

https://doi.org/10.24245/rev_hematol.v22i3.5753

Aliis vivere: 25 años de consulta privada de Hematología

Aliis vivere: 25 years of private Hematology practice.

Sergio Arturo Sánchez-Guerrero

Resumen

ANTECEDENTES: Consideraba mi consulta privada inviable para la docencia e investigación. ¡Craso error!

OBJETIVOS: Revisar los expedientes de mis pacientes atendidos estos 25 años para saber qué enfermedades atiendo en mi consulta y analizarlas desde el punto de vista médico y ético-social.

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de expedientes en el que se recabaron los siguientes datos: sexo y edad de los pacientes, diagnóstico, exámenes de laboratorio y tratamiento. Los pacientes se estratificaron en 3 grupos: anemias, coagulopatías y neoplasias malignas.

RESULTADOS: Se incluyeron 664 expedientes. El 60% de los pacientes eran mujeres. Respecto a las enfermedades, un 46% fueron anemias, el 26% coagulopatías, el 16% neoplasias hematológicas y un 12% padecimientos no hematológicos. La anemia más común fue microcítica e hipocrómica, seguida por la normocítica-normocrómica y, finalmente, la macrocítica. Respecto a las coagulopatías, predominó la trombocitopenia autoinmunitaria, seguida de la trombosis hereditaria y la diátesis hemorrágica. En cuanto a las neoplasias malignas, las más comunes fueron: linfomas, mielodisplasia, leucemia linfocítica crónica y mieloma múltiple. Éste fue el grupo de pacientes de mayor edad y quienes más emigraron hacia una institución pública.

CONCLUSIONES: La anemia ferropriva es un problema de salud aun en las clases sociales media y alta. Algunas instituciones favorecen a las neoplasias en sus planes de estudio si bien, éstas no serán el principal motivo de consulta para el hematólogo. Un alto porcentaje de pacientes con neoplasias no puede costear su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Anemias, coagulopatías, neoplasias, enfermedades hematológicas.

Abstract

BACKGROUND: I thought my private practice was useless for research and teaching purposes. What a bias!

OBJECTIVE: To review the records of patients seen the last 25 years to know what hematologic diseases I have seen assessing them from the medical, social and ethical perspectives.

MATERIALS AND METHODS: A retrospective analysis of clinical charts focusing on: patients' age and gender, diagnosis, lab testing and therapies. There were three main disease categories: anemia, coagulopathy and neoplasia.

RESULTS: There were included 664 records. Sixty percent of patients were females. Forty-six percent had anemia, 26% had coagulopathy, 16% had neoplasia and 12% came for non-hematologic diseases. The most common anemia was microcytic-hypochromic followed by the normocytic-normochromic anemia and, lastly, macrocytic. Regarding coagulopathies, the main cause was autoimmune thrombocytopenia followed by inherited thrombosis and hemorrhagic diathesis. In terms of neoplasms, the most frequently seen were: lymphomas, myelodysplasia, chronic lymphocytic leukemia and

Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

Recibido: 24 de mayo 2021

Aceptado: 25 de octubre 2021

Correspondencia

Sergio Arturo Sánchez-Guerrero
sasanche@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como: Sánchez-Guerrero SA. *Aliis vivere*: 25 años de consulta privada de Hematología. Hematol Mex 2021; 22 (3): 143-154.

multiple myeloma. This latter disease category included the eldest population as well as those patients most commonly seeking attention in public hospitals.

CONCLUSIONS: Iron-deficiency anemia is a health problem even among wealthy people. Hematologic malignancies are not the most common cause of consultation for the general hematologist and many patients cannot afford the high costs of anti-neoplastic therapies.

KEYWORDS: Anemia, coagulopathy, neoplasia, hematologic diseases.

ANTECEDENTES

Es bien conocido que, en México, existe muy escasa información estadística respecto a las diversas enfermedades hematológicas. Recientemente se han hecho algunos esfuerzos para registrarlas, pero más dentro del rubro de las neoplasias hematológicas que de las enfermedades benignas.^{1,2,3} Ahora bien, si el origen de esta información proviene de la consulta privada de los especialistas en Hematología, resulta prácticamente imposible conocerla.

No obstante todas estas limitaciones, sabemos que las enfermedades hematológicas se consideran un problema de salud pública tanto por su frecuencia como por la repercusión socioeconómica de las mismas en todo el mundo y, en este sentido, México no es la excepción.^{4,5}

Asimismo, es incuestionable reconocer el avance que se ha logrado en el diagnóstico, el conocimiento de la fisiopatología y el tratamiento de las diversas enfermedades hematológicas durante los últimos 25 años, particularmente, en los conceptos moleculares, citogenéticos, inmunofenotípicos y terapéuticos que incluyen: las terapias blanco, las terapias biológicas (como la inmunoterapia), lo que ha redundado en la mejoría en las expectativas de vida, así como en la calidad de vida de nuestros pacientes.

La mayor limitación que tenemos en nuestro país para ofrecer todos estos tratamientos innovadores es, definitivamente, el factor económico ya que la mitad de nuestra población se encuentra inmersa en la pobreza y el PIB *per capita* es de USD 9946 anuales según datos del INEGI para el año 2019. Adicionalmente, el costo de los esquemas terapéuticos contra las neoplasias hematológicas resulta exorbitante, lo que limita el acceso para muchos de nuestros pacientes atendidos en instituciones públicas y privadas.⁶

Con motivo del XXV aniversario del inicio de las actividades profesionales como hematólogo de pacientes adultos en mi consultorio privado, decidí realizar esta retrospectiva para conocer qué tipo de enfermedades he venido atendiendo a lo largo de este tiempo y, además, evaluar los resultados desde el punto de vista médico, académico, social y ético. Ésta fue la manera como eliminé mi propio sesgo con la práctica privada de la Hematología puesto que, al inicio de estas actividades, tuve la idea de que la medicina privada sería, simplemente, complementaria y secundaria a mi práctica institucional.

