE son mejor que el III-IV; y el estadio IIIIE es mejor que el II2E.
5. Tipo histológico: Rappaport: nodular es mejor que el difuso.  
Clasificación de Kiel: bajo grado es mejor que el de alto grado.  
Working Formulation: grado bajo o intermedio es mejor que el de alto grado.  
Clasificación de Lukes y Collins: células hendidas son mejor que las células no hendidas.
6. Tamaño de la masa: peor pronóstico entre más grande sea la masa.
7. Infiltración a la mucosa o estructuras adyacentes.
8. Lesiones multifocales.
9. Infiltración mesentérica.
10. Masa abdominal palpable.
11. Perforación gastrointestinal.
12. Edad: mejor supervivencia en mayores de 70.
13. Cirugía: mejor supervivencia con resección completa.
14. Radioterapia: mejor supervivencia en pacientes que la recibieron sola o después de cirugía.
15. Quimioterapia: mejor supervivencia en quienes recibieron la quimioterapia.
16. DNA anaploide: peor pronóstico para el Linfoma gástrico con DNA anaploide.

METODOLOGIA.

- TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, Retrospectivo.
- OBJETO DE ESTUDIO: Registros clínicos de los pacientes con diagnóstico de Linfoma Gastrointestinal del Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1,987 al 31 de diciembre de 1,997.
- POBLACION A ESTUDIO: Se analizará el 100% de los expedientes clínicos que reporten casos con diagnóstico de Linfoma Gastrointestinal. Que son aproximadamente de 15 a 20 casos en un periodo de 10 años.
- CRITERIOS DE INCLUSION:
  - Expedientes clínicos con diagnóstico de Linfoma Gastrointestinal.
  - Que hayan sido manejados en el Depto. de Cirugía durante el periodo de estudio.
  - Que hayan sido pacientes del H.G.S.J.D.D.
  - Pacientes pediátricos y adultos.
- CRITERIOS DE EXCLUSION:
  - Expedientes clínicos que se encuentren incompletos.
  - Expedientes clínicos que no se encuentren en el archivo de registros médicos.
  - Expedientes clínicos que el número de historia no corresponda con el número anotado en el informe de patología.
- DEFINICION DE VARIABLES:

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	de Escala de medición
Diagnóstico	Conclusión a la que se llega luego de analizar el cuadro clínico del paciente	Diagnóstico final al egreso	Linfoma Gastrointestinal.	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Lo anotado en el expediente clínico.	Años	Ordinal

Sexo	Diferencia física y constitutiva	Lo anotado en el expediente clínico.	Masculino Femenino	Nominal
Ocupación	Trabajo en que se emplea el tiempo	Lo anotado en el expediente clínico.	Lo anotado en el expediente clínico.	Nominal
Procedencia	Principio, origen de una cosa.	Lo anotado en el expediente clínico.	Lo anotado en el expediente clínico.	Nominal
Localización anatómica	Determina el lugar de los caracteres somáticos	Localización anatómica descrita en la historia clínica	Estómago Duodeno Yeyuno Ileon Ciego Colon Recto	Nominal
Motivo de consulta	Molestia por la que acude el paciente para tratamiento médico	El motivo de consulta que haya referido el paciente y que este anotada en el expediente.	H.G.I.S. H.G.I.I. Obstrucción Diarrea Anorexia Perdida de peso Dolor Otro	Nominal
Signo	Dato percibido por el clínico en el examen físico del paciente	Signos encontrados por el clínico al examen físico de ingreso.	Masa abdominal Otro	Nominal

Hallazgo de laboratorio de gabinete.	Dato aportado por el laboratorio o gabinete para encauzar un diagnóstico.	Los laboratorios ó estudios de gabinete que se encuentren anotados en el expediente clínico.	T.A.C. D.H.L. Rx de Tórax Gastroscopia Colonoscopia Frote periférico. Médula ósea Transoperatorio	Nominal
Tratamiento	Conjunto de medidas para la curación de la enfermedad	Tratamiento que se le haya administrado al paciente	Cirugía Radioterapia Quimioterapia	Nominal
Tipo histológico	Determinación de la anatomía microscópica de los tejidos orgánicos.	Lo reportado en el expediente clínico que haya sido confirmado por estudio de patología ó hematología.	Formulación del trabajo NCI  Clasificación de Rappaport	Nominal
Clasificación	Ordenación de elementos de cualquier tipo en varias clases, fundada en ciertos rasgos diferenciadores previamente determinados.	Clasificación anotada en el expediente clínico	Clasificación Ann Arbor  Clasificación modificada del NCI	Nominal

**- PROCEDIMIENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACION:**

Se revisarán los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de Linfoma Gastrointestinal del Hospital en mención, que estén comprendidos dentro del período de estudio y se procederá a recolectar los datos mediante una boleta. Previo a la recolección de la información se consultará el kardex

de archivos médicos, para determinar los expedientes clínicos que tienen como diagnóstico Linfoma Gastrointestinal y también se revisará el Archivo del Depto de Patología.

- PLAN DE ANALISIS: Luego de recabada toda la información se procederá a la tabulación de los datos obtenidos de acuerdo a las variables que se manejarán. Luego se procederá a determinar las respectivas frecuencias con respecto a: edad, sexo, localización anatómica, motivo de consulta, signos, hallazgos, tratamiento, tipo histológico y clasificación.

CONSIDERACIONES ETICAS:

Dado que el presente trabajo de investigación se efectuará en expedientes clínicos y no con pacientes, no se considera riesgo alguno para los mismos. Por otro lado, la información obtenida en el trabajo se utilizará exclusivamente con fines de investigación y se manejará confidencialmente, además, el protocolo de investigación será aprobado previamente por el Depto. De Docencia e Investigación de la Subdirección médica del Hospital General San Juan de Dios.

RECURSOS

FISICOS

- Infraestructura del hospital donde se efectuará el estudio.
- Archivo de registros médicos del hospital donde se efectuará el estudio.
- Archivo del Departamento de Patología.
- Expedientes médicos de los pacientes incluidos en el universo de la muestra.
- Boleta de recolección de datos
- Bibliotecas de: Facultad de CC. MM. de la U.S.A.C., INCAP, INCAN, H.G.S.J.D.D., HOSP. ROOSVELT.

