



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA

“LINFOMA NO HODGKIN”

TRABAJO DE TITULACION
TIPO ANALISIS DE CASO CLINICO

Presentado para obtener el grado académico de:
MEDICO GENERAL

AUTOR
DEYSI CRISTINA PAEZ CALVOPÍÑA

Riobamba-Ecuador

2019

@ 2019, Deysi Cristina Páez Calvopiña

Se autoriza la reproducción total y parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliografía del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Deysi Cristina Páez Calvopiña, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 12 de septiembre del 2019

Deysi Cristina Páez Calvopiña

0502514417

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: “**LINFOMA NO HODGKIN**”, realizado por la señorita Deysi Cristina Páez Calvopiña, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros de Tribunal del trabajo de titulación. El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. María de los Ángeles Leyva PRESIDENTE DEL TRIBUNAL	_____	_____
Dra. Silvia Aracely Proaño Lucero DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	_____	_____
Dr. Edwin Patricio Hinojosa Toledo MIEMBRO DEL TRIBUNAL	_____	_____

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios quien me ha dado la sabiduría, seguridad y fortaleza para seguir adelante en mi formación como profesional y como persona superando todo obstáculo.

A mis padres que siempre estuvieron presentes en los buenos y malos momentos para llegar a cumplir este objetivo.

A mis hermanos Kleber y Wilmer que con sus consejos y su ayuda he logrado llegar a donde estoy en este momento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento, a la vez por llenar mi vida de bendiciones y darme la sabiduría, confianza y salud para poder llegar a cumplir este objetivo.

A mi abuelita Lucila, que creyó en mi hasta el momento que nos despedimos y que desde el cielo me ilumina con su amor y sabiduría.

A mis padres Jorge y Martha que me han apoyado en los momentos más difíciles de mi vida, siempre estaré agradecida por sus consejos, ya que con su amor y afecto siempre estuvieron presentes dándome ánimo para no rendirme en este duro camino.

A Mis hermanos Kleber y Wilmer que supieron aconsejarme oportunamente para superar varios obstáculos que se presentaron en mi vida personal y académica.

A mis sobrinos Axel y Leah que con su sonrisa y su amor supieron darme fuerza para continuar pese a que muchas veces quise darme por vencida.

A mis primas Leslie y Josselyn, que nunca dudaron de mis capacidades y depositaron su confianza en los momentos más difíciles de la carrera.

A mi mejor amiga Iveth que con su compañía y sus consejos, juntas hemos salido de todo problema, miedo o duda durante este largo camino llamado medicina.

A la Dra. Silvia Proaño, por su colaboración para culminar este trabajo de la mejor manera, por medio de sus indicaciones y conocimientos, además por su apoyo incondicional no solo dentro de las aulas y el hospital, mucho más en mi crecimiento personal.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	X
SUMMARY	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I	
1. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II	
2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	7
2.1. Anamnesis	7
2.1.1. Datos de Filiación	7
2.1.2. Antecedentes personales patológicos	7
2.1.3. Antecedentes patológicos quirúrgicos	7
2.1.4. Antecedentes patológicos familiares.....	7
2.2. Motivo de consulta	8
2.3. Enfermedad actual	8
2.4. Revisión del estado actual de aparatos y sistema	8
2.5. Examen físico	9
2.5.1. Signos vitales	9
2.5.2. Medidas antropométricas	9
2.6. Impresión diagnóstica: Linfoma no Hodking	10
2.7. Exámenes complementarios:	10
2.8. Diagnostico Definitivos	15
2.9. Evolución hospitalaria	16
CAPITULO III	
3. HALLAZGOS	18
CONCLUSIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA	

INDICE DE FIGURAS

Figura 1-2: Imagen de TAC de cuello donde se observa imágenes compleja compatible con proceso neoplásico maligno de ganglios cervicales región lateral izquierda del cuello	11
Figura 2-2: Imagen de TAC de cuello donde se observa imágenes complejas compatibles adenopatías cervicales y posible proceso de malignización y presencia de infiltrado inflamatorio circundante.....	11
Figura 3-2: TAC de tórax con imágenes susceptibles de atelectasia y bronquitis crónica	14
Figura 4-2: Imagen histopatológica confirmatoria de linfoma de Hodgkin.....	15

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

Anexo B: Oficio dirigido a Docencia e Investigación del Hospital General IESS Riobamba

LISTADO DE ABREVIATURAS

Ecosonografía.....	ECO
Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica.....	EPOC
Esquema de quimioterapia avanzada.....	R-ICE
Esquema de quimioterapia secundaria.....	R-DHAP
Esquema de quimioterapia severa.....	ESHAP
Linfoma no Hodgkin	LNH
Organización Mundial de la Salud	OMS
Punción con aguja de aspiración fina.....	PAAF
Resonancia magnética nuclear.....	RMN
Terapia de quimioterapia combinada.....	CHOP-R
Tomografía axial computarizada.....	TAC
Virus de inmunodeficiencia humana.....	VIH

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue socializar los elementos clínicos, de laboratorio, imagenológicos e histopatológico que permiten realizar el diagnóstico definitivo del linfoma no hodking por lo cual se reporta el caso de un paciente masculino, de 85 años de edad, con varias comorbilidades asociadas en el cual el elemento distintivo fueron los hallazgos al examen físico con presencia de adenopatías cervicales que a la prostre fueron el elemento de sospecha y confirmativo de la enfermedad. La evolución rápida de la enfermedad, unido a los signos de mal pronóstico que presentaba impidieron comenzar con tratamiento médico ocasionando la muerte del paciente 4 meses después del diagnóstico, por lo que se concluye que el diagnóstico de sospecha y definitivo de la enfermedad debe basarse en elementos clínicos, ya que en muchas ocasiones, como en este caso, los resultados de exámenes de laboratorio no son conclusivos; el estudio histopatológico continua siendo el examen confirmatorio en el diagnóstico definitivo de las neoplasias, incluyendo el linfoma no Hodgkin.

Palabras Clave: <LINFOMA>, <LINFADENOPATÍA>, <INMUNOHISTOQUIMICA>, <ONCOLOGÍA>, <RITUXIMAB>.

ABSTRACT

The objective of the research work was to socialize the clinical, laboratory, imaging and histopathological elements that allow the definitive diagnosis of non-hodking lymphoma, which is why the case of a 85-year-old male patient is reported, with several associated comorbidities in which the distinguishing element were the findings on the physical examination with the presence of cervical lymphadenopathy that the prostitute was the element of suspicion and confirmation of the disease. The speed evolution of the disease, together with the signs of poor prognosis that presented, prevented starting with medical treatment causing the death of the patient 4 months after diagnosis, so it is concluded that the diagnosis of suspected and definitive disease should be based on clinical elements, since in many cases, as in this case, the results of laboratory tests are not conclusive: the histopathological study continues to be the confirmatory examination in the definitive diagnosis of neoplasms. including non-Hodgkin lymphoma.

Keywords: <LYMPHOMA>, <LYMPHADENOPATHY>.
<IMMUNOHISTOCHEMISTRY >, <ONCOLOGY>, <RITUXIMAB>.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neoplásicas constituyen la primera casusa de mortalidad a nivel mundial; afectan tanto a países en vías de desarrollo como a países desarrollados, aunque existe un predominio por personas provenientes de países en vías de desarrollo. Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 8 millones de personas mueran anualmente por este grupo de afecciones, de las cuales el 70% corresponde a países de Asia, África, América Central y Sudamérica (Dueñas, 2016). Este mismo organismo internacional reporta que se diagnostican anualmente alrededor de 14 millones de pacientes con cáncer, pero prevén que estas cifras se eleven en las próximas dos décadas a más de 22 millones de diagnósticos anuales (Venegas-Rodriguez, 2017).

