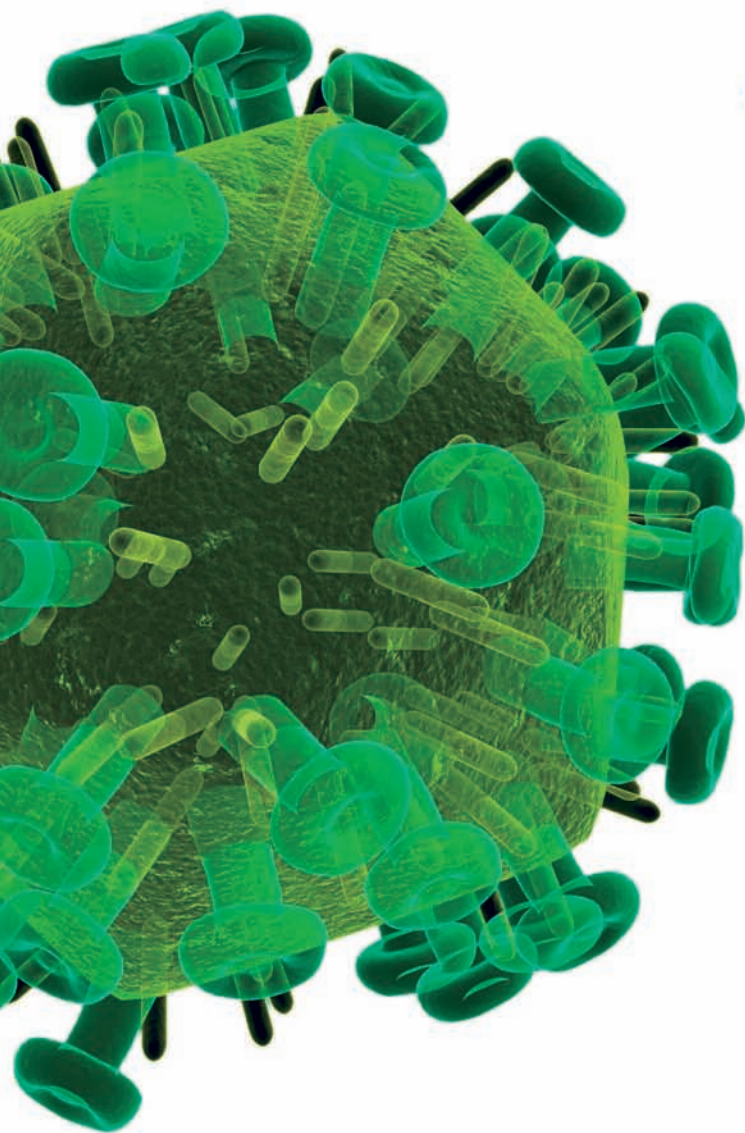


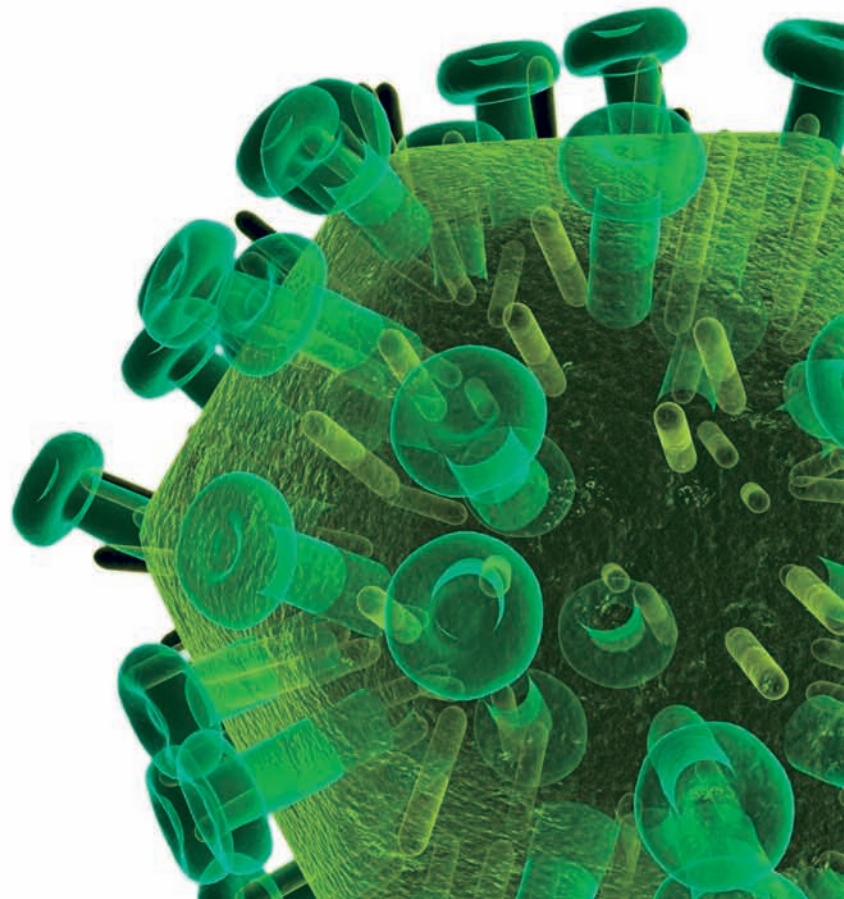
# SELECCION

Número 53  
Año XIX  
MARZO 2015

VIDA



## Linfomas en el Seguro de Vida



Nacional de Reaseguros S.A.

# LINFOMAS EN EL SEGURO DE VIDA

En la práctica diaria no es raro observar un número anormal de linfocitos en los análisis de un candidato a un seguro o, algo más raro, la historia de un linfoma que ha sido tratado en el pasado y que en la actualidad “está curado” o controlado y sin sintomatología.

Para entender estos casos vamos a repasar el significado de estas células en el organismo y también las condiciones más frecuentes en relación con los denominados linfomas y la leucemia linfocítica crónica.