HUMANOS

- Estudiante Investigador
- Asesor y revisor

- Personal que labora en el Departamento de Archivos médicos y Departamento de Patología del mencionado hospital.
- Personal que labora en las diferentes bibliotecas consultadas.

ECONOMICOS

- Fotocopias.....	Q 50.00
- Impresión de protocolo e informe final.....	Q 250.00
- Levantado de texto del informe final e impresión de 35 ejemplares.....	Q1,200.00
- Otros.....	Q 100.00
TOTAL.....	Q1,700.00

PRESENTACION DE RESULTADOS

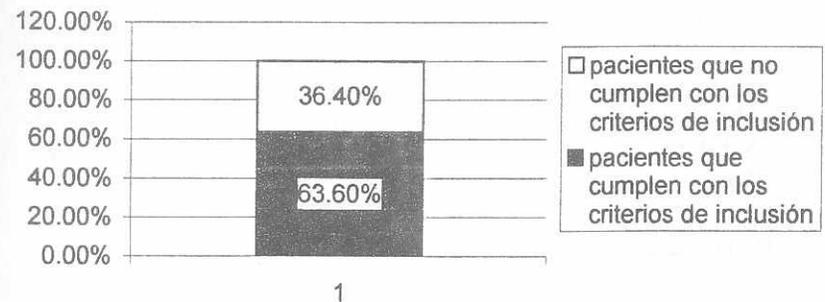
TABLA No. 1.

Total de pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

	No.	%
Número de pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.	21	63.6
Número de pacientes que no cumplen con los criterios de inclusión.	12	36.4
Total	33	100

FUENTE: Archivo de informes de patología del H.G.S.J.D.D.

Gráfico No. 1. Total de pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.



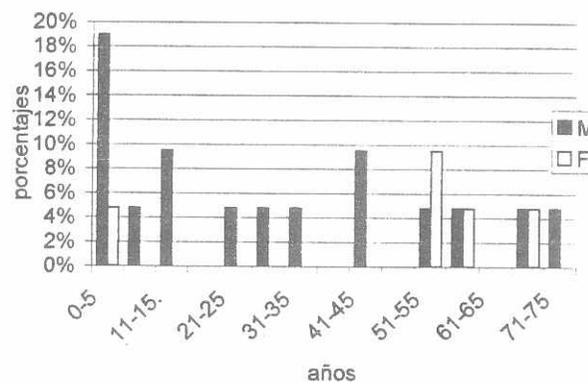
FUENTE: Tabla No. 1.

Tabla No. 2.  
Distribución por grupo etareo y sexo de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto de cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

Rango de edad	Sexo		%	
	M	F	M	F
De 0 a 5 años	4	1	19	4.8
De 6 a 10 años	1	0	4.8	0
De 11 a 15 años	2	0	9.5	0
De 16 a 20 años	0	0	0	0
De 21 a 25 años	1	0	4.8	0
De 26 a 30 años	1	0	4.8	0
De 31 a 35 años	1	0	4.8	0
De 36 a 40 años	0	0	0	0
De 41 a 45 años	2	0	9.5	0
De 46 a 50 años	0	0	0	0
De 51 a 55 años	1	2	4.8	9.5
De 56 a 60 años	1	1	4.8	4.8
De 61 a 65 años	0	0	0	0
De 66 a 70 años	1	1	4.8	4.8
De 71 a 75 años	1	0	4.8	0
Sub-totales	16	5	76.2	23.8
Total	21		100	

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 2. Distribución por grupo etareo y sexo de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.



FUENTE: Tabla No. 2.

Tabla No. 3  
Ocupación de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

OCUPACION	No.	%
No especifica	10	47.6
Agricultor	3	14.3
Albañil	1	4.8
Comerciante	1	4.8
Oficios domésticos	4	19
Zapatero	1	4.8
Maestro	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 3. Ocupación de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

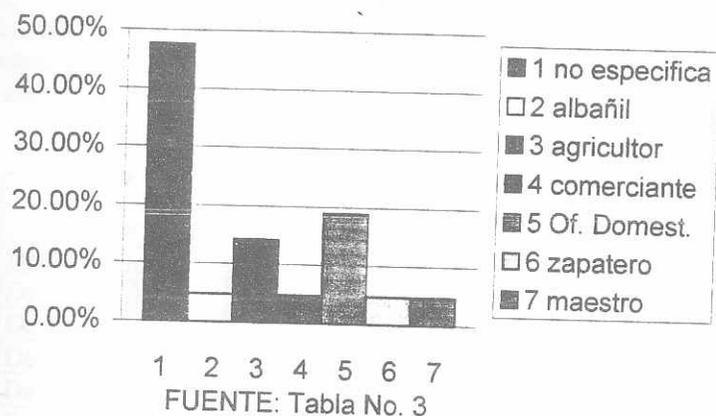


TABLA No. 4. Procedencia de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

PROCEDENCIA	No.	%
Guatemala, ciudad.	10	47.6
San José Pinula	2	9.5
Jutiapa	1	4.8
San Marcos	1	4.8
Villa Canales	1	4.8
Chiquimula	1	4.8
Tactic	1	4.8
Palencia	1	4.8
Santa Rosa	1	4.8
Huehuetenango	1	4.8
No esta anotado	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 4. Procedencia de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