Se describe que epidemiológicamente puede afectar a personas de cualquier edad, sexo o raza; sin embargo se reporta un pico de incidencia en personas mayores de 60 años de edad, siendo los adultos mayores en los que con mayor frecuencia se reporta la enfermedad. Se describe que alrededor de 30% de las muertes por cáncer pueden ser prevenidas ya que se encuentran relacionadas con trastornos alimentarios e inadecuados hábitos y estilos de vida (Beltran-Arroyave, 2017).

La elevación del índice de masa corporal, el sedentarismo, el aumento del consumo de alcohol y de tabaco y la disminución de la ingesta de verduras y frutas, han sido señalados como los 5 elementos que mayor inciden en las neoplasias prevenibles (Suarez Mattos y col, 2018). De ahí la importancia y necesidad de mantener hábitos y estilos de vida saludables en la población general y especialmente en los que presentan factores de riesgo definidos para este grupo de patologías de desenlace mortal (Venegas-Rodriguez, 2017).

Se describen distintas localizaciones en relación al sexo; es así que en el sexo masculino se mencionan el cáncer de pulmón, el colorrectal y el de próstata; sin embargo en el sexo femenino las localizaciones que con mayor frecuencia se afectan son las mamas, el colon y recto, endometrio, pulmón y cuello cervical fundamentalmente (Facundo Navia y Manrique, 2017). Sin embargo, en ambos sexos se presenta un tipo de cáncer que afecta tejidos linfoides y que aunque no comparte la misma frecuencia de presentación que los antes mencionados también provoca

elevados índices de discapacidad, disminución de percepción de calidad de vida relacionada con la salud y mortalidad; es el denominado Linfoma No Hodking (LNH) (Munio Perurena, 2003).

El LNH es conceptualizado como un grupo heterogéneo de procesos neoplásicos malignos provenientes de tejido linfoide y que se localizan principalmente en las estructuras de este tejido (Beltran Arroyave, 2017); afectan los ganglios linfáticos y demás estructuras inmunitarias como es el caso del bazo (Llorens Nuñez y col, 2017). Se describe con una mayor incidencia en pacientes adultos del sexo masculino, sin embargo se han reportado casos en pacientes femeninos en niños (Alvarez y col, 2017; Beltran-Arroyave, 2017).

La principal estructura sanguínea afectada son los glóbulos blancos, sobre todo los linfocitos B, y a partir de su afectación y severidad de la misma, se desencadenan las manifestaciones clínicas. (Beltran Arroyave, 2017). A pesar de tener una etiología desconocida, se han logrado hacer asociaciones que han permitido identificar una serie de factores condiciones, situaciones o enfermedades que pueden ser consideradas como precursores de las alteraciones de los linfocitos B y con ellos de la aparición del LNH (Castellanos Sinco, 2016)

Dentro de estos factores se señala la inmunodepresión, ya sea por presencia de enfermedades o por uso de medicamentos que conducen a este estado, pacientes portadores de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), personas sometidos a trasplantes (Aranguiz y Vega, 2019). Otros tipos de infecciones, como el herpes zoster u otros citomegalovirus también han sido señalados como posibles factores de riesgos, pero su potencial de afectación es mucho menor (Puente Sani, 2016). Por último, también se menciona la presencia de enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjogren entre las afecciones que a el riesgo de aparición de linfomas (Serra Valdes y col, 2016).

Desde el punto de vista clasificatorio la forma clínica que con mayor frecuencia se presenta es el LNH de células B, aunque se han descrito otras formas intermedias o superposiciones por parte de la OMS las que son definidas por Castillo Gonzalez (2019) de la siguiente forma:

“Linfoma de células B de alto grado con reordenamientos MYC y BCL-2, BCL-6 o ambos; Linfoma de células B de alto grado, no especificado de otra manera; Linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre el linfoma difuso de células grandes B y linfoma de Hodgkin clásico” (Castillo Gonzalez, 2019).

El LNH de células B representa alrededor del 25% del total de casos diagnosticados y se reporta una incidencia de 7 casos por cada 100 000 personas. Su presencia es mayor en países del

continente Americano donde llega a representar aproximadamente el 40% del total de LNH diagnosticados; continua siendo de mayor frecuencia de aparición en el sexo masculino (55%) y con un pico de incidencia por encima de los 65 años de edad (Castillo Gonzalez, 2019). El sistema inmune y el aparato digestivo son descritos como fuentes de aparición frecuente de estos procesos (Lizarzaburu Rodriguez, 2017).

Desde el punto de vista fisiopatológico el LNH se centra en una célula B madura que después de sufrir un complejo de transformaciones y cambios genéticos aparecen las características específicas de la enfermedad, acompañadas de otras alteraciones que son compartidas con las demás variantes histopatológicas de LNH (Erlj y col, 2018). Todo este proceso determina la transformación de esta célula en un "clon maligno de células B germinales o posgerminales" que posteriormente se expande hacia otras células (Puente Sani, 2016).

Un elemento que ha revolucionado el estudio de la inmunofisiología del LNH es la clasificación de la OMS (2016) en la que "recomienda subclasificar el LNH difuso de células grandes B típico en neoplasias de centro germinal y no centro-germinal" (...) (Erlj y col, 2018). Estos últimos son denominados como tumores de células B que se encuentran activadas, ya que presentan una gran similitud a las células B maduras iniciales; sin embargo, los centro germinales son incluidos en la categoría de inclasificable. Esta subclasificación tiene repercusión diagnóstica, clínica y terapéutica (Castillo Gonzalez, 2019).

La conjugación de elementos genéticos y moleculares ha facilitado el diagnóstico clínico e histopatológico de gran número de variantes de LNH; lo que ha sido posible a partir de la implementación práctica de determinados marcadores moleculares que garantizan una adecuada conducta clínica y terapéutica en estos casos y en otros tipos de neoplásicas de tipo hematológicas (Silva y col, 2018).

En la actualidad los adelantos científicotécnicos han demostrado la necesidad de incorporar marcadores tumorales en el diagnóstico rutinario de los linfomas para completar la identificación morfológica y fenotípica de estas afecciones. La consolidación del uso de marcadores moleculares modificará a futuro el afrontamiento clínico y terapéutico de los linfomas, aclarando el difícil panorama actual caracterizado por una gama heterogénea de características biológicas, genéticas y morfológicas de estos procesos (Pena, 2018).

A pesar de la variedad histológica y morfológica de los LNH las manifestaciones clínicas son comunes a todas las formas clínicas. Destacan la aparición de sudoración nocturna de intensidad variable, presencia de fiebre, sobre todo vespertina y acompañada de escalofríos que suelen

confundirse con infecciones de vías urinarias; se describe también la presencia de tos seca o ligeramente productiva y sin expectoración (Puente Sani, 2016).

La pérdida de peso es un signo que ha sido descrito con bastante frecuencia en pacientes con esta enfermedad; se adicionan igualmente el prurito generalizado, la presencia de adenopatías cervicales, axilares e inguinales y en caso que exista afectación del timo puede aparecer distintos grados de dificultad respiratoria por compresión de la tráquea o los bronquios principales (Castellanos Sinco, 2016).

La presencia de cefalea, dificultades en la concentración, trastornos de la personalidad y cognitivos, manifestaciones gastrointestinales como náuseas, estreñimiento (Arroyave-Ospina, 2018); la presencia de vómitos y la aparición de crisis epilépticas y dolor o distensión abdominal también han sido reportados con relativa frecuencia (Quera y col, 2017).