Los resultados que en este trabajo expongo me hacen modificar esta apreciación preliminar y corregirla toda vez que ha resultado muy satisfactorio para mí comprobar la ayuda y el servicio que, como médico, puede proporcionarse a la

población de pacientes que acuden al consultorio particular. Asimismo, ver la evolución y el progreso científico de la Hematología; aprender de los casos complejos e interesantes que son todo un reto académico y asistencial; tener la satisfacción de ver algunos trabajos que ha sido posible publicar en las revistas de alto impacto científico y ser objeto de la confianza y de la amistad perdurable de los pacientes y de sus familiares.

Por último, es menester destacar el efecto de la pandemia de COVID-19 que estamos viviendo desde que inició en China en diciembre de 2019⁷ y que arribó a México en marzo de 2020, no solo en los pacientes que padecieron la enfermedad sino, también, en los ajustes terapéuticos de otros pacientes quienes, aun sin padecer COVID-19, requerían el tratamiento de sus enfermedades hematológicas, así como su seguimiento a través de la consulta externa, por lo que hubo necesidad de recurrir, en algunos casos, a la telemedicina.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los expedientes clínicos de pacientes que han acudido a mi consulta en los últimos 25 años. Para este fin, recabé los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico y exámenes de laboratorio que permitieron estratificar a los pacientes en los tres grandes grupos de enfermedades hematológicas: anemias, neoplasias malignas y coagulopatías.

Los pacientes con anemia se diagnosticaron y clasificaron de acuerdo con los siguientes parámetros: hemoglobina y hematócrito (Hb/Ht), volumen globular medio (VGM), hemoglobina corpuscular media (HCM), cuenta de reticulocitos, frotis sanguíneo, patrón de hierro sérico, ferritina sérica, concentraciones de folatos y vitamina B₁₂ en suero, así como la prueba de Coombs directo.

Los pacientes con neoplasias malignas se diagnosticaron y clasificaron de acuerdo con los siguientes parámetros: cuenta de leucocitos en sangre, revisión del frotis sanguíneo, inmunofenotipo, aspirado y biopsia de médula ósea, inmunohistoquímica, citogenética y pruebas moleculares.

Los pacientes con coagulopatía se diagnosticaron y clasificaron de acuerdo con los siguientes parámetros: cuenta plaquetaria, revisión del frotis sanguíneo, tiempos de protrombina (TP), tromboplastina parcial (TTPa), trombina (TT) y tiempo de sangrado (TS), cuantificación de los factores de la coagulación, agregometría plaquetaria y pruebas moleculares.

Para fines de este análisis se excluyeron los pacientes que únicamente atendí durante su etapa de internamiento y ya no acudieron a la consulta externa. Asimismo, para el análisis de los pacientes con neoplasias malignas fue necesario que tuvieran, al menos, la consulta inicial más una consulta de seguimiento. En este mismo grupo de pacientes, la supervivencia global se consideró desde el momento del diagnóstico hasta su fallecimiento o, bien, hasta la fecha de su última consulta de seguimiento.

El análisis estadístico se expresa en promedios, rangos y porcentajes.

RESULTADOS

Se incluyeron 664 expedientes, de los que un 60% correspondió al sexo femenino. Por otro lado, del total de pacientes atendidos, el 46% tuvo un diagnóstico de anemia, un 26% manifestó alguna coagulopatía, un 16% una neoplasia hematológica y un 12% buscó atención por algún padecimiento propio de la Medicina interna y no por un problema hematológico *per se*, tal y como puede apreciarse en la **Figura 1**.

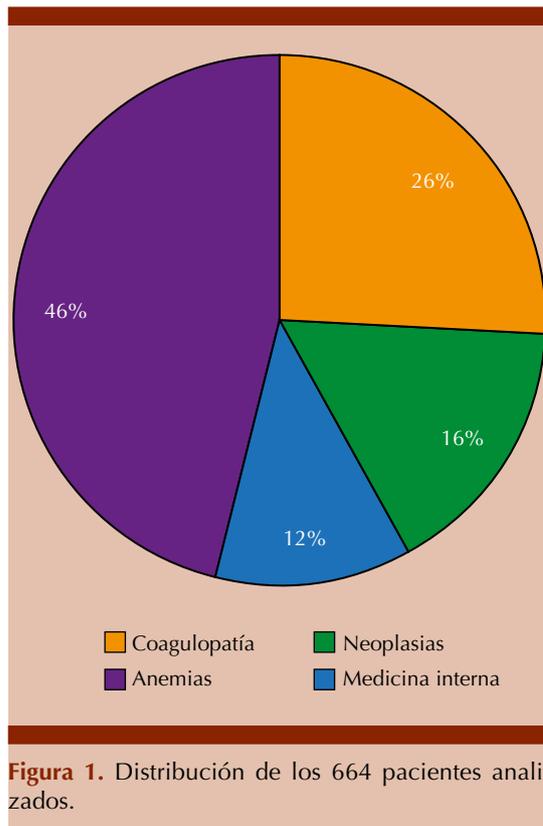


Figura 1. Distribución de los 664 pacientes analizados.