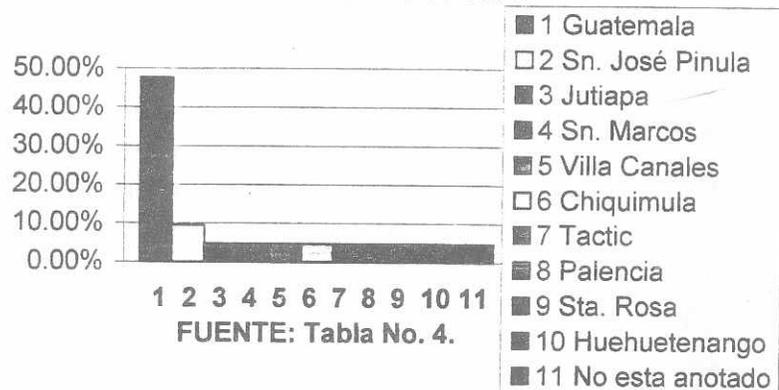


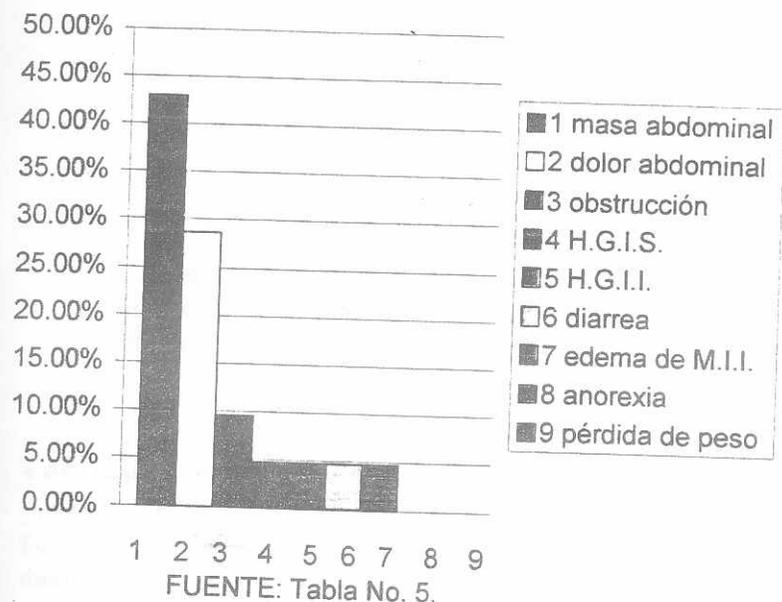
TABLA No. 5.

Motivo de consulta de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

MOTIVO DE CONSULTA	No.	%
Masa abdominal	9	42.9
Dolor abdominal	6	28.6
Obstrucción	2	9.5
H.G.I.S.	1	4.8
H.G.I.I.	1	4.8
Diarrea	1	4.8
Edema miembro inferior izquierdo	1	4.8
Perdida de peso	0	0
Anorexia	0	0
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 5. Motivo de consulta de los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.



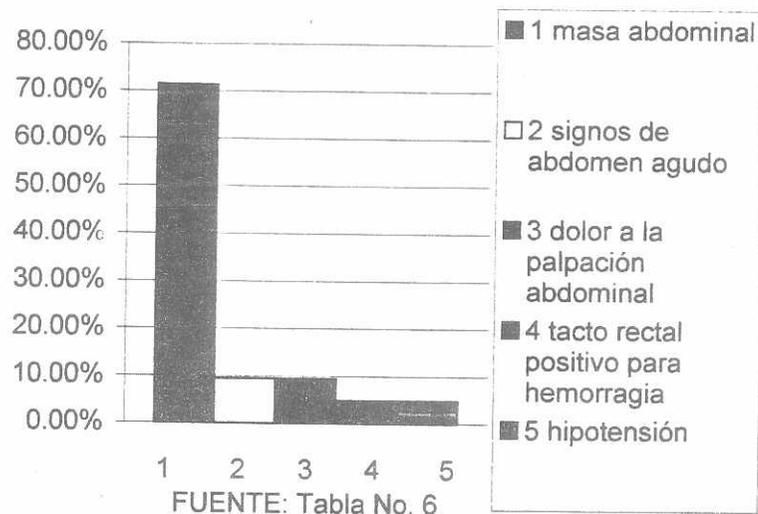
FUENTE: Tabla No. 5.

TABLA No. 6. Signos presentes en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

SIGNOS	No.	%
Masa abdominal	15	71.4
Signos de abdomen agudo	2	9.5
Dolor a la palpación abdominal	2	9.5
Tacto rectal positivo para hemorragia	1	4.8
Hipotensión	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 6. Signos presentes en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período comprendido de enero de 1987 a diciembre de 1997.



FUENTE: Tabla No. 6

TABLA No. 7. Tamaño de la masa encontrada en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

TAMAÑO DE LA MASA	No.	%
Menor de 2 cm.	0	0
De 2 a 5 cm.	0	0
De 5 a 10 cm.	4	19
Mayor de 10 cm.	13	61.9
No hay masa	3	14.2
No especifica tamaño	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 7. Tamaño de la masa encontrada en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

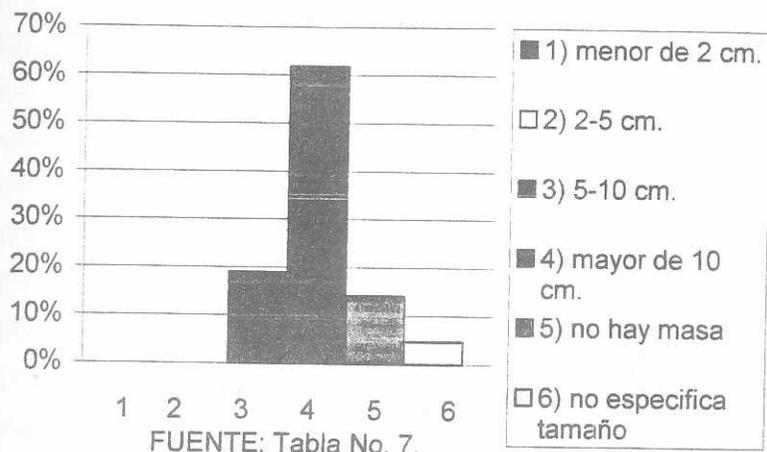


TABLA No. 8. Hallazgos de laboratorio o gabinete positivos en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

HALLAZGOS DE LABORATORIO O GABINETE POSITIVOS	No.	%
Tomografía axial computarizada	5	50
Rx de tórax	2	20
Gastroscopia	2	20
Hallazgo transoperatorio	1	10
Colonoscopia	0	0
Frote periférico	0	0
Médula ósea	0	0
D.H.L.	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 8. Hallazgos de laboratorio ó gabinete positivos en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