El diagnóstico de la enfermedad se basa fundamentalmente en los elementos epidemiológicos y las manifestaciones clínicas; la confirmación se realiza mediante el resultado de pruebas de laboratorio y estudios histopatológicos (Serra Valdés y col, 2016). La presencia de las manifestaciones clínicas antes mencionadas en un paciente masculino adulto, con inflamación de ganglios linfáticos despierta la sospecha diagnóstica de la enfermedad (Puente Sani, 2016).

En esta situación, después de un exhaustivo interrogatorio y minucioso examen físico debe indicarse una serie de exámenes complementarios que incluyen la determinación de parámetros hematológicos como es el caso de función renal, hepática, proteínas séricas y niveles sanguíneos de ácido úrico. Igualmente se indica un conteo sanguíneo completo para ver el estado de las concentraciones de los elementos formas de la sangre (eritrocitos, leucocitos y plaquetas) (Verdecia Canizares, 2015).

Se indican estudios imagenológicos como son la ecografía abdominal, la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, tórax y pelvis en busca de ganglios inflamados y recientemente se incluye igualmente la Tomografía por Emisión de Positrones, que a diferencias de la TAC y la resonancia magnética nuclear (RMN) muestra el flujo sanguíneo hacia y desde los órganos afectados (Castellanos Sinco, 2016).

El diagnóstico definitivo de la enfermedad se basa en los hallazgos histopatológicos encontrados mediante la realización de biopsia de ganglios linfáticos; la biopsia de médula y la punción lumbar también son exámenes indicados en el diagnóstico de esta afección. De confirmarse el diagnóstico

de LNH, se realizan otros exámenes para estadiar la enfermedad en base a la extensión y la diferenciación del mismo.

Una vez confirmado el diagnóstico de LNH corresponde entonces la elección del esquema terapéutico., la que depende de cuatro elementos específicos, el primero de ellos es el tipo de LNH diagnosticado, el estadio de la enfermedad, las características y el estado de salud del paciente, así como la presencia de manifestaciones clínicas como la sudoración nocturna, la pérdida de peso y la presencia de fiebre (Castillo Gonzalez, 2019).

Con estos elementos se procede a trazar el esquema terapéutico a elegir. Las principales indicaciones incluyen el tratamiento sintomático combinado con quimioterapia y/o radioterapia. También se utilizan la radioinmunoterapia, el tratamiento con células madres y la cirugía (Verdecia Canizares, 2015).

En la actualidad se utiliza como tratamiento de primera línea la utilización de una quimioterapia combinada denominada CHOP-R. La misma incluye la utilización combinada de fármacos como el rituximab, que es un medicamento biológico anti CD20, conjunto con la administración de ciclofosfamida, prednisona, sulfato de vincristina y clorhidrato de doxorubicina. Se describen dos periodos, el de inducción o inicial o la terapia de consolidación (Arroyave-Ospina, 2018).

En los estadios I y II se comienza dependencia de la extensión del tumor (terapia de inducción); si es menor de 7,5 centímetros (cm) se utilizan de 3 a 8 ciclos de CHOP-R, en pacientes menores de 60 años se utilizan de 3 a 6 ciclos; en pacientes entre 60 y 80 años la utilización es mayor, de 6 a 8 ciclos. En el caso de tumores de extensión mayor de 7,5 cm, independientemente de la edad, se utilizan 6 ciclos de CHOP-R que puede estar acompañado o no de radioterapia entre 30 y 40 Gy en la zona de localización del tumor (Castillo Gonzalez, 2019).

En pacientes en estadios III y IV durante la terapia de inducción se utiliza el CHOP-R 21 que tiene la siguiente dosis de medicamentos:

- Rituximab 375 mg en infusión especial iv
- Ciclofosfamida 750 mg en 3 horas iv
- Doxorubicina 50 mg de 15 a 30 minutos iv
- Vincristina 1.4, máx. 2 mg en bolo iv
- Prednisona 60 mg VO

Pasado los estadios iniciales se comienza con terapia de consolidación en las siguientes situaciones:

- Para estadios I y II si existe respuesta completa se mantiene el CHOP-R y puede adicionarse radioterapia de 30 a 60 Gy; si la respuesta es parcial se utiliza CHOP-R, radioterapia entre 40 y 50 Gy (6 dosis) y se valora la posibilidad de trasplante.
- En los estadios III y IV si existe respuesta previa a la terapia de inducción se completan los 6 ciclos de CHOP-R y si no existe respuesta previa está indicado comenzar el manejo de recaídas o comenzar inmediatamente con radioterapia.

El esquema terapéutico de las recaídas incluye la utilización de quimioterapia con rituximab y de presentar reacción anafiláctica al mismo puede utilizarse lenalidomida con o sin rituximab o el uso de radioterapia. Se describen otros esquemas terapéuticos como son el R-ICE, el R-DHAP y el ESHAP. Entre ambos esquemas existen diferencias en cuanto a la utilización de fármacos y las dosis a utilizar (Verdecia Canizares, 2015).

El esquema R-ICE utiliza fármacos como la Ifosfamida, Mesna, Carboplatino y Etopósido, Filgrastim. Por su parte la quimioterapia R-DHAP incluye el uso de Dexametasona, Cisplatino y Citarabina. Por último, los fármacos que incluye el esquema ESHAP son el Rituximab, el Etopósido, la Metilprednisona, el Cisplatino y la Citarabina

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Anamnesis

2.1.1. *Datos de Filiación*

El paciente de 85 años, masculino, mestizo, casado, nacido y residente en Chimborazo-Calpi, con grado de instrucción de Primaria incompleta, empleado de la empresa de ferrocarril actualmente Jubilado.

2.1.2. *Antecedentes personales patológicos*

- Accidente cerebrovascular hace 7 años con secuela hemiparesia izquierda.
- Arritmia Cardíaca: bradicardia sinusal moderada hace 7 años
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hace 7 años en tratamiento con bromuro de ipatropio 2 inhalaciones cada 8 horas
- Hipertensión Pulmonar Severa por ecocardiograma hace 6 años
- Gastritis crónica por endoscopia digestiva alta hace 6 años
- Hipertrofia prostática grado II peso 44 g hace 6 años
- Dorsalgia y lumbalgia Crónica hace 10 años

Nódulo Tiroideo 13 mm hace 7 años

- Hipotiroidismo hace 10 días, en tratamiento con levotiroxina sódica 25 microgramos por vía oral diarios.

2.1.3. *Antecedentes patológicos quirúrgicos*

- Craneotomía secundario a hematoma subdural crónico + empiema cerebral hace 7 años.
- Prótesis de cadera derecha hace 25 años.
- **Alergias:** penicilina

2.1.4. *Antecedentes patológicos familiares*

- Diabetes mellitus tipo 2 el hijo

2.2. Motivo de consulta

Dolor en región lateral izquierda del cuello y disfagia

2.3. Enfermedad actual

Hija del paciente refiere hace un mes, como fecha real y aparente (22 – X- 2018), presenta dolor de intensidad moderada (puntuación de 6 en la escala visual de dolor) en la región lateral izquierda del cuello que no se modifica con los cambios de posición ni con la administración de analgésicos tradicionales: paracetamol 1 gramo cada 8 horas, se acompañada de astenia, mialgias, debilidad de la cintura pélvica, fatiga, hiporexia, hace 10 días disfagia para sólidos, halitosis, epigastralgia acude a Emergencias donde prescriben amoxicilina + ácido clavulánico cada 8 horas por 7 días + AINES, con esta sintomatología acude a consulta externa de medicina general quien deriva a Otorrinolaringología, el 30 – XI- 2018: con resultados de exámenes: ECO de cuello que reporta región submaxilar y cervical izquierda nódulos de 6 mm y 2 cm, región submaxilar y cervical derecha adenopatías de 9mm y 1 cm se recomienda tomografía simple y contrastada de cuello y punción con aguja fina.