Anemia

Con respecto a los 248 pacientes con anemia analizados y cuya edad promedio fue de 51.8 años, un 50% de ellos tuvo anemia microcítica e hipocrómica; el segundo lugar lo ocupó la anemia normocítica-normocrómica con un 30%, mientras que la anemia macrocítica ocurrió en el 10% de los pacientes con anemia. Hubo un 10% cuyo tipo de anemia no pudo determinarse con certeza, más frecuentemente porque los pacientes no se realizaron los exámenes indicados y no regresaron a la consulta. **Figura 2**

Entrando en detalle, la principal causa de anemia microcítica-hipocrómica resultó ser la deficiencia de hierro con una frecuencia del 89% (de 110 expedientes analizados); la β -talasemia ocupó el segundo sitio, pero con un 6.4% de los casos y

la esferocitosis hereditaria ocupó el tercer lugar con una frecuencia del 1.8% del total de casos analizados. **Cuadro 1**

Más aún, la causa de la deficiencia de hierro fue la hemorragia uterina disfuncional en un 45% de los 89 casos revisados, seguida por la miomatosis uterina en el 18%; la hemorragia del tubo digestivo bajo ocurrió en el 14.6% de los casos, mientras que la hemorragia del tubo digestivo alto representó el 9% de los casos y, finalmente, el antecedente de un *bypass* gastro-yeyunal explicó la ferropenia en el 5.6% de los pacientes.

En relación con los pacientes con anemia normocítica-normocrómica y de los cuales se analizaron 46 expedientes, la principal causa fue la existencia de un tumor maligno en el 39% de los casos; la siguiente causa fue la hemorragia en un 15.2% de pacientes; en tercer lugar, la hemólisis en un 6.5%, seguida por la insuficiencia renal crónica terminal y el hiperesplenismo con un 4.3% de los casos cada uno. Por último, las causas misceláneas (como el consumo de fármacos y la anemia multifactorial) ocurrieron en el 6.5% de los pacientes.

En cuanto a la anemia macrocítica, de 24 expedientes analizados, un 37.5% de los casos obedecieron a la existencia de anemia perniciosa; de igual manera, otro 37.5% de los pacientes tuvo causas misceláneas, mientras que el 25% de los pacientes tuvo una anemia hemolítica como causa. **Cuadro 1**

Coagulopatía

En cuanto al análisis del grupo de pacientes con coagulopatía y cuya edad promedio fue de 47.7 años, la distribución, en 138 casos revisados, fue la siguiente: la trombocitopenia ocurrió en 68 pacientes (49.3%), seguida por la trombosis en 39 casos (28.3%), la hemorragia fue el motivo

Cuadro 1. Origen de las anemias

Origen de las anemias (1)	
Microcítica e hipocrómica (n = 110)	Causas de anemia ferropriva (n = 89)
Ferropriva 89%	Hemorragia uterina disfuncional 45%
β-talasemia 6.4%	Miomatosis uterina 18%
Esferocitosis hereditaria 1.8%	STDB 14.6%
	STDA 9%
	Bypass gastroyeyunal 5.6%
Origen de las anemias (2)	
Anemia normocítica-normocrómica (n = 46)	Anemia macrocítica (n = 24)
Ca 39%	Perniciosa 37.5%
Hemorragia 15.2%	Misceláneos 37.5%
Hemólisis 6.5%	Hemolítica 25%
Insuficiencia renal crónica terminal 4.3%	
Hiperesplenismo 4.3%	
Misceláneos (fármacos, multifactoriales) 6.5%	

de la consulta en 30 pacientes (21.7%) y solo un paciente acudió por vasculitis (0.7%). **Figura 2**

Ahora bien, como causa de la trombocitopenia, el primer lugar lo ocupó la trombocitopenia

inmunitaria primaria con un 32.3% de casos, seguida por el hiperesplenismo en un 17.6%; en tercer sitio se manifestó la pseudotrombocitopenia con un 13.2% de casos. Los fármacos (8.8%), el embarazo (4.4%), el alcoholismo