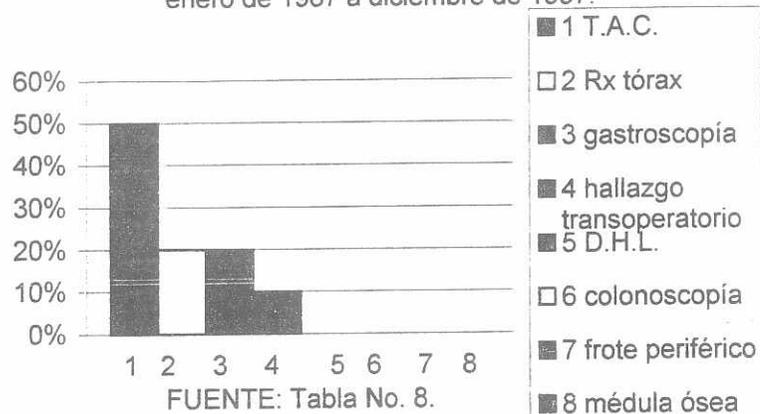


TABLA No. 9. Localización anatómica del Linfoma Gastrointestinal en los pacientes manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

LOCALIZACION ANATOMICA		No.	%
Estómago	antro	1	4.5
	cuerpo	1	4.5
	fondo	0	0
Duodeno		0	0
Yeyuno		0	0
Ileon		6	27.3
Colon	derecho	7	31.8
	transverso	0	0
	izquierdo	3	13.6
Recto		1	4.5
Diseminado cavidad abdominal		3	13.6
No especifica		1	4.5
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>	<b>100</b>

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 9. Localización anatómica del Linfoma Gastrointestinal en los pacientes que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

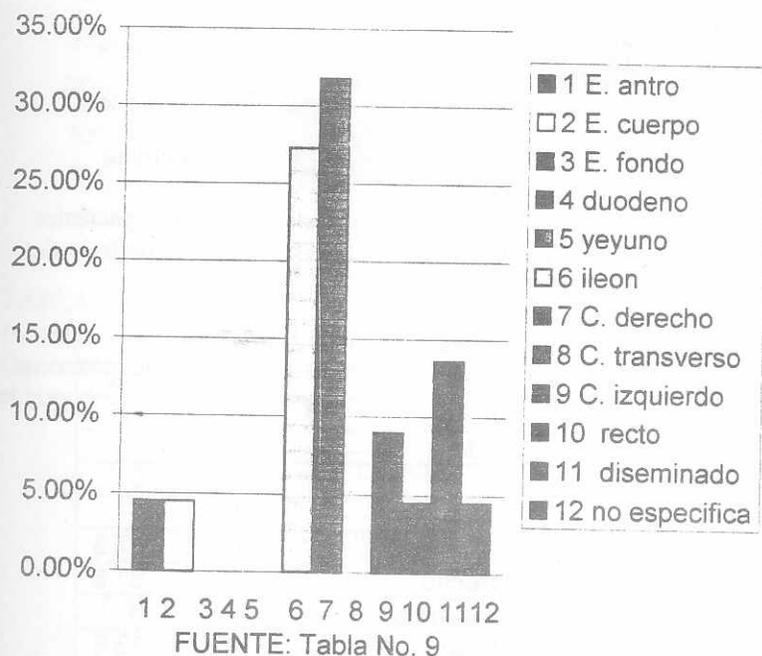


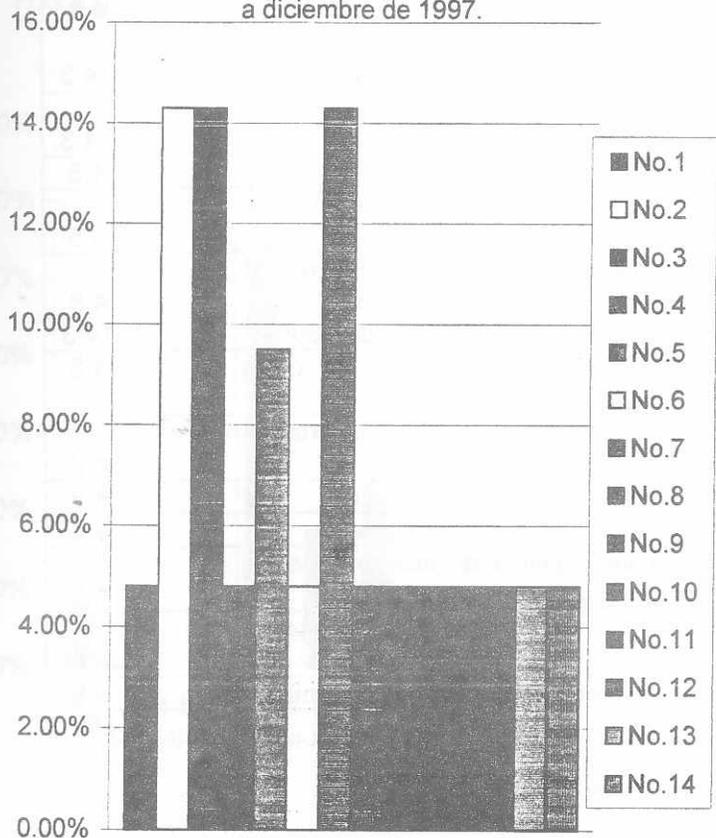
Tabla No. 10.

Tratamiento quirúrgico utilizado en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

TRATAMIENTO QUIRURGICO	No.	%
(No.1) Hemicolectomía derecha más anastomosis termino-terminal	1	4.8
(No.2) Hemicolectomía derecha con ileotransversotomía termino-lateral en 2 planos	3	14.3
(No.3) Resección intestinal más anastomosis termino-terminal	3	14.3
(No.4) Laparoscopia más toma de biopsia	1	4.8
(No.5) Hemicolectomía derecha más anastomosis termino-terminal ileotransverso	2	9.5
(No.6) Gastrectomía subtotal 2/3 tipo Billroth II variedad Hoffmeister más gastroyeyunostomía	1	4.8
(No.7) Laparatomía exploradora más toma de biopsia	3	14.3
(No.8) Resección más colostomía asa de colon izquierdo	1	4.8
(No.9) Resección intestinal más anastomosis termino-lateral en un solo plano	1	4.8
(No.10) Gastrectomía total más esplenectomía	1	4.8
(No.11) Yeyunostomía más toma de biopsia	1	4.8
(No.12) Laparatomía exploradora más biopsia de ganglios mesentéricos más colecistostomía	1	4.8
(No.13) Resección de masa más ileotransversotomía en doble capa	1	4.8
(No.14) Resección intestinal más ileostomía terminal	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No.10. Tratamiento quirúrgico utilizado en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.