2.4. Revisión del estado actual de aparatos y sistema

Piel y Anexos: sin patología aparente

Órganos de los sentidos: sin patología aparente

Respiratorio: sin patología aparente

Cardiovascular: sin patología aparente

Genitourinario: sin patología aparente

Anoperineal: sin patología aparente

Osteomuscular: sin patología aparente

Sistema Nervioso: sin patología aparente

2.5. Examen físico

2.5.1. *Signos vitales*

- **Temperatura:** 37.9 grados centígrados
- **Frecuencia cardíaca:** 66 latidos por minuto
- **Frecuencia Respiratoria:** 22 respiraciones por minuto
- **Tensión Arterial:** 100/60 milímetros de mercurio (mmHg) (presión arterial media de 77 mmHg)
- **Saturación de Oxígeno:** 82% (aire ambiente)

2.5.2. *Medidas antropométricas*

- **Peso:** 39 kilogramos
- **Talla:** 148 centímetros
- **IMC:** 17.8 Kg/m², bajo peso

El paciente lucido, consciente, orientado en persona, adulto mayor biotipo ectomorfo, marcha hemiparética izquierda, dislalia, facies pálida ++.

- **Cabeza:** cicatriz a nivel de región frontal y parietal derecha.
Ojos: pterigeon bilateral grado II.
Oídos: simétricas y proporcionales, no alteraciones del pabellón auricular, conducto auditivo externo impresiona permeable.
Nariz: rinoscopia mucosa nasal normal, desviación septal
Boca: adentia total superior e inferior, orofaringe hiperemia en cordón lateral izquierdo, paciente no colabora para el examen por referir dolor
- **Cuello:** de tamaño normal, móvil, doloroso a la digitopresión, se palpa nódulo a expensas del lóbulo izquierdo de la tiroides, se palpa adenopatías cervicales y submaxilares en número de tres, adheridas a planos profundos, dolorosas a nivel submaxilar izquierda, no se ingurgitación yugular.
- **Tórax:** cifo escoliosis dorsal derecha, simétrico; expansibilidad torácica disminuida.
- **Corazón:** ruidos cardíacos arrítmicos, segundo ruido aumentado de intensidad en foco pulmonar.
- **Pulmones:** frémito disminuido, matidez, estertores crepitantes en bases pulmonares.

- **Abdomen:** excavado, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio, no viceromegalia, ruidos hidroaéreos presentes.
- **Región Lumbar:** escoliosis, puño percusión negativa
- **Región Inguino-genital:** regiones inguinales de apariencia normales, genitales externos sin patología aparente.
- **Región Ano-perineal:** esfínter anal trófico
- **Extremidades:** hipotrofia de cuádriceps bilateral, crepitación rotuliana bilateral y signo de Auhausen positivo en rodillas derecha, debilidad muscular grado 4/5 en cintura pélvica.
- **Examen neurológico:** marcha hemiparética; fuerza muscular ligeramente disminuida en cintura pélvica, tono muscular y trofismo disminuido en miembros inferiores sobre todo a nivel de ambos cuádriceps femorales. Reflejos cutáneo mucosos y osteotendinosos hiporeflexia; sensibilidad superficial (térmica, táctil y dolorosa) y profunda (batiestesia, paliestesia, barognosia y esterognosia) conservadas; no kerning, no bruzinsky, no rigidez de nuca.

2.6. Impresión diagnóstica: Linfoma no Hodking

2.7. Exámenes complementarios:

Una vez terminado la anamnesis y el examen físico y con los diagnósticos sindrómicos determinados se procedió a indicar una serie de exámenes complementarios, entre ellos destacamos:

- **ECO cardiaco 18-VI-2013 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA):** hipertensión pulmonar severa severo, normo función sistólica bi-ventricular (fe: 75%), disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. grado 1/4, hipertrofia del ventrículo izquierdo tipo excéntrico y la presencia de una arteria pulmonar dilatada
- **ECO de cuello 20-XI-2018 (HOSPITAL ANDINO):** región subaxilar y cervical izquierda, nódulos de 6 mm y 2 cm región submaxilar y cervical derecha con adenopatías de 9 mm y 1 cm.
- **TAC cuello 26-XII-2018 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA):** espacio faríngeo no muestra alteraciones, glándulas submaxilares y parótidas son de adecuada densidad sin lesiones focales, faringe, laringe y tráquea aspecto normal. Presencia de múltiples adenopatías de gran tamaño que desplaza tráquea y esófago sin obstrucción total de la vía aérea (figura 1 y figura 2).



Figura 1-2: Imagen de TAC de cuello donde se observa imágenes compleja compatible con proceso neoplásico maligno de ganglios cervicales región lateral izquierda del cuello

Fuente: Exámenes de laboratorio



Figura 2-2: Imagen de TAC de cuello donde se observa imágenes complejas compatibles adenopatías cervicales y posible proceso de malignización y presencia de infiltrado inflamatorio circundante

Fuente: Exámenes de laboratorio

CITOLOGIA DEL GANGLIO 18-XII-2019 (SOLCA):

Se realizaron estudios histopatológicos como es el caso de la punción con aguja de aspiración fina (PAAF) obteniéndose como resultado un ganglio cervical izquierdo sospechoso de malignidad sugerente de posible diagnóstico definitivo de linfoma.

Biometría Hemática 08-I-2019 (IESS RIOBAMBA):

- Leucocitos (wbc).....: 13.60 x 10⁹/l
- Hemoglobina (hcg).....: 15.8 gr/l
- Hematocrito (hct).....: 45.4 %
- Plaquetas.....: 184 x 10⁹/L
- Recuento de globulos rojos.....: 4.55 millones
- Monocitos: 4.7 %
- Eosinofilos: 1.9 %
- Eufocitos: 12.3 %
- Eutrofilos: 78.5 %
- Basofilos: 2.6 %

En estos exámenes solo se encuentra como dato significativo una leucocitosis de 13,6 x 10⁹/l. El resto de los resultados son negativos.

Perfil Hepático 14-I-2019 (IESS RIOBAMBA):

- Bilirrubina directa.....: 0.33 µmol/L
- Bilirrubina indirecta.....: 0.47 µmol/L
- Bilirrubina total.....: 0.80 µmol/L
- AST (aspartato amino transferas): 13 U/l
- ALT (alanina amino transferasa)..: 19 U/l
- LDH (deshidrogenasa láctica)....: 332 u/l
- Fosfatasa alcalina.....: 146 U/l
- GGT (ganmaglutamil trnasferasa)..: 84 U/l
- Proteínas totales.....: 5.9 g/l
- Albúmina.....: 4.0 mg/dl

El perfil hepático mostró discreto aumento de la fosfatasa alcalina y de la LDH; los tiempos de coagulación, gasometría, ionograma, electrolitos, serología y examen de orina no aportaron resultados positivos que fueran de interés en la interpretación clínica del caso en estudio. Se encontró una proteína C reactiva positiva (197.99 mg/l) y una pro calcitonina negativa. El estudio de los marcadores tumorales (CA-125, CA 19-9, Anticuerpo anti-tiroperoxidasa y Ca 15-3) tampoco aportó resultados significativos

Química Sanguínea 02-II-2019 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA)

- Glucosa basal.....: 121 mmol/l
- Urea.....: 51 mg/dl
- Creatinina.....: 0.7 mg/dl