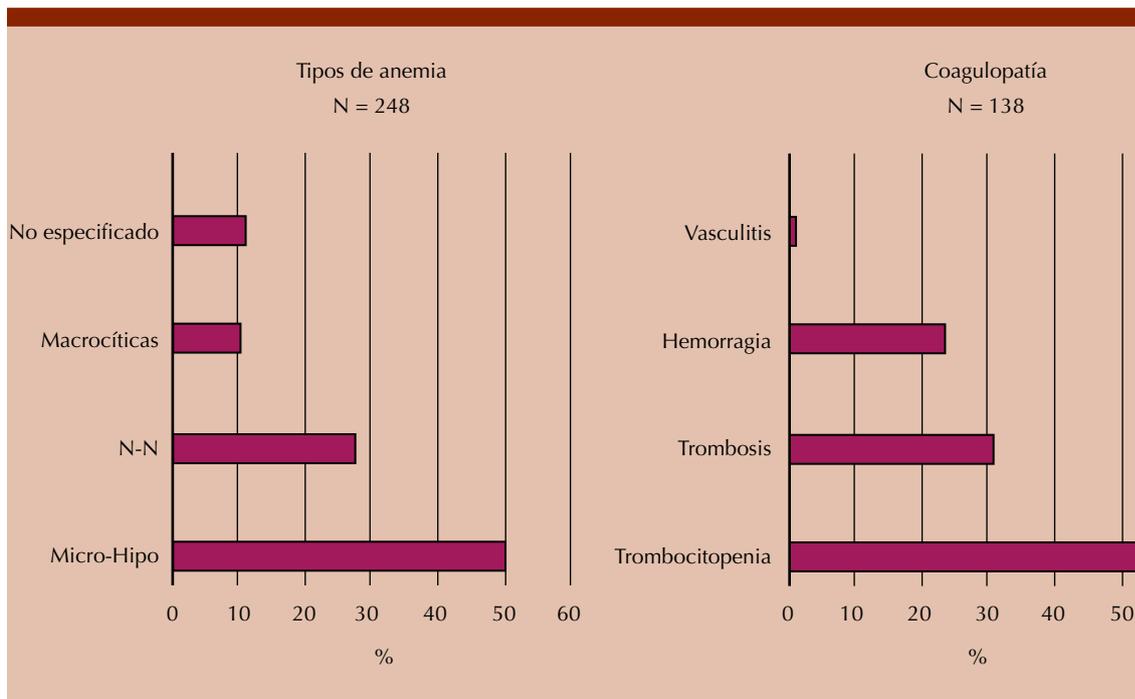


Figura 2. Clasificación de las anemias y coagulopatías revisadas.

(4.4%) y la virosis (2.9%) fueron las otras causas identificadas de trombocitopenia en este grupo de pacientes. **Cuadro 2**

En el rubro de pacientes con trombosis, las causas identificadas más comúnmente fueron las siguientes: mutación del FV Leiden en el 35.9%; los anticuerpos antifosfolipídicos en el 20.5%; la deficiencia de proteína C en el 15.4%; la mutación G20210A del gen de la protrombina en el 10.2%. Finalmente, las deficiencias de la antitrombina III y la deficiencia de la proteína S ocurrieron en el 7.7% de los casos cada una.

Por último, los pacientes que manifestaban hemorragias tuvieron la siguiente distribución: un 33.3% de los casos obedeció a púrpura senil; la disfunción plaquetaria ocurrió en el 23.3% de los casos; las hemorragias por la ingesta de salicilatos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) representaron el 13.3%; la deficiencia de factores de la coagulación el 6.6% y, finalmente, un caso (3.3%) fue diagnosticado como hemofilia adquirida al encontrarse inhibidores contra el FVIIIc. Previamente había mencionado el caso

de púrpura por vasculitis autoinmunitaria (0.7% de los pacientes con coagulopatía). **Cuadro 2**

Neoplasias

En cuanto a los pacientes con neoplasias hematológicas, se analizaron 97 expedientes, de los que la mayor proporción correspondió a los linfomas con 21 casos (26%), seguidos por los síndromes mielodisplásicos con 19 pacientes (24%); la leucemia linfocítica crónica con 18 casos (22%); el mieloma múltiple con 11 casos (14%); la leucemia mieloide aguda con 6 pacientes (7%) y la leucemia granulocítica crónica con 5 pacientes (6%), los cuales se detallarán más adelante. Una menor proporción de pacientes que acudieron a consulta durante estos 25 años fueron diagnosticados como causas misceláneas e incluyeron: policitemia vera, trombocitemia esencial, amiloidosis primaria, gammopatía monoclonal de significado incierto (MGUS), micosis fungoides, leucemia linfoblástica aguda, leucemia de células peludas, macroglobulinemia de Waldenström, plasmocitoma, enfermedad de Castleman asociado con el HHV-8, histiocitosis, mielofibrosis y leucemia prolinfocítica de estirpe

Cuadro 2. Origen de las coagulopatías

Origen de las coagulopatías (n = 138)	
Trombocitopenia (n = 68)	Trombosis (n = 39)
TIP 32.3%	Factor V Leiden 35.9%
Hiperesplenismo 17.6%	Anticuerpos antifosfolipídicos 20.5%
Pseudotrombocitopenia 13.2%	Deficiencia de proteína C 15.4%
Fármacos 8.8%	Mutación G20210A Protrombina 10.2%
Embarazo 4.4%	Deficiencia de AT III 7.7%
Alcoholismo 4.4%	Deficiencia de proteína S 7.7%
Virosis 2.9%	
Origen de las coagulopatías (2)	
Hemorragias (n = 30)	Otras causas
Vascular/senil 33.3%	Vasculitis (n = 1) 0.7%
Disfunción plaquetaria 23.3%	
AAS/AINEs 13.3%	
Deficiencia de factores de la coagulación 6.6%	
Hemofilia adquirida 3.3%	

T. El promedio de edad de este grupo de pacientes con neoplasias hematológicas malignas fue de 60.8 años. **Figura 3**

Linfomas

La edad promedio del grupo de pacientes con linfomas fue de 58 años con intervalo de 18 a 76 años de edad. La distribución por géneros reveló que un 29% eran mujeres. Con respecto al promedio de meses de supervivencia global, éste fue de 41, con límites de 1 a 116 meses. Con respecto a las variedades de linfoma, se clasificaron en: linfoma no Hodgkin de estirpe B, 15/21 pacientes; linfoma de Hodgkin: 4/21 pacientes y linfoma no Hodgkin de estirpe T: 2/21 pacientes.