FUENTE: Tabla No. 10.

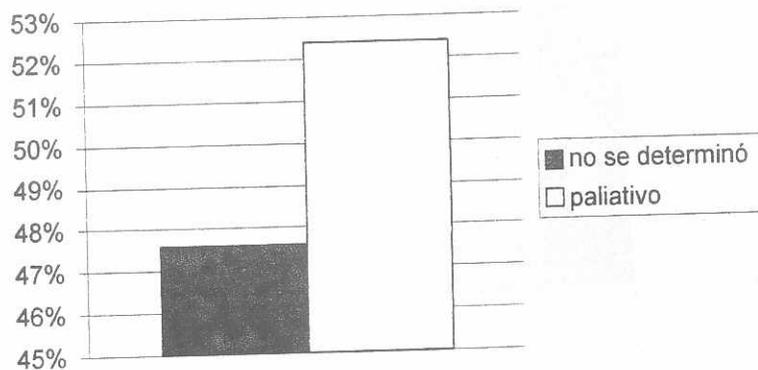
TABLA No. 11

Tratamiento quirúrgico, curativo ó paliativo en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.

TRATAMIENTO QUIRURGICO	No.	%
Paliativo	11	52.4
No se pudo determinar	10	47.6
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 11. Tratamiento quirúrgico, curativo o paliativo en los pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.



FUENTE: Tabla No.11

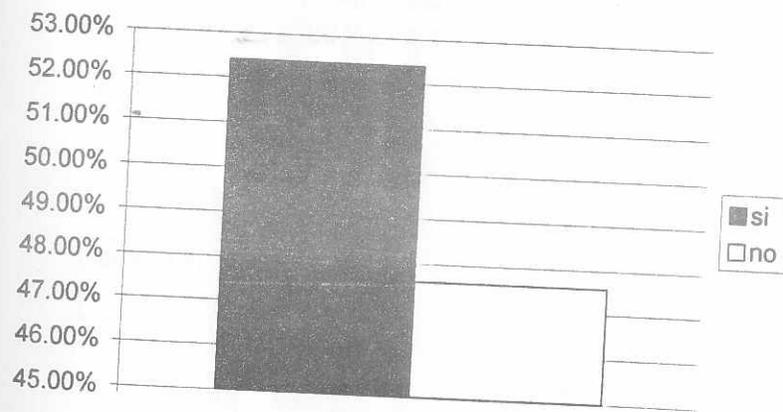
TABLA No. 12.

Pacientes con Linfoma Gastrointestinal que fueron manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997 y que se les administró quimioterapia como tratamiento coadyuvante.

QUIMIOTERAPIA	No.	%
Si	11	52.4
No	10	47.6
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 12. Pacientes con Linfoma que fueron manejados en el Depto. de Cirugía H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997 y que recibieron quimioterapia esta institución.



FUENTE: Tabla No.12

TABLA No. 13.

Tipos histológicos del Linfoma Gastrointestinal reportados en el informe de patología de los pacientes manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de 1987 a diciembre de 1997.

TIPO HISTOLOGICO	No.	%
(No.1) Linfoma linfocítico pobremente diferenciado, variedad difusa	6	28.6
(No.2) Linfoma maligno difuso, células grandes	1	4.8
(No.3) Linfoma tipo Burkitt	4	19
(No.4) Linfoma sarcoma pobremente diferenciado, de células hendidas, variedad difusa	1	4.8
(No.5) Linfoma sarcoma pobremente diferenciado	2	9.5
(No.6) Linfoma histiocítico intestinal	1	4.8
(No.7) Linfoma linfocítico, variedad difusa (linfoma sarcoma)	3	14.3
(No.8) Linfoma inmunoblástico, pleomórfico	1	4.8
(No.9) Linfoma de células pequeñas no hendidas, variedad difusa	1	4.8
(No.10) Linfoma sarcoma pobremente diferenciado de células redondas, variedad difusa	1	4.8
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No.13. Tipos histológicos del Linfoma Gastrointestinal reportados, en los pacientes manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

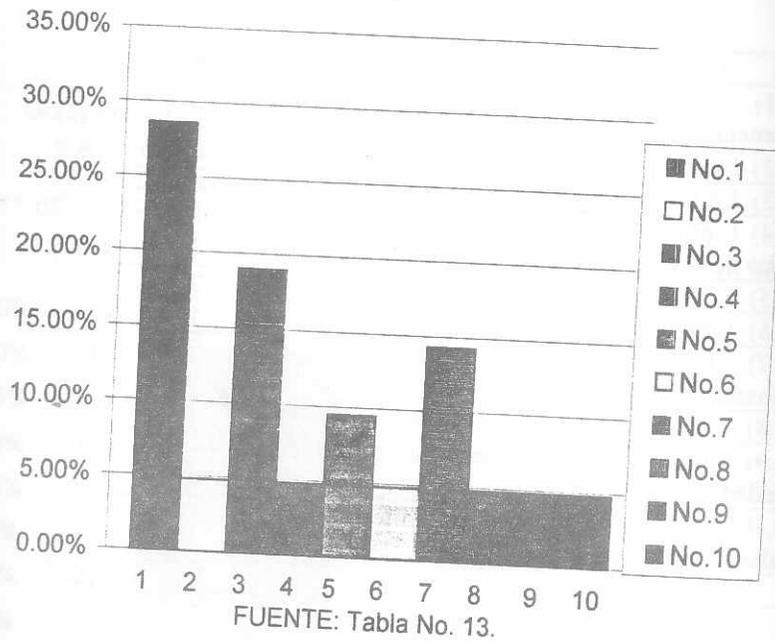
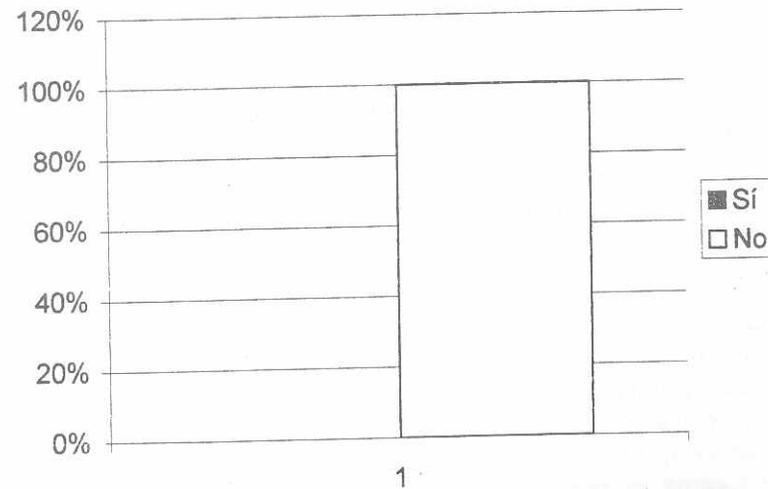


TABLA No. 14  
Clasificación del Linfoma Gastrointestinal en los pacientes manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997.