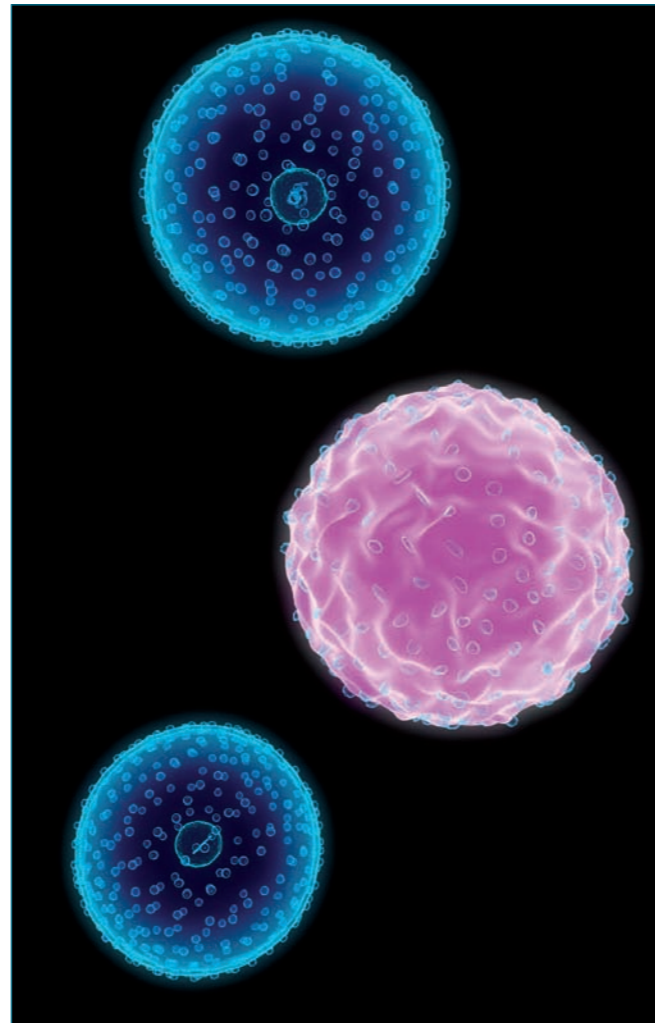
Se trata de un tema complejo en el que los especialistas, cuando tratan de establecer un diagnóstico preciso en el caso concreto de un enfermo, frecuentemente disienten debido a la gran cantidad de linfomas existentes según las diferentes clasificaciones elaboradas por los expertos. Es un tema que no hemos tratado nunca en esta publicación y, dada la existencia relativamente frecuente de casos, teníamos que afrontarlo en algún momento.

El caso más común que debemos considerar es el de un paciente o candidato a un seguro que muestra una señal de alarma en la línea que describe el número de linfocitos.