En el análisis de los resultados de la química sanguínea se observa discreto aumento de los niveles de glucemia y de la urea sanguínea

Perfil lipídico 02-II-2019 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA)

- Triglicéridos.....: 116 mg/dl
- Colesterol.....: 173 mg/dl
- HDL- colesterol.....: 48.10 mg/dl
- LDL - colesterol.....: 98 mg/dl

El perfil lipídico se encontraba dentro de parámetros normales

- TAC simple y contratada de tórax y abdomen 03-II-2019 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA): atelectasia y bronquitis crónica (figura 3)

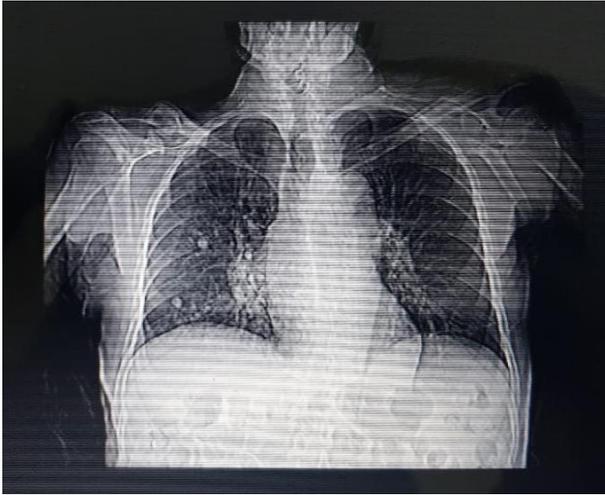


Figura 3-2: TAC de tórax con imágenes susceptibles de atelectasia y bronquitis crónica

Fuente: Exámenes de laboratorio

- **Radiografía simple de tórax en posición antero posterior abdomen 03-II-2019 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA):** proceso pleuropulmonar con patrón bronco alveolar que afecta de forma difusa ambos campos pulmonares. No otras alteraciones pleuro pulmonares.
- **Endoscopia digestiva alta 01-IV-2019 (HOSPITAL IESS RIOBAMBA):** hernia hiatal pequeña, esofagitis erosiva distal grado 1 y gastritis erosiva alta moderada

BIOPSIA GANGLIONAR 05-IV-2019 (SOLCA):

Con este resultado se procedió a la exéresis quirúrgica del ganglio para realizar biopsia confirmatoria. Los resultados de este estudio, aportados desde el punto de vista de la inmunohistoquímica descriptiva, confirman el diagnóstico de LNH (figura 4); sus principales aportaciones, en relación al tipo de leucocitos presentes fueron las siguientes:

- BCL 2: positivo +++
- CD 3: negativo en negativo en células en estudio positivo en celularidad acompañante
- CD 5: positivo ++
- CD 20: positivo +++
- CD 79 A: positivo ++
- CYCLIN D1: positivo ++
- KI 67: positivo 100 %
- P 53: positivo ++
- CD 20: positivo +++

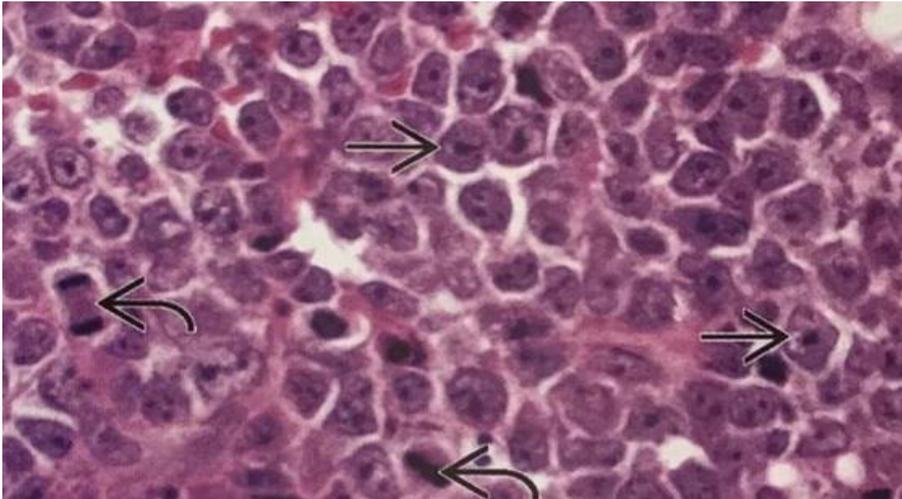


Figura 4-1: Imagen histopatológica confirmatoria de linfoma de Hodgkin

Fuente: Exámenes de laboratorio

Estas determinaciones concluyen la presencia de un linfoma no Hodgkin de células del manto inmunofenotipo B, con pronóstico elevado de proliferación dado por la presencia de:

- KI 67: positivo 100 %
- P 53: positivo ++
- CYCLIN D1: positivo ++

En el caso de los exámenes imagenológicos se encontraron como datos positivos los siguientes:

Después de analizados los datos obtenidos en la anamnesis, el examen físico y confrontados con los resultados de los exámenes complementarios (sanguíneos, histopatológicos e imagenológicos) se llega a la conclusión de los siguientes diagnósticos nosológicos definitivos

2.8. Diagnostico Definitivos

- Linfoma no Hodgkin de células del manto inmunofenotipo B
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: bronquitis crónica

Tratamiento:

- 1.- Dieta por nutricionista por gastrostomía
- 2.- Control signos vitales c/6h
- 3.- Posición en semifowler

- 4.- Baño y aseo bucal diario con clorhexidina, medidas antitrombóticas, anti
escaras, cuidados de vías y accesos, cuidados de enfermería, fisioterapia motora y respiratoria.
5. - Oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto
- 6.- Dextrosa al 50% 500 ml + gluconato de calcio 2 gramos + sulfato de magnesio 2 gramos +
40 miliequivalentes (meq) de cloruro de potasio + 60 meq de cloruro de sodio + complejo b iv
en bomba de infusión 21 ml/h
- 7.- Omeprazol: 40 mg iv 24 horas
- 8.- Metoclopramida 10 mg iv c/8h
- 9.- Piperacilina tazobactam 4,5 gramos + 100 ml de solución salina al 0,9% intravenosa bomba
de infusión en 3 horas cada 6 horas
- 10.- Enoxaparina 40 mg subcutánea cada día
- 11.- Ácido ascórbico 1 gramo intravenoso cada 6 horas
- 12.- Prednisona 40 mg después del desayuno y 20 mg después del almuerzo por gastrostomía
- 13.- Hemogluco test cada 6 horas
- 14.- Cuidados paliativos

2.9. Evolución hospitalaria

El paciente se hospitalizó durante 4 ocasiones en un periodo de 4 meses; durante su estancia se pueden señalar las siguientes novedades clínicas y de laboratorio

- Se realizó rotación de antibioticoterapia al tercer día de su primer ingreso comenzando a administrarse ceftriaxone 1 gramo cada 12 horas por vía intravenosa y levofloxacino 500 miligramos intravenosos diarios.
- Se obtuvo al cuarto día de hospitalización normalización del conteo de leucocitos (glóbulos blancos) y de la proteína C reactiva, siendo dado de alta a los 7 días de hospitalización con mejoría del cuadro respiratorio.
- Se realiza una segunda videoendoscopia y se confirma la presencia de un tumor de laringe con posible fistula laringo traqueal, a pesar de no tener manifestaciones clínicas sugestibles de esta enfermedad.
- Fue valorado con cirugía general y oncología y teniendo en cuenta el mal pronóstico del paciente, la presencia de comorbilidades asociadas y los riesgos de complicaciones de la cirugía se decide no implementar tratamiento quirúrgico ni quimioterapia por los riesgos

resultantes y se decide tratamiento sintomático y con altas dosis de esteroides para disminuir el proceso inflamatorio resultante. Se indican cuidados paliativos para el hogar.