CLASIFICADOS	No.	%
No	21	100
Si	0	0
TOTAL	21	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfico No. 14. Clasificación del Linfoma Gastrointestinal en los pacientes manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el período de enero de 1987 a diciembre de 1997.



## ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

### TABLA Y GRÁFICA No. 1

Estas nos ilustran el número de casos de Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997, que en total fueron 33 casos, de los cuales fueron incluidos 21 que corresponden al 63% del total. El 36.3% (12 casos) fueron excluidos por diferentes circunstancias entre las cuales están: 1) no aparecieron los expedientes clínicos, 2) el No. de expediente clínico anotado en la hoja de patología no correspondía al del expediente clínico, 3) el expediente clínico no estaba completo.

### Tabla y Gráfica No. 2

Nos ilustran que la edad más afectada fue de 0 – 5 años con el 23.8%, esto concuerda con otros estudios que reportan un pico de incidencia durante la infancia. Y el sexo más afectado fue el masculino con el 76 %, el cual se relaciona con un factor de mal pronóstico. (16, 24)

### Tabla y Gráfica No. 3

Nos ilustran la ocupación de los pacientes, encontrando que en el 47.6 % no especifica la ocupación, esto debido a que no se ha tomado la importancia de los datos generales, los cuales nos permiten colocarlos dentro de un marco de referencia.

### Tabla y Gráfica No. 4

Nos ilustra que el 47.6% de los pacientes provienen de la ciudad de la Ciudad de Guatemala, y el resto del interior de la república. De esta manera podemos decir que la razón por la cual el mayor porcentaje de pacientes sea de la ciudad de Guatemala es debido a que la mayor parte de pacientes que consulta a este hospital, viven en esta ciudad y, por otro lado el resto es del interior de la república debido a que son referidos a esta institución para diagnóstico y tratamiento.

### Tabla y Gráfica No. 5

Nos ilustra el motivo de consulta de los pacientes, entre los principales están: primero la presencia de una masa abdominal con el 42.9% y en segundo la presencia de dolor abdominal con el 28.6%. Estos datos no coinciden con otros estudios en los que han encontrado como síntoma más común dolor en un 80% de los casos, el resto de las causas se relacionan con el tracto gastrointestinal y muchas veces se presentan como complicaciones de esta,

entre las que se presentaron están obstrucción, hemorragia gastrointestinal tanto superior como inferior, por lo cual la sospecha clínica es de fundamental importancia para el diagnóstico del Linfoma Gastrointestinal. (4, 24)

### Tabla y Gráfica No. 6

Nos ilustran los signos presentes en los pacientes, encontrando la presencia de masa abdominal en el 71% de los casos. La importancia de esta tabla es que los datos no coinciden con otros estudios que reportan la presencia de una masa abdominal como usualmente rara ocurriendo en un 9 – 12% de los pacientes, aunque otros han reportado hasta arriba de un 35%. (4, 24)

### Tabla y Gráfica No. 7

Nos ilustra el tamaño de la masa encontrada en los pacientes, en los cuales el 11% de los casos presentaron una masa mayor de 10 centímetros, esto sea ha relacionado como un factor de mal pronóstico.

### Tabla y Gráfica No. 8

Nos ilustra los hallazgos de laboratorio o gabinete positivos en los pacientes, la T.A.C. fue positiva en 5 casos, gastroscopías y Rx de tórax en 2 casos cada una, y como hallazgo transoperatorio en 1 caso. Esto nos confirma que el interrogatorio y el examen físico nos hacen un diagnóstico en el 90% de los casos, quedando el resto para los exámenes de laboratorio y de gabinete, por lo que estos solo se deberían de usar como complemento del estudio.

### Tabla y Gráfica No. 9

Nos ilustra la localización anatómica del Linfoma Gastrointestinal, encontrando que el intestino grueso fue el más afectado con el 45.3% de los casos, luego el intestino delgado con 27.3% y, por último el estómago con 9%. En un 13% se encontró diseminado en la cavidad abdominal y en el 4.5% de los casos no especifica la localización. Estos datos no concuerdan con otros estudios que reportan afección del intestino delgado en un 65% de los casos en la infancia y, del estómago en un 60% de los casos en el adulto. En este estudio se encontró que tanto en la infancia como en el adulto la región intestinal es la más afectada, específicamente la región ileocecal con el 59.1% de los casos. (24)

### Tabla y Gráfica No. 10

Nos ilustra el tratamiento quirúrgico más utilizado que fue la resección intestinal más anastomosis en el 38% de los casos y la gastrectomía (subtotal y total) en el 9.5% de los casos. En el resto de los casos por la irresecabilidad

del Linfoma solo se tomaron biopsias en el 19% de los casos. El tratamiento quirúrgico utilizado en el Linfoma Gástrico como en el Intestinal en esta institución es el recomendado y utilizado en la literatura revisada. (1,3,7,12,22,23,24,28,29)

#### Tabla y Gráfica No. 11

Nos ilustra en cuanto a si fue curativo ó paliativo el tratamiento quirúrgico utilizado, encontrándose que en el 52.4% de los casos fue paliativo y en el 47.6% de los casos no se determinó, ya que por el estado de deterioro del paciente solicitaron su egreso contraindicado y, otros después del tratamiento quirúrgico utilizado ya no consultaron. Por lo que como no hubo un buen seguimiento de su evolución post-tratamiento quirúrgico no se puede determinar si el tratamiento quirúrgico fue curativo, paliativo ó si recibieron tratamiento coadyuvante.