Sabemos que en la sangre hay glóbulos rojos, en torno a 5 millones por milímetro cúbico, que transportan la hemoglobina, fundamental para la aportación de oxígeno a las células del organismo; y glóbulos blancos, en torno a 5-10.000 por milímetro cúbico.

Dentro de los **leucocitos** hay cinco estirpes. Los más numerosos son los llamados segmentados, en torno al 60-70%, y en segundo lugar por frecuencia, los linfocitos, en torno al 20-25%.

Dentro de los **linfocitos**, que se diferencian por su núcleo grande que ocupa el 80-90% de la célula, hay a su vez tres



tipos: los **LINFOCITOS B** (B de “Bursa” o “Bone marrow”), en relación con la medula ósea, los más numerosos con una función inmunitaria de tipo adaptativo antigénico; los **LINFOCITOS T** (T de “Timo”), con una inmunidad de tipo adaptativo celular; y por último los **LINFOCITOS NK** (de “Natural Killer”) con una inmunidad innata que no necesita de estímulos externos o primarios para defender el organismo contra elementos que consideren peligrosos para el estado de equilibrio del ser biológico.

■ Los **Linfocitos B**, en respuesta a la introducción de antígenos, producen anticuerpos en gran cantidad, que defienden o inmunizan al organismo contra sucesivas exposiciones de esos elementos nocivos externos denominados elementos antigénicos.

■ Los **linfocitos T** atacan a bacterias o virus mediante la producción de citoquinas por los llamados “T helper cells”, mientras que otro tipo de linfocitos T, los llamados “Cytotoxic T cells”, producen unos gránulos con enzimas muy potentes que destruyen las células infectadas por elementos patógenos. Después de una activación de las células B y T por un ataque externo queda una memoria de larga duración que protege al organismo contra el tipo específico de agresión primaria con una respuesta automática y rápida.

■ Los **linfocitos NK** constituyen una parte innata o establecida desde el principio para detectar células tumorales o aquellas otras que han sido invadidas por virus. Lo hacen mediante la detección una molécula que se expone en la superficie de las células, la llamada M.H.C. (de “Major Histocompatibility Complex”), que a su vez son activadas por un grupo de citoquinas denominadas interferones. Son, como si dijéramos, células preparadas desde el principio para detectar células alteradas del propio organismo que, por su propia alteración, resultan perjudiciales para el conjunto biológico del individuo.

Todo lo anterior resulta complejo para el no especializado en esta rama de la medicina, pero nos orienta sobre la importancia que tiene el valorar la fórmula sanguínea de una persona, lo que debería llevarnos a observar detenidamente los resultados del análisis que nos entrega el médico después de una revisión.

En la fórmula analítica se mencionan los 5 tipos de leucocitos: NEUTRÓFILOS, LINFOCITOS (CÉLULAS B Y T), MONOCITOS, BASÓFILOS Y EOSINÓFILOS, y en el margen se suelen indicar los valores o el rango de normalidad.

- **Neutrófilos:** 40 a 60%
- **Linfocitos:** 20 a 40%
- **Monocitos:** 2 a 8%
- **Eosinófilos:** 1 a 4%
- **Basófilos:** 0.5 a 1%

Un **alto número de linfocitos** (generalmente se da el valor en porcentaje sobre el número total de leucocitos, pero también el número absoluto por milímetro cúbico) indica generalmente una infección de tipo viral. Mucho más



*Un alto número de linfocitos indica generalmente una infección de tipo viral*

raramente puede indicar la presencia de una leucemia de tipo linfocítico y, cuando un número elevado de linfocitos se asocia a un número disminuido de neutrófilos, puede indicar la presencia de un linfoma.

Por el contrario, un **número bajo de linfocitos**, por debajo del 20%, puede indicar el inicio de una infección después de cualquier tipo de cirugía general o de trauma. Un subgrupo de los linfocitos T ha cobrado una inmensa importancia en los últimos lustros. Se trata de los linfocitos T-CD4, que bajan en el síndrome de inmunodeficiencia y cuya disminución hace al individuo susceptible a múltiples infecciones, entre ellas la tuberculosis, que se ha reavivado en estratos deprimidos de la sociedad, población carcelaria... Además, el seguimiento del número de linfocitos T-CD4 nos indica el pronóstico y/o el cumplimiento del tratamiento en el enfermo con inmunodeficiencia.

Es por esta razón que en el seguro de vida actualmente, cuando se contempla asegurar a un cliente con una prueba VIH positiva, aparte de insistir en la situación clínica general, se solicita un análisis reciente de linfocitos T-CD4 además de la llamada “CARGA VIRAL”.

