

Patología	Subtipos	Factores	Presentación	Signos	Laboratorio	Histopatológico
Leucemias crónicas	Mieloide (mielógena, mielocítica o granulocítica)	•Cromosoma Philadelphia (Ph): traslación 9:22.	•Predomina en varones. •Aumenta con la edad. •La mayoría son asintomáticos, se sospecha por hallazgos médicos en consultas rutinarias. •Fatiga, pérdida de peso, malestar, saciedad precoz y dolor en cuadrante superior izquierdo. •Conforme a la progresión de la enfermedad: cefaleas, dolor óseo, artralgias y fiebre.	•Síndrome anémico. •Esplenomegalia.	•Leucocitosis (10,000 - 50,000). •Predominio neutrófilo con desviación a la izquierda + blastos. •Trombocitosis más frecuente que trombocitopenia. •Hb <11g /dL. •Presencia de t(9;22) (q34;q11.2) en citogenética.	•Hiper celularidad. •Aumento de reticulina o fibrosis colágena. •5% de blastos en sangre periférica o médula ósea.
	Linfática	•Infección por VHC. •Tener familiares de primer grado enfermos.	•En mayores de 60 años. •Más frecuente en varones. •La mayoría están asintomáticos. •Fatiga, obnubilación, anorexia, pérdida de peso, menor tolerancia al esfuerzo.	•Adenopatías. •Hepatoesplenomegalia. •Infecciones por oportunistas.	•Linfocitos entre 5,000 y 60,000. •Hemoglobina <11 g/dL. •Trombocitopenia <100,000. •Anemia normo-normo. •Reticulocitos normales.	•Linfocitosis >30%. •Patrón de infiltrado difuso.
Leucemias agudas	Linfoblástica	•Radiación ionizante •VEB •HTLV-1 (asociado a LTA)		•Sx. anémico que puede llegar hasta angina o insuficiencia cardíaca en pacientes predispuestos.		•Menos blastos que la LMA y generalmente no contienen gránulos
	Mieloide	•Exposición a benceno, alquilantes y epipodofilotoxinas. •Trisomía 21, trisomía 13 y Klinefelter •Mutación 21q22 •Radiación ionizante	•Inicio súbito y rápidamente progresivo. •Fatiga, palidez. •Datos de sangrado. •Infecciones que ponen en riesgo la vida.	•Petequias, equimosis, sangrado gingival, epistaxis o hemorragias francas. •Hipertrofia de ganglios. •Hepato y/o esplenomegalia. •Leucemia cutis (exantema elevado no pruriginoso por infiltración de la piel). •Parálisis y/o convulsiones.	•Anemia. •Trombocitopenia leve a grave. •Es más frecuente la leucocitosis (>50,000) que la leucopenia (<5,000).	•De 20 a 100% de blastos. •Puede haber fibrosis o necrosis medular. •Cromatina nuclear, nucleolos múltiples y citoplasma con gránulos azurófilos. •Bastones de Auer (tinción de Wright-Giemsa).
Linfomas Hodgkin	•Esclerosis nodular •Rico en linfocitos •Celularidad mixta •Depleción linfocitaria	•VEB.	•Jóvenes y adultos. •Adenopatías. •Síntomas constitucionales. •Síntomas B: pérdida de peso, sudación nocturna, fiebre persistente. •Síntomas de masa: tos, estridor, dolor óseo.	•Adenopatías cervicales, axilares o mediastínicas. •Infrecuente encontrarlas por debajo del diafragma. •Síndrome anémico.	•Anemia. •Linfocitosis. •Trombocitopenia.	•Células de Reed-Sternberg en médula, pulmón o hueso. •Células con núcleo grande de nucleolo prominente. •Células lacunares.
Linfomas no Hodgkin	•Linfomas B maduros •Linfomas de células T maduras	•Mayor riesgo en varones. •Más frecuente en EE.UU, Europa y Australia. •Tener familiares de primer grado enfermos. •VEB, VIH, HTLV-1, VHH-8. • <i>Helicobacter pylori</i> , <i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>Campylobacter jejuni</i> . •Sx. de Sjögren. •Enfermedad celíaca. •Herbicidas, radiación ionizante, disolventes orgánicos, tintes para cabello, fumadores.	•Fiebre, sudación nocturna, pérdida de peso no explicada. •Fatiga. •Linfadenopatías. •Dolor torácico, tos, dolor abdominal, dolor de espalda. •Sintomatología de insuficiencia renal.	•Adenopatía cervical, axilar o inguinal firme, indolora y sin datos de infección regional.	•Anemia. •Aumento de DHL. •Linfocitosis.	•Ausencia de células de Reed-Sternberg. •Más frecuente el linfoma difuso de células B grandes.

HTLV-1: Virus linfotrópico humano de los linfocitos T; **VEB:** Virus de Epstein Barr; **LTA:** Leucemia T del adulto; **LMA:** Leucemia mieloide aguda; **Hb:** Hemoglobina; **VHC:** Virus de la hepatitis C; **DHL:** Deshidrogenasa láctica.