#### Tabla y Gráfica No. 12.

Nos ilustran que el 52.4% de los casos recibieron tratamiento coadyuvante como quimioterapia, lo cual concuerda con otros estudios en los que han encontrado que la sobrevida a los 5 años de cirugía más quimioterapia es de 76%. (15)

#### Tabla y Gráfica No. 13

Nos ilustra el tipo histológico del Linfoma Gastrointestinal, encontrado como más frecuentes el Linfoma linfocítico pobremente diferenciado variedad difusa con el 28.6% de los casos y, el Linfoma tipo Burkitt con el 19%. El patrón difuso esta presente en el 61.9% de los casos que coinciden con otros estudios que reportan su presencia en un 77% de los casos, la distinción entre el patrón difuso y el nodular es muy importante, ya que el difuso es mucho más agresivo y responde más dramáticamente a la quimioterapia. (24,29)

#### Tabla y Gráfica No. 14

Nos ilustra la clasificación de los pacientes, encontrándose que el 100% de los casos no fueron clasificados, lo contrario sucede en países desarrollados en los que el 100% de los casos son clasificados, que la estadificación influye tanto en el tratamiento que se va a utilizar como en el pronóstico del paciente. Una razón por la que no se estadifiquen los pacientes es que no se cuenta con los métodos diagnósticos ó si se cuentan el paciente no cuenta con los recursos económicos para costearlos.

## CONCLUSIONES

De los pacientes con Linfoma Gastrointestinal manejados en el Depto. de Cirugía del H.G.S.I.D.D. durante el periodo de enero de 1987 a diciembre de 1997, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

1. El sexo y la edad más afectada fueron el masculino y los menores de 5 años respectivamente.
2. La ocupación y procedencia son irrelevantes para el diagnóstico.
3. La localización anatómica más afectada es la región ileocecal.
4. El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de una masa abdominal.
5. El signo al examen físico más frecuentemente encontrado es la presencia de una masa abdominal.
6. Dentro de las ayudas o métodos auxiliares que se pueden utilizar para orientar al diagnóstico están: Tomografía axial computarizada, Rx de Tórax, gastroscopia.
7. El tratamiento quirúrgico fue utilizado con fines paliativos.
8. El tratamiento coadyuvante utilizado fue la quimioterapia.
9. El tipo histológico más frecuentemente reportado es el de patrón difuso.
10. A ninguno de los pacientes se les realizó estadificación.

## RECOMENDACIONES

1. A los Deptos. De Cirugía, Hematología, Gastroenterología, Radiología, Patología, para que en forma conjunta establezcan un protocolo de estudio y manejo del Linfoma Gastrointestinal, tomando como base los datos obtenidos con este estudio y los recursos con que cuenta la institución.
2. Hacer conciencia a los médicos cirujanos a realizar de una mejor manera los récords operatorios, ya que son documentos de mucha importancia y que en determinado momento lo escrito allí puede influenciar sobre el esquema terapéutico de un paciente ó en algún otro tipo de decisión, sobre todo en este tipo de patología.
3. Al Depto. de Hematología de anotar en forma clara y concisa el protocolo de quimioterapia que se va a utilizar, la razón por la que se utilizará y la información en cuanto a drogas a utilizar, dosis, intervalos y cuantos ciclos se le administrarán al paciente.
4. A los médicos concientizar a los pacientes de la necesidad que existe de asistir a sus citas para darles un mejor tratamiento y seguimiento.
5. A los médicos de llenar todos los datos que solicita el formulario de egreso de los expedientes clínicos, ya que estos sirven para registrar los diagnósticos y procedimientos que se les realiza durante su encamamiento, para así ayudar a disminuir el subregistro de patologías y procedimientos que existe en esta institución.
6. Al personal médico en general que llena los formularios de solicitud de patología, hacer conciencia que la información que esta contiene en cuanto a datos generales, interrogatorio, examen físico, estudios de laboratorio o de gabinete son de vital importancia para orientar al diagnóstico, por lo cual deben ser lo más fidedignos posible.
7. Al personal de registros médicos manejar de una mejor manera los expedientes clínicos para que no se extravíen ó estén incompletos.

## RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo acerca de las características epidemiológicas y clínicas del Linfoma Gastrointestinal. Se realizó con el análisis de 21 expedientes clínicos de pacientes pediátricos y adultos atendidos en el Depto. de Cirugía del H.G.S.J.D.D. durante el periodo comprendido de 1987 a 1997. Los principales hallazgos encontrados son: El sexo y la edad más afectada fueron el masculino y los menores de 5 años respectivamente; La ocupación y procedencia son irrelevantes para el diagnóstico; La localización anatómica más afectada es la región ileocecal; Dentro de las ayudas o métodos auxiliares que se pueden utilizar para orientar al diagnóstico están: Tomografía axial computarizada, Rx de Tórax, gastroscopia; El tratamiento quirúrgico fue utilizado con fines paliativos; El tratamiento coadyuvante utilizado con más frecuencia fue la quimioterapia; El tipo histológico más frecuentemente reportado es el de patrón difuso. Lo cual coincide con la literatura a excepción de que el motivo de consulta más frecuente fue la presencia de una masa abdominal y el signo al examen físico más frecuentemente encontrado es la presencia de una masa abdominal, que sobresale de lo anterior es que a ninguno se le realizó estadificación. La principal recomendación se dirige a las autoridades de los Deptos. De Cirugía, Hematología, Gastroenterología, Radiología, Patología, para que en forma conjunta establezcan un protocolo de manejo en cuanto a estudio y manejo del Linfoma Gastrointestinal, tomando como base los recursos con que cuenta la institución.