Los linfocitos, aunque diseminados a lo largo de los ganglios linfáticos, la sangre circulante, la medula ósea y algunos órganos tales como el bazo, pueden ser causa de enfermedades importantes cuando la población de linfocitos normales es sustituida por otra de características tumorales, con falta de coordinación en su multiplicación y una estructura interna cromosómica alterada.

Desde nuestro punto de vista, los casos que más frecuentemente observamos en la contratación de un seguro de vida, o con necesidad de ser indemnizados tras un diagnóstico o el fallecimiento son: la leucemia linfocítica crónica, el linfoma de HODGKIN y los linfomas NO HODGKIN, que van a ser tratados en esta publicación de una forma general o en conjunto, dado que éste no es lugar para una descripción detallada de uno de los temas más complejos, controvertidos y en evolución de la medicina actual.

## LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

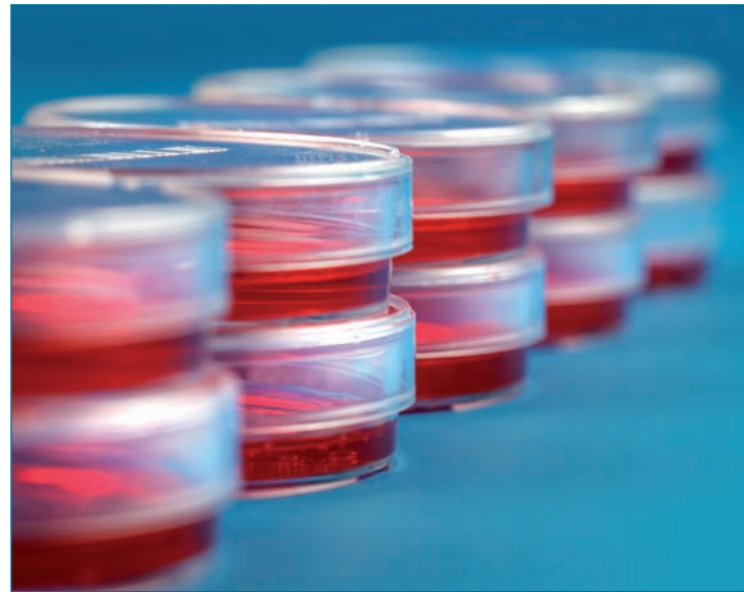
Esta es una patología que puede tomar un carácter de leucemia linfocítica crónica con afectación fundamental de los linfocitos circulantes en la sangre, o bien lo que se llama un linfoma de linfocitos pequeños, cuando afecta principalmente y de forma inicial a los ganglios linfáticos. Con frecuencia se detecta al realizar un análisis de rutina en un paciente asintomático y observar un número elevado de linfocitos. Los síntomas que pueden haber llevado a la realización del análisis incluyen un cierto grado de fatiga, tendencia a infecciones repetidas, por ejemplo el típico catarro que se viene repitiendo desde hace varios meses, y la presencia de algún ganglio en cuello, axilas... También se puede producir una variación significativa en el número de plaquetas y anemia. En la presentación como linfoma de linfocitos pequeños predominan los ganglios y el aumento de tamaño del bazo.

El estudio que caracteriza la situación incluye completar el análisis sanguíneo con una valoración de la función hepática, ácido úrico, calcio, una electroforesis de las proteínas, radiografía de tórax, scan de tórax y abdomen, y una punción para el estudio de la médula ósea. Según estudios genéticos complejos se puede orientar que casos son los más agresivos o los que mejor o peor responderán al tratamiento quimioterápico.

Tras el estudio completo, si deseamos tener una idea del pronóstico en un paciente determinado, es necesario tener en cuenta la presencia o ausencia de los siguientes signos y síntomas asociados a una fórmula sanguínea y a un diagnóstico confirmado de leucemia linfocítica crónica:

<b>Linfocitosis (linfocitos elevados) como único signo =&gt; bajo riesgo</b>	<b>Vida media (V.M.) &gt; 10 años</b>
<b>Linfocitosis + aumento de ganglios, hígado y/o bazo =&gt; riesgo medio</b>	<b>V.M. = 7 años.</b>
<b>Cuando se asocia a anemia y/o caída significativa de plaquetas =&gt; alto riesgo</b>	<b>V.M. = 1,5 años.</b>

Quitar los puntos del final (después de "años") en los dos apartados.