- El paciente fallece en el domicilio después de 4 meses.

CAPITULO III

3. HALLAZGOS

El LNH es una enfermedad neoplásica que aunque no es de las que con mayor frecuencia se presentan en la práctica médica diaria, la rápida evolución y el mal pronóstico que los caracterizan lo convierten en una de las neoplasias más temidas en el contexto médico. Ante el diagnóstico de un LNH en un paciente son varios los factores a tener en cuenta para establecer la posible evolución y pronóstico de la enfermedad (Pena, 2018).

Se describe un predominio de presencia de LNH en pacientes masculinos mayores de 65 años de edad. En el caso que se reporta se cumple con los criterios epidemiológicos de la enfermedad, por lo que la sospecha clínica de las neoplasias y de los linfomas debe de estar presente en el pensamiento médico ante pacientes con manifestaciones hematológicas; el diagnóstico de un LNH es una prioridad a descartar en este tipo de paciente (Arroyave Ospina, 2018).

La presencia de múltiples comorbilidades en el caso reportado puede deberse principalmente a la edad del paciente; se encontró un antecedente personal de hipotiroidismo y una secuela antigua (7 años) de accidente cerebrovascular hemorrágico, que aunque no se concluye la causa puede haber sido de etiología hipertensiva, ya que se describe que los trastornos hipertensivos son la primera causa de este tipo de accidentes (Alcocer Gamba, 2015).

Se describen una serie de manifestaciones clínicas como elementos de sospecha de un LNH, sin embargo en algunos casos no se presentan las clásicas sudoraciones nocturnas, fiebre y dolor abdominal con signos generales (Puente Sani, 2016). En este caso se presentó febrícula, sin llegar a ser fiebre, que se puede haber enmascarado como parte del proceso respiratorio infeccioso que presentaba el paciente.

El principal elemento de sospecha de la enfermedad fue la presencia de las adenopatías cervicales y submaxilares; el paciente refiere que su presencia no sobrepasaba los treinta días previos, los que muestra la rápida evolución de estos procesos.

Otros elementos que pudieran haberse asociado a las manifestaciones clínicas de sospecha de LNH eran el dolor en epigastrio y las manifestaciones generales; sin embargo existen otros diagnósticos que también podían justificar dichas manifestaciones, como es el caso de la hernia

hiatal y el propio proceso respiratorio infeccioso. Ambos procesos, en forma de comorbilidades son muy frecuentes en pacientes de edad avanzada. (Alcocer Gamba, 2015).

Algo similar sucedió con los resultados de los exámenes de laboratorio, solo se encontró como datos significativos una leucocitosis al inicio del estudio, que indica más la presencia de un proceso inflamatorio que de un proceso inmunológico, aunque en estos últimos puede aparecer igualmente leucocitosis por persistencia del proceso inflamatorio mantenido (Pena, 2018).

Los estudios imagenológicos mostraron más elementos reveladores de las comorbilidades del paciente que del LNH, se evidenciaron los trastornos digestivos y respiratorios y solamente la ecografía de partes blandas y la TAC de cuello mostraron resultados relacionados con el LNH.

Estos resultados demuestran que no se pueden basar los diagnósticos de una enfermedad en los exámenes complementarios ya que en muchas ocasiones estos no muestran los elementos diagnósticos de enfermedades como es el caso del LNH. Se debe basar la sospecha clínica y los diagnósticos definitivos en el método clínico, que es el método ideal para identificar las alteraciones del estado de salud de los pacientes (Arroyave Ospina, 2018).

Los estudios histopatológicos fueron el elemento confirmatorio del diagnóstico de LNH. Este tipo de estudios es considerado como el *gold estándar* en el diagnóstico de enfermedades neoplásicas. No solo confirman el diagnóstico, sino que tiene utilidad para determinar la estadiación del tumor y la extensión del mismo.

En este caso se encontraron una serie de factores que evidenciaban un mal pronóstico del paciente en un corto plazo, entre ellos se presentan la edad (mayor de 70 años), la presencia de comorbilidades asociadas (sobre todo procesos respiratorios e inmunológicos) y la presencia de marcadores pronósticos y de proliferación positivos como es el caso del ki 67 y el p 53; ambos marcadores han sido asociados a un mal pronóstico y a una evolución hacia la falla multisistémica (Alcocer Gamba, 2015).

Estos elementos impidieron planificar un adecuado esquema terapéutico en este caso, la decisión fue, atendiendo al elevado número de factores de mal pronóstico, indicar dosis elevadas de esteroides para controlar el proceso inflamatorio resultante y minimizar los riesgos de compresión por inflamación.

Lamentablemente el paciente falleció pocos meses después del diagnóstico del LNH. Esta enfermedad ha sido señalada como una de las neoplasias que presentan elevados signos de

malignidad, por lo que resulta determinante dominar los elementos clínicos, de laboratorio, imagenológicos e histopatológicos que pueden indicar la sospecha clínica de la enfermedad.

Su conocimiento y dominio facilitan una identificación precoz de la enfermedad para poder prescribir el esquema terapéutico más indicado en cada caso; de esta forma se minimizaran complicaciones y se podrá actuar en aras de aumentar el promedio de años de vida de los pacientes a partir de una reducción de la mortalidad por LNH.

CONCLUSIONES

- El LNH es una enfermedad tumoral que afecta el sistema linfático que presenta un pico de incidencia por encima de los 65 años de edad; siendo su mayor frecuencia de presentación en pacientes del sexo masculino.
- Las manifestaciones clínicas y los exámenes de laboratorio no siempre indican la sospecha clínica de la enfermedad.
- Los estudios anatomopatológico constituyen la base fundamental para el diagnóstico definitivo del LNH
- El LNH, a pesar de los esquemas terapéuticos actuales, continúa siendo una de las neoplasias más agresivas y con peor pronóstico para el paciente., lo que justifica el conocimiento y manejo de los elementos que permiten hacer la sospecha clínica de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

ALCOCER-GAMBA, M.A., LEÓN-GONZÁLEZ, S., CASTRO-MONTES, E., LOARCA-PIÑA, L.M., LUGO-GAVIDIA, L.M. y GARCÍA-HERNÁNDEZ, E., [sin fecha]. Presentación atípica de linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, pp. 8.

ALVAREZ N, C., FERNÁNDEZ M, R., ENTERRIA G, A. y MADRIGAL R, M., 2017. Linfoma T/NK extraganglionar tipo nasal: Caso clínico. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol. 77, no. 2, pp. 204-206. ISSN 0718-4816. DOI 10.4067/S0718-48162017000200014.

ARÁNGUIZ, N., VEGA, J., ARÁNGUIZ, N. y VEGA, J., 2019. Evolución de un linfoma no Hodgkin “triple expresor” en un paciente trasplantado renal con quimioterapia DA-R-EPOCH. Caso clínico. *Revista médica de Chile*, vol. 147, no. 2, pp. 247-250. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/s0034-98872019000200247.

ARROYAVE-OSPINA, J.C., CAICEDO, M.F., NAVAS, M.C., CORTÉS-MANCERA, F.M., ARROYAVE-OSPINA, J.C., CAICEDO, M.F., NAVAS, M.C. y CORTÉS-MANCERA, F.M., 2018. Pegivirus humano: Potencial patogénico y riesgo de desarrollo de linfoma no Hodgkin. *Revista chilena de infectología*, vol. 35, no. 2, pp. 164-175. ISSN 0716-1018. DOI 10.4067/s0716-10182018000200164.