## BIBLIOGRAFIA

1. Amer-MH; el-Akkad-S. Gastrointestinal lymphoma in adults: clinical features and management of 300 cases. *Gastroenterology*, 1994 Apr; 106(4): 846-58.
2. Antes-G. Primary gastrointestinal lymphoma. *Radiologe*. 1997 Jan; 37(1): 35-41.
3. Barone-C; Cassano-A; Astone-A. Treatment of gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma. *Riv-Eur-Sci-Med-Farmacol*. 1994 Sep-Dec; 16 Suppl 1; 89-100.
4. Bonadonna, G. Robustelli Della Cuna. *Hand Book Of Medical Oncology*. Masson S.P.A. Translated from the third Italian edition. 1988.
5. Chou-CK, et al. MRI manifestations of gastrointestinal lymphoma. *Abdom-Imaging*. 1994 Nov-Dec; 19(6): 495-500.
6. Daniel N. Weingrad, M.D., et al. Primary Gastrointestinal Lymphoma: a 30 year review. *Cancer* 49: 1258-1265, 1982.
7. David L. Barlett, M.D. et al. Long-Term Follow-Up After Curativa Surgery for Early Gastric Lymphoma. *Annals of Surgery* Vol. 223, No. 1, 53-62, 1996.
8. De Vita, Vincet T. Jr. Hellman, Samuel. Rosenberg, Steven A. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 4th. edition 1993, by J. B. Lippin Cott Company.
9. Documento: Taller de autoformación teórico-práctico de investigación en salud para docentes de la Facultad de Ciencias Médicas. USAC.
10. Fischbach-W; Bohm-S. Primary stomach lymphoma. An assessment of the current status. *Z-Gastroenterol*. 1994 Jun; 32(6): 354-9.
11. Isaacson-PG. Gastrointestinal lymphoma. *Hum-Pathol*. 1994 Oct; 25(10): 1020-9.
12. Kiene-J; Sezer-O; Rasche-H; Klempa-I. Gastrointestinal lymphomas: results of multimodal therapy in 57 patients of one center. *Langenbecks-Arch-Chir-Suppl-Kongressbd*. 1996; 113: 244-6.
13. Law-MM; Williams-SB; Wong-JH. Role of surgery in the management of primary lymphoma of the gastrointestinal tract. *J-Surg-Oncol*. 1996 Mar; 61(3): 199-204.
14. Lee-SS; Jang-JJ; cho-KJ; Khang-SK; kIM-cw. Epstein-Barr virus-associated primary gastrointestinal lymphoma in non-immunocompromised patients in Korea. *Histopathology*. 1997 Mar; 30(3): 234-42.
15. Lin-KM; Penney-DG; Mahmoud-A; Chae-W; Kolachalam-RB; Young-SC. Advantage of surgery and adjuvant chemotherapy in the treatment of primary gastrointestinal lymphoma. *J-Surg- Oncol*. 1997 Mar; 64(3): 237-41.
16. Mohamed B. Azab, M.D., et al. Prognostic factors in primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 64: 1208-1217, 1989.
17. Ng-YY; Healy-JC, et al. The radiology of non-Hodgkin's lymphoma in childhood: a review of 80 cases. *Clinic-Radiol*. 1994 Sep; 49(9): 594-600
18. Pineda-Avaro-Canales. *Metodología de la Investigación*. Serie Paltex No. 35. 2da. Edición. 1994.
19. Powitz-f, et al. Gastrointestinal lymphomas in patients with AIDS. *Z-Gastroenterol*. 1997 Mar; 35(3): 179-85.
20. Reynerio Vasquez R. *Guía de investigación documental*. USAC. 1ra. Edición. 1986.
21. Ruskone-Fourmestreaux. Gastric Lymphoma. *Rev-prat*. 1997 Apr 15; 47(8): 848-54.
22. Sabinston, David C. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 14 edición. 1995. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill.
23. Schwartz-Shires-Spencer. *Principios de Cirugía*. 6 edición. 1994. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill.
24. Stephen G. Remine. M.D., and John W. Braascj, M.D. Gastric and small bowel lymphoma. *Surgical clinics of North America* Vol. 223, No. 1, 53-62. 1996.
25. Tedeschi-L. Procedures for staging primary gastrointestinal lymphoma. *Riv-Eur-SciMed-Farmacol*. 1994 Sep-Dec; 16 Suppl 1: 69-74.
26. Tedeschi-L; et al. Stages I and II non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract. Retrospective analysis of 79 patients and review of the literature. *J-Clin-Gastroenterol*. 1994 Mar; 18(2): 99-104.
27. Todd-D 4th Seah Cheng Siang Memorial lecture. Primary gastrointestinal lymphoma in Hong Kong. *Ann-Acad-Med-Singapore*. 1994 May; 23(3): 430-6.
28. Torres, Romero. *Tratado de Cirugía*. Primera edición, 1985. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.
29. Wingarden, James B., M.D. Smith, Jr, Lloyd H., M.D. *Cecil Tratado de Medicina Interna*. 18ª. Edición. 1991. Editorial interamericana McGraw-Hill.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Médicas

**CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL LINFOMA  
GASTROINTESTINAL.**

DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_ Sexo \_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA

H.G.I.S. \_\_\_ H.G.I.I. \_\_\_ Obstrucción \_\_\_ Diarrea \_\_\_ Anorexia \_\_\_ Perdida de peso \_\_\_

Otro, especifique \_\_\_\_\_

SIGNOS

Masa abdominal \_\_\_ Otro, especifique \_\_\_\_\_

TAMAÑO MASA

Menor 2 cm \_\_\_ 2 a 5 cm \_\_\_ 5 a 10 cm \_\_\_ Mayor 10 cm \_\_\_

HALLAZGOS DE LABORATORIO O GABINETE

T.A.C. \_\_\_ Rx de tórax \_\_\_ DHL \_\_\_ Gastroscopia \_\_\_\_\_ Colonoscopia \_\_\_\_\_

Frote periférico \_\_\_ Médula Osea \_\_\_\_\_ Hallazgo transoperatorio \_\_\_\_\_

LOCALIZACION ANATOMICA

Estómago: antro \_\_\_ cuerpo \_\_\_ fondo \_\_\_ Duodeno: \_\_\_ Yeyuno \_\_\_ Ileon \_\_\_\_\_

Colon: derecho \_\_\_ transverso \_\_\_ izquierdo \_\_\_ Recto \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO QUIRURGICO UTILIZADO: \_\_\_\_\_

Fue curativo \_\_\_\_\_ paliativo \_\_\_\_\_

SE UTILIZO QUIMIOTERAPIA \_\_\_\_\_

TIPO HISTOLOGICO: \_\_\_\_\_

CLASIFICACION \_\_\_\_\_