Los tratamientos son complejos y varían a medida que se producen estudios demostrativos de mejorías con combinaciones de diferentes elementos que incluyen la fludarabina y el clorambucilo, pero en los casos no agresivos con anomalías únicas en la fórmula sanguínea o en los ganglios ligeramente aumentados, muchos clínicos prefieren una actitud vigilante sin añadir ninguna medicación. A lo largo de la enfermedad, con o sin tratamiento, se puede producir la presencia de anticuerpos que provocan una brusca anemia o una muy rápida disminución de plaquetas o de la inmunidad, y entonces está indicada la medicación con gamma globulina o altas dosis de derivados de la cortisona.

Desde el punto de vista del seguro de vida sólo se pueden asegurar aquellos clientes estabilizados que puedan probar el buen control, sin adenopatías o agrandamiento de ganglios de forma generalizada, sin anemia ni disminución en el número de plaquetas. Además, y dependiendo de la edad, no se debe extender la cobertura por encima de los 5-7 años y las sumas de capital deben ser pequeñas o, como mucho, intermedias.

## ENFERMEDAD DE HODGKIN

Se trata de una enfermedad maligna del tejido linfocítico, y más específicamente de los ganglios linfáticos, pero que gracias a los avances en el tratamiento, que en general combina varios fármacos (doxorubicina, vincristina, procarbazona, prednisona ...) y radioterapia, hoy se curan entre el 80 y el 90% de los casos cuando el tratamiento es adecuado y bien seguido por el enfermo.

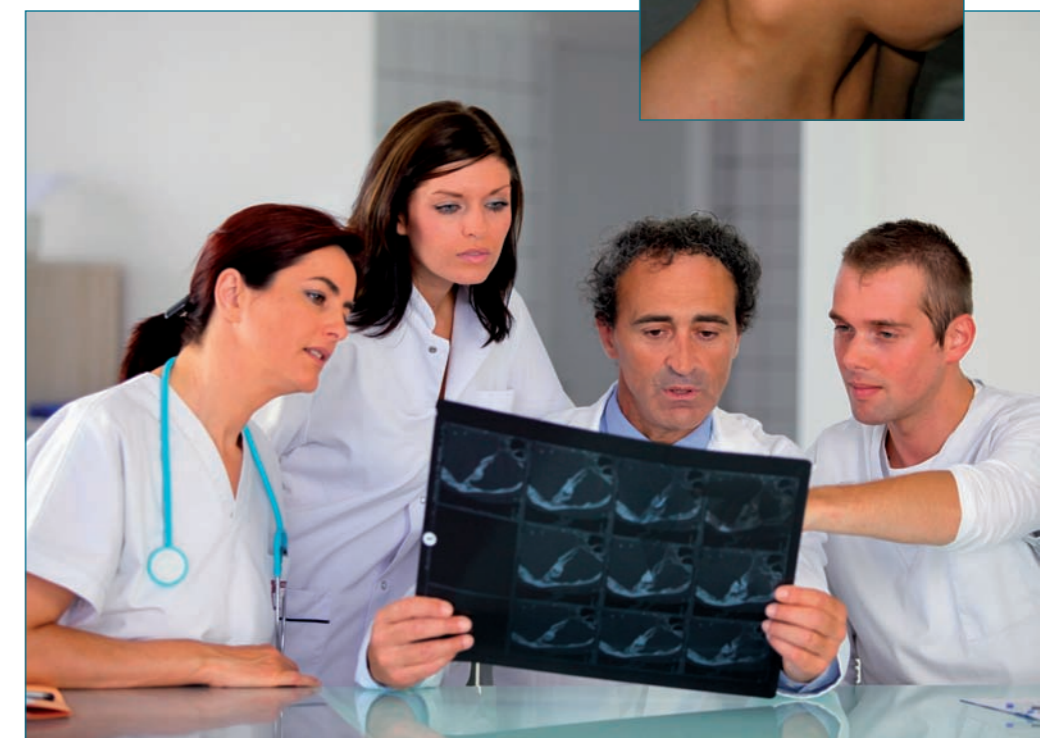
Es una enfermedad que afecta más a sujetos jóvenes, por debajo de los 35-40 años, y que se manifiesta por un aumento de masas ganglionares (cuello, área supraclavicular, axilas). Ésta es la manifestación más común, pero también suele asociarse a pérdida de peso, fiebre y sudoración aumentada. Se ha asociado a la llamada fiebre de "Pel Ebstein", que consiste en una elevación de la temperatura que dura varios días o semanas, sin foco infeccioso conocido, y que bruscamente desaparece de forma espontánea para reaparecer más adelante sin motivos aparentes.