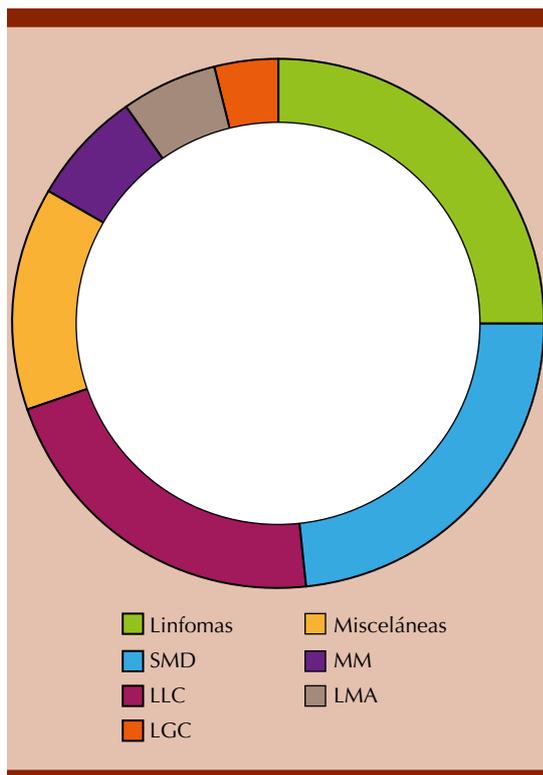


Figura 3. Tipos de neoplasias malignas. SMD: síndrome mielodisplásico; LLC: leucemia linfocítica crónica; LGC: leucemia granulocítica crónica; MM: mieloma múltiple; LMA: leucemia mielóide aguda.

Al analizar el rubro de los pacientes con linfomas del estirpe B, las variedades histopatológicas ocurrieron de la siguiente manera: linfoma difuso de células grandes (LDCGB): 4/15 pacientes; de la misma forma, 4/15 pacientes tuvieron un linfoma de la zona marginal; el linfoma folicular ocurrió en 3/15 pacientes; 2 de 15 pacientes tuvieron un linfoma tipo Burkitt; mientras que solo un paciente tuvo linfoma del manto y otro más linfoma linfoplasmacítico.

En cuanto al estadio clínico, un 19% de pacientes se diagnosticó cuando el estadio clínico era I; un 9% con estadio clínico II; la mayoría de los pacientes (33%) tenía ya un estadio clínico III y un 29% correspondió a un estadio clínico IV. Hubo un paciente (5%) cuyo linfoma fue primario de la médula ósea. Con respecto a la existencia de síntomas B, éstos se encontraron en un 38% de los casos. Por último, un paciente (5%) manifestó enfermedad voluminosa.

Respecto a las respuestas al tratamiento, 10 de 21 pacientes lograron una respuesta completa, mientras que 2 pacientes lograron una respuesta parcial. Por otro lado, 3/21 pacientes tuvieron recaída. Cabe mencionar que 4/21 pacientes persisten con enfermedad activa, particularmente, aquéllos con linfoma folicular. De los 21 pacientes 4 fallecieron durante estos 25 años censados y 5/21 pacientes tuvieron que continuar su manejo en alguna institución pública ya sea porque no contaban con un seguro de gastos médicos mayores o, bien, porque se hubiera llegado al límite de la cobertura del mismo.

Abundando más sobre el tratamiento, los esquemas terapéuticos prescritos fueron diversos; entre ellos destacaron los siguientes, ya sea en combinación o como monoterapia: ABVD (n = 5); rituximab (n = 5); dexametasona (n = 3). Con 2 pacientes cada uno de los diferentes esquemas: R-CHOP, radioterapia, obinutuzumab, Hiper C-VAD, bendamustina, clorambucil y CHOEP.

Finalmente, con un paciente, cada uno de los siguientes esquemas: R-EPOCH, MACOP-B, prednisona y ciclofosfamida. Un paciente (con linfoma de células del manto) se sometió, primero, a un autotrasplante de células progenitoras hematopoyéticas; sin embargo, debido a una recaída, fue tratado con un alotrasplante de donador vivo no emparentado, con lo que logró su curación.

Mielodisplasia

En el grupo de pacientes con mielodisplasia, hubo 19 pacientes cuya edad promedio fue de 72 años al diagnóstico (límites: 43-95). Siete eran del sexo femenino. La supervivencia global censada fue de 27 meses (intervalo: 1 a 101 meses). Siete de estos 19 pacientes lograron la remisión de la enfermedad. Diez pacientes permanecen vivos, mientras que 4 ya fallecieron y de los 5 restantes se desconoce si están o no vivos porque abandonaron su seguimiento en la consulta.

Hablando de los diferentes tipos de mielodisplasia, la frecuencia fue como sigue: 5 de 19 pacientes tuvieron anemia resistente; 3/19 anemia resistente con exceso de blastos; con un paciente, cada una de las siguientes variedades: citopenia resistente con displasia multilineal, mielodisplásico/mieloproliferativo (SMD/SMP), síndrome mielodisplásico/NOS, síndrome mielodisplásico hipoplásico. Finalmente, siete pacientes se clasificaron como portadores, llanamente, de un síndrome mielodisplásico. En cuanto al estudio citogenético, 5 de 18 pacientes tuvieron un cariotipo complejo.

