

Linfoma de Hodgkin

Información General

El linfoma es el cáncer de sangre más común. Las dos formas principales de linfoma son el linfoma de Hodgkin (HL) y el linfoma no Hodgkin (NHL). El linfoma ocurre cuando las células del sistema inmunológico llamadas linfocitos, un tipo de célula blanca de la sangre, crece y se multiplica incontrolablemente. Los linfocitos cancerígenos pueden viajar a muchas partes del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, el bazo, la médula ósea, la sangre u otros órganos, y pueden formar una masa que se llama un tumor. El cuerpo tiene dos tipos de linfocitos principales que pueden desarrollarse en linfoma: linfocitos B (de célula B) y linfocitos T (de célula T).

El HL, también conocido como enfermedad de Hodgkin, no es tan común como el NHL. Aproximadamente 9.000 nuevos casos de HL son proyectados cada año. Aunque HL puede ocurrir en niños o adultos, es más comúnmente diagnosticado en adultos jóvenes de edades entre 20 y 34 años.

El HL es caracterizado por la presencia de células gigantes llamadas células de Reed-Sternberg (RS), aunque otros tipos de células anormales pueden estar presentes. El HL usualmente comienza en los ganglios linfáticos; sin embargo, frecuentemente se extiende de un ganglio linfático a otro y puede también extenderse a otros órganos.

Síntomas comunes del HL incluyen inflamación de los ganglios linfáticos (lo que frecuentemente es indoloro, aunque no siempre), fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso inexplicable, y falta de energía. Mientras la mayoría de las personas que presentan estas quejas no tendrán HL, cualquiera con persistencia de estos síntomas debe ser evaluado por un doctor para asegurar que no hay presencia de linfoma.

Tipos Comunes de HL

El HL ha sido dividido en dos clasificaciones principales: el HL clásico (CHL), el cual ocurre en el 90 a 95 por ciento de los casos, y el HL de linfocito nodular predominante. El tipo de HL que un paciente tiene afecta sus opciones de tratamiento.

HL Clásico

Esclerosis Nodular es el subtipo más común de HL, representa del 60 al 80 por ciento de todos los casos de HL. En la esclerosis nodular (como en nudo) CHL, los ganglios linfáticos involucrados contienen células RS mezcladas con células blancas sanguíneas normales. Los ganglios linfáticos frecuentemente contienen mucho tejido cicatricial, de donde se origina el nombre de esclerosis nodular. La enfermedad es más común en mujeres que en hombres, y usualmente afecta adolescentes y adultos menores de 50 años de edad. La mayoría de los pacientes se curan con los tratamientos actuales.

Celularidad Mixta representa cerca del 15 a 30 por ciento de todos los casos de HL. La enfermedad es encontrada más

comúnmente en hombres que en mujeres, y afecta principalmente a los adultos mayores. Con este tipo de CHL, los ganglios linfáticos contienen muchas células RS además de otros tipos de células. La enfermedad normalmente es más avanzada cuando este subtipo es diagnosticado.

Linfocitos Empobrecidos es raramente diagnosticado. Abundantes células RS y poca cantidad de linfocitos normales están presentes en los ganglios linfáticos de pacientes con este subtipo, el cual es agresivo y usualmente no es diagnosticado hasta que se ha expandido por todo el cuerpo.

Linfocitos Ricos representa menos del cinco por ciento de los casos de HL. Esta enfermedad puede ser difundida o de forma nodular y está caracterizada por la presencia numerosa de linfocitos de apariencia normal y células RS clásicas. Este subtipo de HL es usualmente diagnosticado en una etapa temprana en los adultos y tiene una baja tasa de recaída (regreso de la enfermedad después del tratamiento).

HL de Predominio Linfocítico

El HL Nodular de Predominio Linfocítico representa del cinco al 10 por ciento de todos los casos de HL. Afecta más hombres que mujeres y es usualmente diagnosticado antes de los 35 años de edad. En el HL de tipo nodular de predominio linfocítico, la mayoría de los linfocitos encontrados en los ganglios linfáticos son normales (no cancerígenos). Células RS típicas no son usualmente encontradas en este subtipo, pero células B grandes y anormales (algunas veces referenciadas como células palomitas de maíz) pueden ser vistas así como células B pequeñas, las cuales pueden distribuirse en una manera nodular entre los tejidos. Este subtipo es diagnosticado usualmente en una etapa temprana y no es muy agresivo. En muchos sentidos, esta forma de HL se asemeja al NHL indolente de células B, con recurrencia tardía.