Para el valorador de candidatos con una historia de enfermedad de Hodgkin es importante asegurarse de que ha pasado un mínimo de 4-5 años desde que se le dio de alta por curación, y que no ha habido recaídas o nuevas combinaciones de quimioterapia o radioterapia después del tratamiento inicial.

Además se debe considerar que, dada la agresividad de los tratamientos, es más frecuente que aparezcan con efecto retardado o muy retardado las complicaciones de la radiación, especialmente cuando se ha utilizado en el área torácica o en el cuello (enfermedad coronaria por fibrosis, deterioro de la pared de las arterias coronarias o alteración en la función de la glándula tiroidea). Otro problema que es general en los enfermos que han recibido altas dosis de quimioterápicos es que aparezcan cánceres de diferente naturaleza cuando ya han transcurrido de 10 años desde el diagnóstico inicial. Para compensar al menos en parte este riesgo, el médico en general insiste en la necesidad de un control riguroso de los valores de colesterol en sangre y en que se evite el consumo de tabaco.

*Para el valorador de candidatos con una historia de enfermedad de Hodgkin, es importante asegurarse de que ha pasado un mínimo de 4-5 años desde que se le dio de alta por curación*

Cuando llegamos a este punto no tenemos más remedio que recordar que el seguro de vida tiene un componente sociológico con una vertiente humana difícil de soslayar. Y es que al paciente que ha sufrido un tratamiento agresivo y difícil de tolerar, con náuseas, caída del cabello, pérdida manifiesta del apetito ... ahora, cuando ya han pasado 4-6-8 años y le surge la necesidad de hacerse un seguro, la compañía y su servicio médico no deberían presentarse como particularmente severos. Es cierto que para montos de capital muy importantes habría que añadir una sobreprima de entre un +25 y un +50% para cubrir el riesgo de esas complicaciones, pero en capitales moderados o bajos tratamos siempre de normalizar el riesgo con el de la población general. Y es que al añadir una sobreprima significativa al cliente que ha pasado por una prueba importante en su vida podemos hacerle mucho daño psicológico, y ello podría repercutir en un perjuicio para la compañía mayor que el riesgo de clasificar a la baja un seguro de poco peso económico.



## LINFOMAS “NO HODGKIN”

Inicialmente al menos, la diferencia que se establecía entre el linfoma de tipo Hodgkin y no Hodgkin dependía de que el patólogo nos indicase que en la preparación microscópica existían (caso del Linfoma de Hodgkin - LH) las células gigantes binucleadas de Red Sternberg o no (Linfomas no Hodgkin - LNH). Con el paso del tiempo se fue estableciendo que, dentro de una especie de cajón de sastre con múltiples variedades, las características de aparición, el grado de malignidad, la evolución y pronóstico eran muy diferentes según los diferentes tipos histológicos o según las características observadas al microscopio.

Básicamente interesa recordar que, aunque se ha avanzado mucho en pocos años en la terapia de esta patología tumoral, el pronóstico es generalmente peor que en el linfoma de Hodgkin, con una menor tasa de curaciones definitivas tras el tratamiento.

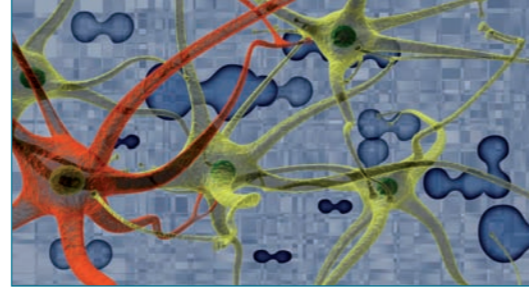
Los linfomas no Hodgkin forman un grupo heterogéneo de neoplasias malignas que tienen diferentes modelos de comportamiento y respuestas a la asociación medicamentosa y tratamiento por radiaciones que hoy se vienen empleando.

De nuevo las causas se desconocen, pero se sabe que una inmunidad deficiente, como ocurre con los enfermos con inmunodeficiencia por el virus VIH, es una situación de “mucho mayor riesgo”.

El LNH tiene una tendencia mayor que el LH para diseminarse o infiltrar otros tejidos aparte del sistema linfático, y su respuesta al tratamiento es menos previsible.

Además, tiene una mucho mayor tendencia a aparecer por encima de los 50 años mientras que en el LH ocurría lo contrario. Es algo más común en varones.