Cabe destacar que 10/19 pacientes requirieron el apoyo transfusional con concentrados eritrocitarios y 6/19 requirieron plaquetoféresis. En cuanto al tratamiento, 9 pacientes fueron tratados con 5-azacitidina; 4 pacientes con mesterolona; otros 4 pacientes con talidomida; 3 con lenalidomida; 4 pacientes recibieron

estimulantes eritropoyéticos (2 eritropoyetina y otros 2 darbopoyetina); 2 pacientes, filgrastim; mientras que un paciente recibió, cada uno, los diversos fármacos siguientes: Ara-C más daunorubicina (esquema 7+3), danazol, hidroxiurea, eltrombopag y ara-C subcutáneo.

Leucemia linfocítica crónica

Este grupo de pacientes constó de 18 pacientes cuya edad promedio fue de 65 (límites: 44 a 87 años) y con proporción de 9 mujeres y 9 hombres. La supervivencia global promedio fue de 85 meses (límites: 4 a 420 meses). Han fallecido 2 de los 18 pacientes y 8 pacientes acudieron a consulta para escuchar una segunda opinión de mi parte.

En cuanto al estadio clínico, 10 pacientes se catalogaron como Rai 0; otros 5 pacientes (31%) como Rai I y solo un paciente como Rai IV. La cantidad promedio de linfocitos absolutos fue de 41,000/ μ L. Respecto al manejo terapéutico, éste consistió en observación y vigilancia en 9 pacientes, tratamiento con clorambucil en 5 pacientes; la fludarabina la recibieron otros 5 pacientes, ciclofosfamida en 2 y un paciente recibió obinutuzumab. Observarán ustedes que el porcentaje rebasa el 100% puesto que, a lo largo de su evolución, el tratamiento pudo haberse modificado y algunos pacientes requirieron esquemas combinados de terapia farmacológica o inmunoterapia.

Mieloma múltiple

Este grupo de pacientes constó de 11 expedientes clínicos evaluados. La edad promedio de estos pacientes fue de 64.4 años con límites de 38 a 79 años. La distribución por sexo fue de 7 mujeres y 4 varones, mientras que, la supervivencia global fue de 42.25 meses (límites de 3 a 101 meses). Respecto a las variedades de mieloma, 5 correspondieron a la variedad IgG,

5 a la variedad IgA y 1 a mieloma de cadenas ligeras. Tres pacientes permanecen vivos, otros tres ya fallecieron y los cinco pacientes restantes tienen una evolución desconocida; 2 de los 11 pacientes optaron por continuar su tratamiento en instituciones públicas.

Los esquemas terapéuticos fueron combinados en 9 pacientes; la monoterapia se dio a 2 pacientes. La radioterapia fue necesaria en 2 enfermos y se sometieron a autotrasplante de células progenitoras hematopoyéticas otros 2 pacientes.

En cuanto a los fármacos prescritos en este grupo de pacientes, se distribuyeron de la siguiente manera: Bortezomib en 5 pacientes, lenalidomida en 4 pacientes, talidomida en 3, ixazomib en 2 pacientes y un paciente recibió cada uno de los siguientes fármacos: carfilzomib, pomalidomida y daratumumab.

Leucemia mieloblástica aguda

Este grupo consistió en 6 pacientes analizados con edad promedio de 57.3 años (límites: 41 y 75). La distribución por sexo fue de 5 mujeres y un varón. La supervivencia global promedio fue de 27 meses con límites de 1 a 59. Si bien fallecieron 4 de los 6 pacientes, los 2 pacientes restantes están curados. Respecto a los tipos de leucemia mieloblástica de los dos pacientes curados fueron, por una parte, una leucemia promielocítica aguda (M3) y una leucemia mielomonoblástica aguda (M4). De las demás variedades, hubo una leucemia M0 y una M2, quedando sin clasificar los otros 2 pacientes. En relación con los resultados del cariotipo, hubo: un cariotipo complejo, otro con t (15;17), uno más con t (10;11), dos cariotipos no mostraron alteraciones y en un paciente no se realizó el cariotipo.

Con respecto a los esquemas terapéuticos, cuatro pacientes (66%) recibieron en esquema 7+3 con

Ara-C y daunorrubicina; una paciente (17%) recibió el esquema 5+2, también con la combinación de Ara-C y daunorrubicina. El paciente con leucemia promielocítica aguda fue tratado con ATRA + AsO₃.

Leucemia granulocítica crónica

Este grupo estuvo conformado por 5 pacientes cuya edad promedio fue de 69.4 años con límites de 58 a 85 años. La distribución por sexo fue de la siguiente manera: 2 mujeres y 3 varones. La supervivencia global promedio fue de 58 meses con límites de 2 y 143 meses. Tres de los pacientes fallecieron y 2 pacientes lograron la remisión molecular.

En cuanto a los resultados de laboratorio, destacó que la cuenta de leucocitos promedio fue de 68,400/ μ L (y una cifra máxima de 124,800/ μ L). Ahora bien, respecto a la t(9;22), ésta se identificó por cariotipo en 2 pacientes; en otro paciente se hizo por FISH y en tres pacientes se logró identificar el transcrito BCR/ABL por PCR.

Por último, el tratamiento prescrito incluyó los siguientes fármacos: imatinib en 3 pacientes, nilotinib en 2, hidroxuurea en 2, principalmente, para fines de citorreducción, mientras que el dasatinib se administró a un paciente.

La síntesis de la información mencionada se encuentra en el **Cuadro 3**.