Opciones de Tratamiento

Más del 80 por ciento de los pacientes con HL sobreviven por cinco años, y muchos son curados. La mayoría de los pacientes tratados por HL recibirán alguna forma de quimioterapia, y algunas veces terapia de radiación, como primer tratamiento. La primera línea de tratamiento recomendado para HL es ABVD (adriamycin, bleomycin, vinblastine, y dacarbazine) con o sin terapia de radiación u otros agentes, dependiendo del tipo y etapa del HL del paciente, así como su salud general. Otros regímenes de quimioterapias pueden ser recomendados por su doctor. Otro régimen potencial es el MOPP (mechlorethamine, vincristine, prednisone, y procarbazine). Ambos regímenes ABVD y MOPP tienden a ser recomendados como favorable para enfermedades en etapa I y II, pero ellos también pueden ser usados para tratar HL más avanzado. El régimen de Stanford V (se lee como Stanford Cinco), que consiste de doxorubicin, vinblastine, mechlorethamine,

Oficina Nacional

115 Broadway, Suite 1301
New York, NY 10006
(212) 349-2910
(212) 349-2886 fax

Línea de Ayuda: (800) 500-9976
helpline@lymphoma.org

Sitio Web: www.lymphoma.org

Correo Electrónico: LRF@lymphoma.org

Revisor médico:

David J. Straus, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Financiado por:



Genentech
A Member of the Roche Group



SeattleGenetics®

© 2014 Lymphoma Research Foundation
Obteniendo los datos es publicado por la Lymphoma Research Foundation (LRF) con el propósito de informar y educar a los lectores. Hechos y estadísticas fueron obtenidos usando información publicada, incluyendo la data del programa de Vigilancia, Epidemiología, y Resultados Finales (SEER). Debido a que el cuerpo de cada persona y la respuesta al tratamiento es diferente, ningún individuo debe auto diagnosticarse o embarcarse en comenzar cualquier tratamiento médico sin consultar primero a su doctor. El revisor médico, la institución del revisor médico, y LRF no son responsables del cuidado médico o tratamiento de ningún individuo.

Última actualización, Noviembre 2014

Manténgase conectado a través de
nuestros medios sociales



etoposide, vincristine, bleomycin, y prednisone, es típicamente usado para pacientes con etapa I o II de la enfermedad voluminosa (los pacientes tienen un tumor con tamaño mayor que 6 a 10 centímetros) o una enfermedad más avanzada. BEACOPP, el cual incluye bleomycin, etoposide, doxorubicin, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine, y prednisone, puede también ser sugerido para pacientes con una etapa más avanzada de la enfermedad. El trasplante de células madre es típicamente usado para las recaídas o el estado refractario (la enfermedad no responde al tratamiento). Brentuximab vedotin (Adcetris) fue aprobado en el año 2011 por la Federación de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos para el tratamiento del HL recaída o refractario después del trasplante de células madre o después de la falla de dos regímenes previos de quimioterapia en pacientes que no son elegibles para trasplante de células madre. Varios ensayos clínicos están abiertos para pacientes buscando un tratamiento con brentuximab vedotin (Adcetris) antes o después del trasplante de células madre.

Tratamientos bajo Investigación

Aunque la tasa de curación del HL ya es alta, las investigaciones continúan buscando maneras de tratar la minoría de pacientes que son resistentes (refractario) al tratamiento y aquellos que recaen. Muchas terapias prometedoras están en actualidad bajo investigación en ensayos clínicos para el HL incluyendo:

- Alemtuzumab (Campath)
- Everolimus (Afinitor)
- Panobinostat (Farydak)
- Bendamustine (Treanda)
- Idelalisib (Zydelig)
- Temsirolimus (Torisel)
- Daclizumab (Zenapax)
- Lenalidomide (Revlimid)
- Entinostat
- Mocetinostat (MGCD0103)

Ensayos Clínicos

Los ensayos clínicos son cruciales para identificar la eficacia de una droga y determinar las dosis óptimas para pacientes con linfoma. Los pacientes interesados en participar en un ensayo clínico deben hablar con sus doctores o contactar la línea de ayuda de la Lymphoma Research Foundation (LRF) para una búsqueda de ensayos clínicos individualizada, llamando al (800) 500-9976 o enviando un correo electrónico a helpline@lymphoma.org.

Seguimiento

Los pacientes con linfoma deben visitar regularmente a sus doctores los cuales están familiarizados con su historia médica y los tratamientos que han recibido. Exámenes médicos (tal como exámenes de sangre y tomografía axial computarizada [CAT]) pueden ser requeridos en varias oportunidades durante la remisión para evaluar la necesidad de tratamiento adicional.

Algunos tratamientos pueden causar efectos de larga duración o efectos tardíos, los cuales pueden variar dependiendo en la duración y frecuencia de los tratamientos, edad, género, y la salud general de cada paciente a la hora del tratamiento. Un doctor verificará estos efectos durante la etapa de seguimiento.

Se le sugiere a los pacientes y las personas que los cuidan que mantengan copias de todos los registros médicos y resultados de los exámenes así como información de los tipos, cantidades, y duración de los tratamientos recibidos. Esta documentación será importante para hacer seguimiento de cualquier efecto secundario resultante del tratamiento o una recurrencia potencial de la enfermedad.

Recursos

LRF ofrece amplios recursos e información sobre las opciones de tratamiento, los últimos avances de investigaciones, y maneras para hacer frente a los aspectos del linfoma. LRF también provee muchas actividades educativas, desde reuniones en persona hasta conferencias telefónicas y webcasts, así como actualizaciones electrónicas que proveen las últimas noticias y opciones de tratamientos específicos de la enfermedad. Para más información acerca de cualquiera de estos recursos, visite nuestro sitio web en www.lymphoma.org o contacte la línea de ayuda del LRF al (800) 500-9976 o helpline@lymphoma.org.