La sintomatología es parecida a la de las entidades previamente valoradas, con fiebre sin causa aparente, CANSANCIO,



SUDORES Y PÉRDIDA DE PESO, DOLORS ERRÁTICOS DE CABEZA, ocasionalmente con convulsiones epilépticas cuando el tejido tumoral ha invadido el cerebro o colonizado las meninges, picores generalizados, HINCHAZÓN DE ABDOMEN Y DE GANGLIOS LINFÁTICOS. También puede producir TOS si el agrandamiento de los ganglios linfáticos internos afecta, por ocupación de espacio, a tráquea, faringe o bronquios principales.

No podemos entrar aquí a describir los diferentes tipos de LNH pero, desde el punto de vista del seleccionador, interesa recordar que los LNH se pueden clasificar en base a su pronóstico en linfomas de crecimiento lento y linfomas de crecimiento rápido.

Los tipos de crecimiento lento de LNH tienen un pronóstico relativamente bueno, con una supervivencia media de hasta 20 años, pero habitualmente no son curables. Las situaciones tempranas (estadios I y II) del LNH de crecimiento lento se pueden tratar eficazmente con radioterapia sola.

Los tipos de LNH de crecimiento rápido tienen una evolución natural más corta, pero un número significativo de estos pacientes se puede curar con terapia intensiva, combinando varios fármacos.

En general, con los tratamientos modernos para pacientes de LNH, la supervivencia general a 5 años es de más del 60%. De los pacientes de LNH de crecimiento rápido, se puede curar más del 50%. La vasta mayoría de recaídas se presenta en los primeros dos años después de terminar el tratamiento.

El médico seleccionador en general se ve obligado a rehusar los casos de LNH, salvo que se pueda demostrar una curación o estado clínico sostenido por un tiempo no inferior a 5 años.

Y es que, a pesar de las mejoras de supervivencia, la mortalidad general en los casos de LNH es muy superior a la de la población general. En casos de edades limítrofes, cuando el cliente nos indica por ejemplo que terminó el tratamiento hace 4 a 6 años y que desde entonces no ha habido recaídas, y ello se puede demostrar de forma documentada, se puede considerar una aceptación con sobreprimas entre el + 50 y el +100% según los casos.

## PUESTA AL DÍA EN LA ENFERMEDAD POR EL VIRUS ÉBOLA

Lo que hemos observado recientemente con la epidemia del “virus ÉBOLA” nos debe hacer reflexionar, ya que probablemente no estaba justificado el grado de alarma social despertado por los medios de comunicación hace unos meses, pero tampoco lo está el desinterés que observamos a día de hoy.

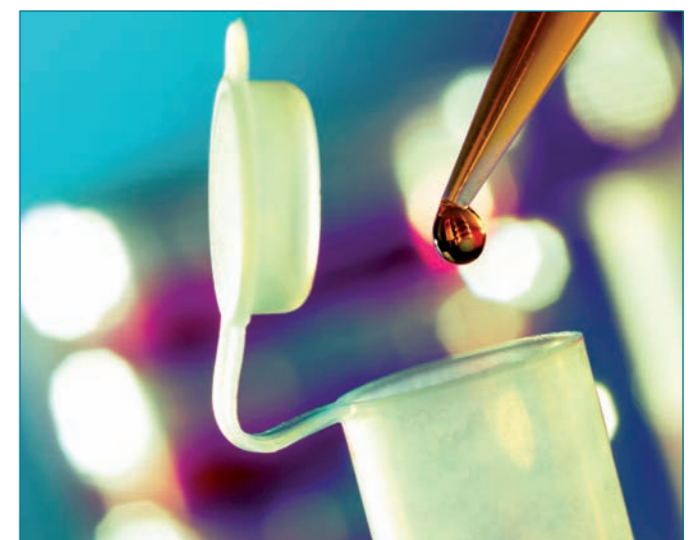


Esta infección es causa de alarma, sin lugar a dudas, y sigue siendo un motivo de preocupación para las autoridades sanitarias en el ámbito mundial, pero para tener una opinión ponderada de la situación es necesario revisarla periódicamente, y por ello vamos a resumir unos cuantos puntos que creemos de interés:

■ **Trasmisión:** el contagio se produce por fluidos infectados que penetran a través de la piel dañada o de las mucosas. No se trasmite por el aire, ni por el agua ni por la picadura de mosquitos. El individuo enfermo no resulta contagioso hasta el comienzo de los síntomas. Una vez superados éstos, pueden seguir apareciendo proteínas virales positivas en fluidos, por lo que se recomienda evitar el contacto con los fluidos del enfermo hasta que los análisis resulten totalmente negativos.