DISCUSIÓN

Se ha dicho, con razón, que la Medicina es la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias. Creo saber la causa de esta máxima puesto que, en la antigüedad, Filosofía y Medicina caminaban de la mano. Más aún, el filósofo Empédocles a quien se le atribuye la autoría de la teoría de los cuatro elementos (tierra, aire, agua y fuego) era, también, médico.^{8,9} El

Cuadro 3. Neoplasias hematológicas

Enfermedad	Linfomas	Síndrome mielodisplásico	Leucemia linfocítica crónica	Mieloma múltiple	Leucemia mieloide aguda	Leucemia granulocítica crónica
Pacientes, núm. (%)	21 (26)	19 (24)	18 (22)	11 (14)	6 (7)	5 (6)
Edad en años, media (límites)	58 (18-76)	72 (43-95)	65 (44-87)	64 (38-79)	57 (41-75)	69 (58-85)
Sexo						
Fem (%)	6 (29)	7 (37)	9 (50)	7 (64)	5 (83)	2 (40)
Masc (%)	15 (71)	12 (63)	9 (50)	4 (36)	1 (17)	3 (60)
Supervivencia global en meses, media (intervalo)	41 (1-116)	27 (1-101)	85 (4-420)	42 (3-101)	27 (1-59)	58 (2-143)

mismo Hipócrates se apoyó en estos conceptos cuando concibió su teoría de los humores (sangre, flema, bilis negra y amarilla) que perduró por muchos siglos.⁹

En sus orígenes, la figura del médico se distinguía por ejercer un arte humilde y sin gloria ni renombre. Tal fue el caso del médico Yápix quien, ni más ni menos, salvó de la muerte a Eneas y, de esta manera, el héroe logró la victoria en su última batalla haciendo posible la fundación de Italia.¹⁰ También, en aquel entonces, se decía que el médico debía conocer a sus pacientes y ser amigo de ellos.⁹

Más recientemente, en el siglo XIX, Rudolph Virchow consideraba a la medicina una ciencia social y estaba convencido de que el médico debía convertirse en el abogado de sus pacientes.⁸ Afirmaba que la salud solo mejoraría cuando hubiera mayor justicia e igualdad en la sociedad.

Desgraciadamente estos conceptos clásicos respecto a la quinta esencia de la Medicina parecen ahora muy distantes. Con el advenimiento de las llamadas *Health Management Organizations* (HMO), es decir, las aseguradoras privadas, se le ha dado un giro más empresarial y lucrativo a la medicina moderna,⁸ incluyendo en este rubro a la industria farmacéutica,⁶ cuyas ganancias se

han llegado a calcular en 10 dólares estadounidenses por cada dólar invertido en investigación y desarrollo de fármacos que usamos en la hematología y la oncología.

Me resulta inverosímil que, en la actualidad, la lista de los mejores hospitales del país aparezca publicada en revistas de negocios empresariales¹¹ y más aún que, en los criterios de evaluación, el talento médico quede relegado a un segundo plano. Si bien estos cambios los he observado en estos 25 años de práctica privada, la pandemia de COVID-19 que vivimos desde hace un año y medio los ha hecho más evidentes. Resulta reiterativo mencionar que esta pandemia, lejos de afirmar el sentido de igualdad, ha agravado entre nosotros el sentimiento de la injusticia.¹²

Sin embargo, más que descalificar la práctica médica actual, deseo hacer una apología de la prístina misión de una disciplina milenaria y exhortar a mis colegas a no olvidar que hay, en la humanidad, más cosas dignas de admiración que de desprecio, tales como: la dignidad y el estoicismo ante la adversidad.¹³ Ojalá que después de la pandemia tengamos legítimos gozos que embarguen nuestras almas de gratitud y que vivamos los nuevos tiempos de una mejor manera con un sentido más fraterno, ya que las crisis incentivan a los hombres a superarse.¹³

Si bien resulta imposible para un médico salvar a todos sus pacientes, el Talmud nos dice que quien salva una vida salva al universo entero y ese potencial que tenemos como médicos nos deberá llenar de entusiasmo y optimismo por más difícil y adverso que luzca el reto al que nos enfrentemos con nuestros pacientes.

Habiendo dicho lo anterior, esta revisión de 25 años que ahora muestro ante ustedes pretende ejemplificar lo que un hematólogo atiende en su consulta privada, destacando los siguientes puntos:

1. Que la anemia ferropriva continúa siendo un problema de salud pública aun en las clases socioeconómicas media y alta.

2. Que las enfermedades neoplásicas no suelen ser el motivo de consulta más común para un hematólogo, por lo que algunas instituciones de enseñanza deberían analizar la composición de sus programas académicos para equilibrarlos, en la medida de lo posible, de acuerdo con lo que el egresado de la especialidad de Hematología atenderá en el mundo real y en el día a día.

En este rubro de neoplasias hematológicas destaco lo siguiente: la enfermedad más frecuente resultó el linfoma; después de los linfomas, las siguientes enfermedades más frecuentes en mi consulta privada se observaron, principalmente, en los pacientes seniles (mayores de 60 años) como fueron: la mielodisplasia, la leucemia linfocítica crónica y el mieloma múltiple.

En cuanto a la supervivencia global, ésta fue mayor en la leucemia linfocítica crónica y menor en los síndromes mielodisplásicos y en las leucemias mieloblásticas agudas. Por otro lado, el mayor consumo de productos sanguíneos lo tuvieron los pacientes con mielodisplasia.

3. Respecto a las coagulopatías, la trombocitopenia constituyó la principal razón por la cual los pacientes acudieron a mi consulta.

4. Ante la escasez de información estadística nacional, resulta útil analizar los casos que atendemos en nuestros consultorios para que, a manera de muestra, podamos compartirlos con la comunidad médica.