BELTRÁN-ARROYAVE, C., MESA, C., VÁSQUEZ, H., HINCAPIÉ, N., DÍAZ-DÍAZ, A., BELTRÁN-ARROYAVE, C., MESA, C., VÁSQUEZ, H., HINCAPIÉ, N. y DÍAZ-DÍAZ, A., 2017. Linfoma de Burkitt en un escolar con infección perinatal por VIH lentamente progresiva. *Revista chilena de infectología*, vol. 34, no. 5, pp. 507-510. ISSN 0716-1018. DOI 10.4067/S0716-10182017000500507.

CASTILLO GONZÁLEZ, R.O., MONTERO LÓPEZ, I.L., MARTÍN BARCELÓ, N., SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A., GÓMEZ LEYVA, B., CASTILLO GONZÁLEZ, R.O., MONTERO LÓPEZ, I.L., MARTÍN BARCELÓ, N., SÁNCHEZ RODRÍGUEZ, A. y GÓMEZ LEYVA, B., 2019. Linfoma no Hodgkin. Presentación de una tumoración testicular. *Correo Científico Médico*, vol. 23, no. 1, pp. 297-304. ISSN 1560-4381.

DUEÑAS, D., HUANCA, L., CORDERO, M., WEBB, P. y RUIZ, E., 2016. Sarcoma indiferenciado (embrionario) hepático: revisión de seis casos presentados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Revisión de la literatura. *Revista de Gastroenterología del Perú*, vol. 36, no. 1, pp. 71-76. ISSN 1022-5129.

ERLIJ, D., CUELLAR, C., RIVERA, A., BADILLA, N., MOLDENHAUER, N., FOSTER, C., LÓPEZ, B., VALLADARES, X., STEVENS, M.A., ERLIJ, D., CUELLAR, C., RIVERA, A., BADILLA, N., MOLDENHAUER, N., FOSTER, C., LÓPEZ, B., VALLADARES, X. y STEVENS, M.A., 2018. Oligoartritis, paniculitis y pioderma gangrenoso como manifestaciones de un Linfoma no Hodgkin. *Revista médica de Chile*, vol. 146, no. 4, pp. 534-537. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/s0034-98872018000400534.

LIZARZABURU RODRÍGUEZ, V.M., MIÑANO GARCÍA, C.A., CABALLERO EGUSQUIZA, J., VÁSQUEZ CASTILLO, C. y CASTRO HURTADO, E., 2017. Linfoma gástrico no Hodgkin perforado. *Revista de Gastroenterología del Perú*, vol. 37, no. 3, pp. 271-274. ISSN 1022-5129.

LLORENS NÚÑEZ, M.R., RODRÍGUEZ SILVA, H. y VILORIO HAZA, P.L., 2017. Linfoma no Hodgkin folicular primario del bazo. *Revista Cubana de Medicina*, vol. 56, no. 3, pp. 220-226. ISSN 0034-7523.

LÓPEZ, E.C.B., SEBASTIÁN, J.A.S., CASTRO, J.M.M., CUEVAS, G.O., ORTIZ, C.H.B. y LIMA, J.E.R., 2015. Reporte de caso: linfoma no Hodgkin tipo MALT extralinfoide. *Gaceta Mexicana de Oncología*, vol. 14, no. 1, pp. 66-69. ISSN 1665-9201. DOI 10.1016/j.gamo.2015.06.011.

MUÑO PERURENA, J.E., DÍAZ TORRES, H.M., CARNOT URÍA, J., DE CASTRO ARENAS, R., NAVEA LEYVA, L. y RODRÍGUEZ REYES, I., 2003. Leucemia / linfoma T del adulto: Primer caso en Cuba. *Revista Cubana de Medicina*, vol. 42, no. 3, pp. 0-0. ISSN 0034-7523.

PEÑA, C., VOISIN, J., GONZÁLEZ, J.T., VILLEGAS, P., PEÑA, C., VOISIN, J., GONZÁLEZ, J.T. y VILLEGAS, P., 2018. Necrolisis epidérmica tóxica en el curso de un síndrome hemofagocítico secundario a linfoma de Hodgkin. Caso clínico. *Revista médica de Chile*, vol. 146, no. 4, pp. 523-527. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/s0034-98872018000400523.

PUENTE SANÍ, V., OROPESA ROBLEJO, P. y CABALLERO ARTILES, R.A., 2016. Linfoma no-Hodgkin en un paciente con sida. *MEDISAN*, vol. 20, no. 6, pp. 807-814. ISSN 1029-3019.

QUERA, R., FLORES, L., SIMIAN, D., KRONBERG, U., VIAL, M.T., DE GUEVARA, D.L., GARCÍA-RODRÍGUEZ, M.J., QUERA, R., FLORES, L., SIMIAN, D., KRONBERG, U., VIAL, M.T., DE GUEVARA, D.L. y GARCÍA-RODRÍGUEZ, M.J., 2017. Linfoma difuso de células grandes B rectal en un paciente con colitis ulcerosa. *Revista médica de Chile*, vol. 145, no. 10, pp. 1342-1348. ISSN 0034-9887. DOI 10.4067/S0034-98872017001001342.

SERRA VALDÉS, M.A., LANDRIAN DAVIS, A., RAMOS RIVERO, A.I., REYES PROLONG, Y., ARANGUREN BARRETO, O. y HERRERA CALDERÓN, Y., 2016. Lupus eritematoso sistémico y linfoma no Hodgkin de células T. Presentación de caso y revisión de la literatura. *Revista Cubana de Reumatología*, vol. 18, pp. 0-0. ISSN 1817-5996.

SILVA, N., CALVACHE, N., ARRIETA, E., BRAVO, J.C., SALAZAR, C., ROSALES, J., JARAMILLO, F., RESTREPO, J.G., SILVA, N., CALVACHE, N., ARRIETA, E., BRAVO, J.C., SALAZAR, C., ROSALES, J., JARAMILLO, F. y RESTREPO, J.G., 2018. Disseminated histoplasmosis as a first clinical manifestation in a patient with small lymphocytic lymphoma: A case report. *Biomédica*, vol. 38, no. 3, pp. 298-302. ISSN 0120-4157. DOI 10.7705/biomedica.v38i3.3739.

SINCO, H.C., PEÑAFIEL, C.R., SANTOYO, A., JALOMA, J.C., MURILLO, C.M., MONTAÑO, E. y ÁNGELES, A.S., 2016. LINFOMAS NO HODGKIN ALGUNOS TÓPICOS SOBRE GENÉTICA Y PATOGENIA MOLECULAR. , vol. 28, pp. 15.

SUÁREZ MATTOS, A., CALDERÓN, A., ACEVEDO, A., SUÁREZ MATTOS, A., CALDERÓN, A. y ACEVEDO, A., 2018. Incidental finding of *Mansonella ozzardi* in a paediatric patient with anaplastic lymphoma. *Revista Colombiana de Cancerología*, vol. 22, no. 2, pp. 88-91. ISSN 0123-9015. DOI 10.1016/j.rccan.2017.07.003.

VENEGAS-RODRÍGUEZ, G., CARDOZA-JIMÉNEZ, K., ALVAREZ, M., SANTOS, C., MARIÁTEGUI, J.C., VELARDE, C., VALDIVIA, H. y BENITES-ZAPATA, V.A., 2017. Recurrencia/persistencia de neoplasia intraepitelial cervical posterior a cono LEEP en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Horizonte Médico (Lima)*, vol. 17, no. 1, pp. 6-10. ISSN 1727-558X.