■ **Principales manifestaciones:** el periodo de incubación oscila entre 2 y 21 días, según la Organización Mundial de la Salud. Entre el séptimo y noveno día, el enfermo puede empezar a sentir fiebre, cansancio, dolor de cabeza, de garganta, articular y muscular. Entre el décimo y undécimo día se suceden sangrados en nariz, boca y ojos, dolores

estomacales y vómitos, erupciones en la piel y hematomas, diarreas, fatiga extrema y alucinaciones. A partir del duodécimo día, comienzan los síntomas más graves, como la pérdida de conciencia, convulsiones, disfunciones renal y hepática y hemorragias internas. El riesgo de deshidratación es extremo, con pérdidas de más de 5 litros en un día. La hidratación correcta por vía intravenosa es una medida básica para la estabilización del enfermo.

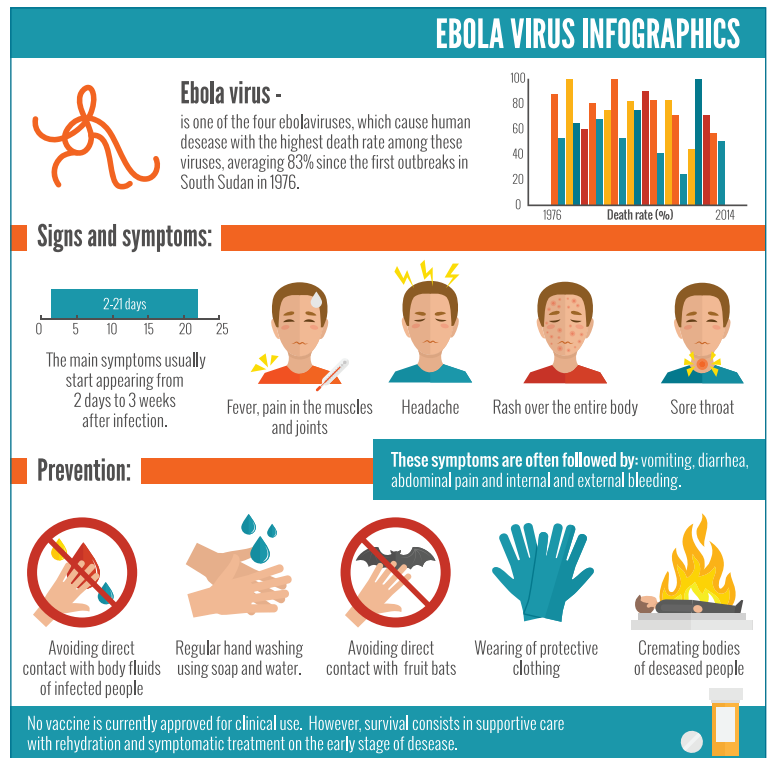


■ **Medios terapéuticos:** hay 3 formas de terapia: la **terapia antiviral**, que se encuentra en fase de valoración. Se han descartado varios antivirales como ineficaces y queda claro que no se deben utilizar esteroides o derivados de la cortisona, puesto que agravan el cuadro clínico. Los interferones usados en hepatitis y varias moléculas similares parecen ser eficaces en cierto grado. **Las vacunas** están en estudio pero todavía no se ha logrado ninguna probadamente eficaz. **La terapia por anticuerpos** obtenidos de la sangre de aquellos enfermos que han superado con éxito la enfermedad funciona, aunque todavía no se sabe el grado adecuado de inyección para promover protección o curación.

■ **Índice de infectividad:** el índice de infectividad, o lo que es lo mismo, a cuantas personas trasmite un enfermo su infección de virus ébola es pequeño, entre 1,5 y 2. El sarampión, por ejemplo, tiene un índice superior a 20.

■ **Número de afectados:** es muy difícil dar cifras concretas, pero se puede hablar de

unos 10.000 casos en Sierra Leona, 8.000 en Liberia y 2.500 casos en Guinea, que son los tres países principalmente afectados. El número de fallecidos ronda ya los 9.000, entre los que figuran 500 trabajadores sanitarios según datos de la Organización Mundial de la Salud.



Bajar la línea. No debería quedar tanto espacio por debajo ya que parece que el texto se ha quedado corto.