5. Desde el punto de vista de calidad en el servicio, la revisión de nuestras consultas se convierte en una herramienta útil para la mejora continua ya que, como bien reza la máxima, “lo que no se mide no podrá mejorarse”.

6. Estoy seguro de que todos y cada uno de nosotros que practicamos la consulta privada de Hematología hemos tenido, tenemos o tendremos casos de sumo interés como para compartirlos a través de publicaciones en las revistas científicas.¹⁴

7. A pesar de considerar el derecho a la protección de la salud como de carácter universal, resulta inquietante ver que es cada vez mayor el costo de los estudios y de los tratamientos para los pacientes con enfermedades hematológicas. Es por esta razón que una proporción considerable de estos enfermos (un 28% de los que sufren neoplasias en la presente muestra de mi consulta privada) se ve en la necesidad de tomar la decisión de acudir a las instituciones públicas muchas de las cuales carecen de los recursos humanos, materiales y económicos suficientes para atenderlos adecuada e integralmente. Esto se ha hecho patente con la pandemia de COVID-19 que seguimos sufriendo y que ha terminado por poner en evidencia a nuestro frágil sistema nacional de salud.

Existe una gama amplia de opciones terapéuticas para los pacientes que sufren de neoplasias hematológicas y, en el ámbito privado, podemos

apoyarnos en ellas (siempre y cuando los pacientes cuenten con la cobertura de un seguro de gastos médicos mayores suficientemente amplio). Considero que los costos de los tratamientos actuales están convirtiendo el derecho a la protección de la salud (que debería ser de carácter universal) en un privilegio exclusivo de ciertas clases sociales.

Por otro lado, debo reconocer que me siento afortunado de poder atender a mis pacientes en una institución privada que cuenta con la infraestructura y el capital humano suficientemente capacitado para poder ofrecer las herramientas diagnósticas y terapéuticas de vanguardia, así como de alta confiabilidad, incluyendo el manejo de los pacientes que han llegado a la etapa final de sus enfermedades neoplásicas hematológicas.

Además, durante estos 25 años de práctica privada en la Hematología, he podido ser testigo del advenimiento de los nuevos agentes terapéuticos, como: los inhibidores de las tirosina cinasa y de los proteasomas, el trióxido de arsénico, los inmunomoduladores, los fármacos hipometilantes, las terapias biológicas y las inmunoterapias, permitiéndome vislumbrar un promisorio futuro para los enfermos que sufren de las enfermedades hematológicas esperando que este beneficio alcance a la mayoría de nuestros pacientes, no solo en el ámbito de la medicina privada, sino también en las instituciones públicas. La misma opinión me merece la aplicación clínica de los estudios citogenéticos, moleculares y de medicina nuclear en nuestra especialidad que ha mejorado el conocimiento, la clasificación y, por ende, el tratamiento de estas enfermedades en nuestros enfermos.

Agradecimientos

Agradezco el apoyo de la LDG Alejandra Sánchez Cárdenas en la elaboración de los cuadros

y las figuras; de las Sras. Carmen Badillo y Eloísa Borja por su apoyo administrativo, así como a mis pacientes y sus familiares por su confianza a través de estos 25 años.

REFERENCIAS

1. Jaime-Pérez JC, Treviño-Reyna G, Aguilar-Calderón P, Cantú-Rodríguez OG, et al. Contributions of a regional approach to document hematologic diseases in Mexico: a 10-year experience in an open population. *Hematology* 2018; 23: 803-9. doi: 10.1080/10245332.2018.1498166.
2. López-García YK, Colunga-Pedraza PR, Tarín-Arzaga L, López-Garza MI, et al. Iron deficiency anemia referral to the hematologist. Real-world data from Mexico: the need for targeted teaching in primary care. *Hematology* 2018; 23: 658-63. doi: 10.1080/10245332.2018.1461290.
3. Gómez-Almaguer D, Marcos-Ramírez ER, Montañón-Figueroa EH, Ruiz-Argüelles GJ, et al. Acute leukemia characteristics are different around the world: the Mexican perspective. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk* 2017; 17: 46-51. doi: 10.1016/j.clml.2016.09.003.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Donmarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
5. Borja-Aburto VH, Dávila-Torres J, Rascón-Pacheco RA, González-León, M, et al. Cancer mortality in the Mexican Social Security Institute: 1989-2013. *Salud Pública Méx* 2016; 58: 153-61.
6. Tay-Teo K, Ilbawi A, Hill SR. Comparison of sales income and research and development costs for FDA-approved cancer drugs sold by originator drug companies. *JAMA* 2019; 2 (1): 186875. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6875.
7. Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020; 579: 270-3. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.
8. Porter R. *The greatest benefit to mankind*. 1st ed. New York: WW Norton & Co., 1997.
9. Hipócrates. *Tratados*. Madrid: Ed. Gredos, 2015.
10. Virgilio. *Eneida*. 16^a ed. Madrid: Ed. Cátedra, 2016.
11. Los mejores hospitales privados de México. *Revista Expansión*. Enero de 2021.
12. Camus A. *La peste*. Penguin Random House. 1^a ed. México, 2020.
13. Sabato E. *La resistencia*. Barcelona: Ed. Seix Barral, 2003.
14. Sánchez-Guerrero S, Castillo JJ. Bing-Neel syndrome: a rare complication of Waldenström macroglobulinemia. *Blood* 2015; 126: 1390. doi: 10.1182/blood-2015-05-640219.