



LINFOMAS NO HODGKIN

I- INTRODUCCION

Una vez identificada la Enfermedad de Hodgkin y más recientemente el Linfoma de Burkitt como una entidad definida, quedó un grupo de cánceres de origen linfocítico que recibieron la denominación de Linfomas No Hodgkin.

Comparados con la enfermedad de Hodgkin los Linfomas No Hodgkinianos comprometen más frecuentemente sitios extraganglionares y no progresan de manera ordenada.

Constituyen un grupo heterogéneo de tumores linfocíticos caracterizados por una historia natural que va desde el comportamiento indolente al agresivo.

Para el año 2000 en Estados Unidos se esperaba que aparecieran 54.900 casos de Linfomas No Hodgkin y solo 7.400 casos de Enfermedad de Hodgkin. En nuestro país, en el año 2000, fallecieron por esta enfermedad 90 hombres y 80 mujeres.

Si bien se han logrado progresos en la supervivencia a cinco años de estos procesos, todavía se está lejos de alcanzar los resultados notables que se lograron con el tratamiento de la Enfermedad de Hodgkin. En el Uruguay, por ejemplo, mientras que la mortalidad por Hodgkin desciende, la mortalidad por los Linfomas No Hodgkin aumenta.

Desde la distinción histórica de tres grandes entidades: el Linfomasarcoma, el Retículosarcoma y el Linfoma Folicular Gigante, se han sucedido una serie de clasificaciones que procuran distinguir el conjunto de tumores que integran este grupo.

La clasificación de Rappaport, presentada en 1966, enfatiza las relaciones entre histología y pronóstico, y separa los linfomas nodulares y los difusos bien diferenciados, de pronóstico favorable, de los linfomas difusos pobremente diferenciados y los nodulares histiocíticos, de curso mucho más agresivo.

En 1974, Lukes y Collins propusieron una clasificación de los Linfomas No Hodgkin basado en las características inmunológicas de las células linfocíticas, reconociendo las células B, de mejor pronóstico, de las células T, de peor pronóstico.

En 1982 fue publicada una nueva clasificación, la Working Formulation, para los Linfomas No Hodgkin. Define unos diez subtipos de Linfomas de acuerdo a su morfología, rasgos clínicos y pronósticos y divide los Linfomas en tres grupos de pronóstico: bajo grado, grado intermedio y grado alto.

Pese a no haberse detenido la presentación de clasificaciones lo cierto es que los Linfomas No Hodgkin son reconocidos como entidades resultantes de la transformación maligna de las células linfocíticas, aunque la etiología específica es desconocida.

Los Linfomas No Hodgkin se observan con mayor frecuencia en individuos que presentan inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, en las personas que han recibido trasplantes de órganos con o sin tratamiento inmunosupresivo y en los pacientes con enfermedades autoinmunes.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTE

- 1- Síndromes de Inmunodeficiencia congénita o adquirida** - Los enfermos con síndromes de inmunodeficiencia son proclives a desarrollar diferentes cánceres y especialmente los del sistema linfocítico. Algunas enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico y las dermatomiositis, acrecientan el riesgo para los Linfomas No Hodgkin. Lo mismo sucede con otras enfermedades como la sarcoidosis, la enfermedad celíaca y la dermatitis herpetiforme; también enfermos con Sida (virus HIV) tienen aumentado el riesgo para desarrollar un Linfoma No Hodgkin.
- 2- Tratamientos de inmunosupresión** - Los receptores de trasplantes renales y cardíacos sometidos a tratamientos inmunosupresivos para evitar el rechazo, han mostrado un riesgo acrecentado para los Linfomas no Hodgkin.

B- OTROS

- 3- Agentes Infecciosos** - Algunos virus, como el del herpes, pueden inducir linfomas y leucemias en animales de laboratorio. Aun no se ha logrado comprobar dicha acción en el hombre.

El virus de Epstein-Barr está fuertemente asociado con la patogénesis de casi todos los casos de Linfoma de Burkitt que ocurren en áreas de endemia elevada como el África pero con sólo una minoría de aquellos casos que ocurren en las naciones industrializadas.

- 4- Ocupaciones** - Se han estudiado numerosas ocupaciones como capaces de aumentar el riesgo para los Linfomas No Hodgkin. Se han hecho estudios con trabajadores con aluminio, con químicos, con trabajadores de la goma, etc. Lo cierto es que se necesita mayor evidencia confirmatoria.
- 5- Radiaciones** - Del mismo modo que se pueden inducir Linfomas en animales de laboratorio, se observó un exceso de Linfomas No Hodgkin en la población japonesa sobreviviente de la bomba atómica. En base a estos hechos se ha planteado la hipótesis de que las radiaciones pueden activar virus oncogénicos.
- 6- Drogas** - Se ha observado que la Difenilhidantoína es capaz de producir linfadenopatías que a veces progresan hacia los Linfomas No Hodgkin.
- 7- Dieta** - En algunos estudios epidemiológicos se ha considerado el rol de la deficiencia en magnesio; en otro la acción del agua de beber contaminada con halometanos orgánicos.
- 8- Edad, Sexo y Raza** - Existe un pico en la adolescencia, especialmente para el Linfoma de Burkitt y luego de la adolescencia la incidencia aumenta con la edad.

La frecuencia es mayor en el hombre que en la mujer.

Las tasas de incidencia en el hombre blanco fueron promedialmente de 5.8 por 100.000, más altas que las del hombre negro que promedian los valores de 4.1 por 100.000. Lo mismo sucede con el sexo femenino: las mujeres blancas tienen tasas de 4.1 por 100.000 y las mujeres negras, 2.6 por 100.000.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Tampoco existen medidas preventivas para esta localización tumoral. La dificultad se acrecienta porque existen numerosos tipos de Linfomas que pueden tener etiologías diferentes.