VERDECIA CAÑIZARES, C., SANTOS LABARCENA, M.E. y LAM DÍAZ, R.M., 2015. Comportamiento del linfoma no Hodgkin en la edad pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, vol. 87, no. 4, pp. 460-467. ISSN 0034-7531.

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento Informado

Yo Elizabeth Rocío Babay Quismacala (0603258132) [Nombre] doy mi consentimiento para información sobre mí / mi hijo o pupilo (mi pariente) (círculo según el caso) que se publicará en ESPOCH, Linfoma no Hodgkin, realizado por la enfermera Deysi Cristina Paiz Calopina (09 025 144 17) [ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicará sin mí / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en Internet y puede ser visto por el público en general.

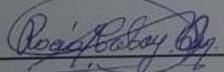
Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

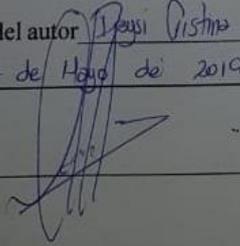
Nombre Elizabeth Rocío Babay Quismacala

Fecha 17 de Mayo de 2019

Firma 

Nombre del autor Deysi Cristina Paiz Calopina

Fecha 17 de Mayo de 2019

Firma 



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.**

Riobamba, 11 de Septiembre del 2019
Oficio N° 13-DDI-2019

De mi consideración:

En atención al Oficio 472.CM.ESP.2019 enviado por el Dr. Rodrigo Fiallo, Director de carrera de Medicina, en donde solicita el acceso y probación para la elaboración de proyectos de investigación y presentación de casos clínicos de lo Internos Rotativos de Medicina Cohorte Agosto 2018 – Septiembre 2019, en mi calidad de Coordinador de Docencia debo informar que se han evaluado los temas y considero APROBAR su elaboración, con el compromiso de entrega de una copia de los resultados de las investigaciones en nuestra Institución.

Por la favorable respuesta que se brinde al presente documento, expreso mi agradecimiento.

Atentamente


HOSPITAL DEL IESS RIOBAMBA
IESS
COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Dr. Fabricio García P.
Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital General IESS Riobamba

Anexo: Oficio con los temas solicitados por parte de la Dirección de carrera de Medicina.

Oficio 472 CM.FSP.2019
Riobamba, 17 de Julio del 2019

JOS HU... 2019 07-17-E

Señores
Ing. Patricio Montalvo, **Gerente**
Dra. Paola Manyá, **Directora**
Dr. Fabricio García, **Coordinador de Docencia**
HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA
Presente

RECIBIDO
HORA 16:22
2019

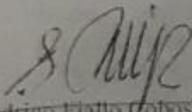
De mi consideración:

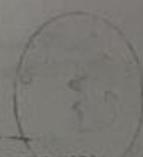
Reciban un atento y cordial saludo, por medio de la presente les solicito comedidamente autorizar el permiso correspondiente, para que los internos rotativos, de la Carrera de Medicina, puedan acceder a las historias clínicas y/o bases de datos necesarias para que puedan realizar sus proyectos de investigación y casos clínicos, requisito previo la obtención de su título como Médico General, de acuerdo al listado que adjunto:

Agradezco vuestra gentil atención

Atentamente,

"SABER PARA SER"


Dr. Rodrigo Fiallo Cobos
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA



Adjunto: Listado
Copiar: Unidad de titulación
Archivo



ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

MODALIDAD DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE CASOS EN EL HOSPITAL IESS RIOBAMBA					
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN					
No.	ESTUDIANTE	DIRECTOR	MIEMBRO	TEMA	
1	Katherin Carmita Valjejo Andrade y Josselyn Lucila Martínez Díaz	Dr. Juan Manuel Armendáriz Tubon	Dr. Pedro Renato Fibras Brito	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA AÑO 2018	
2	Yessenia Maruxi Aguilar Durán y Erika Paulina Barba Bermeo	Dr. Diego Fabricio Erazo Mogrovejo	Dr. Milton Alberto Reyes Román	COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS ENTRE HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL FRENTE HERNIOLAP, HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, AÑO 2018	
3	Maria Gabriela Mendoza García y Andrea Estefanía Acaro Achachi	Dr. Juan Pablo Palacios Idrovo	Dr. Diego Fabricio Erazo Mogrovejo	COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA VERSUS APENDICECTOMIA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA NOVIEMBRE 2018-MAYO 2019	
4	Paola Valentina Valdivieso Echeverría y Geoconda Isabel Shagñay Pucha	Dr. Juan Manuel Armendáriz Tubon	Dra. Silvia Marcela Inca Martínez	DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA LACTAMASA DE EXPECTRO EXTENDIDO HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, ENERO 2018-MARZO 2019.	
ANÁLISIS DE CASOS					
1	Maria José Quillumba Maldonado	Dra. Silvia Aracelly Proaño Lucero	Dr. Roberto Estefano Aguirre Carpio	TUMOR DE CARDIAS CON INFILTRACIÓN MEDIASTINAL	Hospital General IESS Riobamba
2	Ulises Saúl Carrillo Ramirez	Dra. Ana Luiza Quishpi Velez	Dra. Blanca Morocho Cayambe	SÍNDROME NEFRÓTICO	Hospital General IESS Riobamba



ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

MODALIDAD DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y ANALISIS DE CASOS EN EL HOSPITAL IESS RIOBAMBA					
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN					
No.	ESTUDIANTE	DIRECTOR	MIEMBRO	TEMA	
1	Kathern Carmita Vallejo Andrade y Josselyn Lucía Martínez Díaz	Dr. Juan Manuel Armendariz Tubon	Dr. Pedro Renato Fiores Brito	MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, AÑO 2018	
2	Yessenia Maruxi Aguilar Durán y Erika Paulina Barba Bermeo	Dr. Diego Fabricio Erazo Mogrovejo	Dr. Milton Alberto Reyes Román	COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS ENTRE HERNIOPLASTIA INGUINAL CONVENCIONAL FRENTE HERNIOLAP, HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, AÑO 2018	
3	Maria Gabriela Mendoza García y Andrea Estefanía Acaro Achachi	Dr. Juan Pablo Palacios Idróvo	Dr. Diego Fabricio Erazo Mogrovejo	COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA VERSUS APENDICECTOMIA CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, NOVIEMBRE 2018-MAYO 2019	
4	Paola Valentina Valdivieso Echeverría y Geoconda Isabel Shagñay Pucha	Dr. Juan Manuel Armendáiz Tubon	Dra. Silvia Marcela Inca Martínez	DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE BETA LACTAMASA DE EXPECTRO EXTENDIDO, HOSPITAL GENERAL IESS RIOBAMBA, ENERO 2018-MARZO 2019.	
ANÁLISIS DE CASOS					
1	Maria José Quilumba Maldonado	Dra. Silvia Aracelly Proaño Lucero	Dr. Roberto Estefano Aguirre Carpio	TUMOR DE CARDIAS CON INFILTRACIÓN MEDIASTINAL	Hospital General IESS Riobamba
2	Ulises Saúl Camilo Ramírez	Dra. Ana Lucía Quishpi Velez	Dra. Blanca Moricho Cayambe	SÍNDROME NEFROTICO	Hospital General IESS Riobamba



ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

12	Lizeth Carolina Aldaz Vargas	Dr. Juan Pablo Palacios Idrovo	Dr. Moises Bernabe Guerrero Ganán	ABDOMEN AGUDO INFLAMATORIO COMPLICADO	Hospital General IESS Riobamba
13	Diana Carolina Mena Silva	Dra. Silvia Aracelly Proaño Lucero	Dr. Jorge Luis Valdes González	ERITRODERMIA SECUNDARIA A USO DE CEFALEXINA	Hospital General IESS Riobamba

