

## Linfoma no 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 NHL es el séptimo tipo de cáncer más común en los Estados Unidos. La incidencia de NHL en los Estados Unidos casi se ha duplicado entre 1975 y el 2011, y se estima que más de 70.000 nuevos casos fueron diagnosticados en el 2014.

El NHL no es una enfermedad aislada sino un grupo de varios cánceres cercanamente relacionados. La Organización Mundial de la Salud estima que hay al menos 60 tipos de NHL. Aunque los diferentes tipos de NHL comparten muchas características comunes, difieren en ciertas áreas, incluyendo su apariencia bajo el microscopio, sus características moleculares y modelos de crecimiento, su impacto en el cuerpo, y como son tratados.

El NHL es generalmente categorizado en dos grupos: linfoma de células B y linfoma de células T/asesino natural (NK). El linfoma de células B se desarrolla a partir de células B anormales y cuenta con el 85 por ciento de todos los NHL. El linfoma de células T/NK se desarrolla a partir de células T anormales o células NK y cuenta con cerca del 15 por ciento de todos los NHL. Los tipos de NHL pueden también ser clasificados como indolente (crecimiento lento) o agresivo (crecimiento rápido).

Los síntomas comunes de NHL incluyen inflamación de los ganglios linfáticos (lo cual frecuentemente es indoloro, aunque no siempre), fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso inexplicable, y falta de energía. Mientras la mayoría de la gente que presenta estos síntomas no tendrá NHL, cualquiera con persistencia de estos síntomas (que duran más de dos semanas) debe ser evaluado por un doctor.

### Diagnóstico y Estatificación

La biopsia de un ganglio linfático afectado o una muestra del tumor es la única forma de hacer un diagnóstico definitivo de NHL. Un patólogo o hematólogo (doctores que se especializan en el diagnóstico de enfermedades de la sangre) con experiencia en el diagnóstico de linfomas debe revisar la biopsia. Esto es debido a que hay diferentes subtipos de linfoma, muchos de los cuales son

poco comunes, y ciertos procedimientos y exámenes especiales pueden ser necesarios a fin de hacer un diagnóstico correcto. Un diagnóstico correcto es importante de manera que los tratamientos apropiados puedan ser usados para tratar efectivamente el subtipo de linfoma de un paciente en particular.

La estadificación determina hasta qué punto la enfermedad se ha propagado y es importante para seleccionar el mejor curso de tratamiento. La mayoría de los NHL son estadificados de acuerdo a la Clasificación de Lugano del sistema de estadificación de Ann Arbor. A fin de estadificar la enfermedad de un paciente, el doctor puede ordenar exámenes de imágenes como la tomografía axial computarizada (CAT) de pecho y abdomen y algunas veces una tomografía por emisión de positrones (PET/CT). Otros exámenes pueden incluir una biopsia de la médula ósea y exámenes de la sangre adicionales.

### Factores de Riesgo

Las características que hacen a una persona más susceptible de desarrollar cualquier enfermedad se llaman factores de riesgo. Tener uno o más de estos factores de riesgo no significa que la persona desarrollará NHL. De hecho, la mayoría de las personas con los factores de riesgo conocidos nunca desarrollan la enfermedad, y mucha gente diagnosticada con NHL no presenta ninguno de los factores de riesgo. Las causas de NHL en la mayoría de los casos permanecen desconocidas. Los factores de riesgo conocidos para NHL incluyen:

- Un sistema inmunológico debilitado causado por un desorden inmune heredado (tal como una hipogammaglobulinemia o síndrome de Wiskott-Aldrich), una enfermedad autoinmune (tal como la enfermedad de Crohn, la artritis reumatoide, o la psoriasis), o tratamientos con ciertas drogas usadas después de un trasplante de órgano
- Infecciones con ciertos virus tal como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH; el virus que puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA]), el virus de Epstein-Barr, el virus linfotrópico humano de células T tipo 1, y/o el virus de la hepatitis C
- Infección con la bacteria *Helicobacter pylori* (un patógeno microbiano que puede causar úlceras estomacales y puede incrementar el riesgo de desarrollar linfoma en el revestimiento del estómago)
- Edad avanzada — El NHL puede desarrollarse en niños y adultos de todas las edades pero, como la mayoría de los cánceres, es más común en los adultos mayores de 60 años

- Género masculino — Por razones desconocidas, el NHL es ligeramente más común en hombres que en mujeres
- Estar expuesto a ciertos químicos tal como el benceno o ciertos herbicidas y pesticidas
- Tratamiento con terapia de radiación para otros cánceres, incluyendo NHL
- Tratamientos anteriores para NHL (tal como quimioterapia y/o radiación), y otros cánceres, o enfermedades autoinmune

## Tipos de NHL

La clasificación de un linfoma es complicada y ha evolucionado con los años. Los subtipos de NHL son también agrupados de acuerdo a lo rápido que crecen (agresivo o indolente).

### Los NHL agresivos incluyen los siguientes subtipos:

- Leucemia de células T del adulto/linfoma (ATLL)
- Linfoma anaplásico de células grandes (ALCL; enfermedad sistémica)
- Linfoma angioinmunoblástico de células T (AITL)
- Linfoma de Burkitt/linfoma difuso de células pequeñas no hendidas
- Linfoma difuso de células B grandes (DLBCL)
- Linfoma tipo enteropático de células T
- Linfoma extranodal de células T y de células NK
- Linfoma folicular grado 3b
- Linfoma intravascular de células B grandes (linfomatosis intravascular)
- Leucemia linfoblástica/linfoma linfoblástico
- Granulomatosis linfomatoide
- Linfoma de células de manto (MCL)
- Linfoma periférico de células T (PTCL), no especificado
- Síndrome linfoproliferativo post trasplante (PTLD)
- Linfoma de efusión primaria (PEL)
- Linfoma primario mediastinal de células B grandes
- Linfoma histiocítico verdadero (THL)

### Los NHL Indolentes incluyen los siguientes subtipos:

- Leucemia linfocítica crónica/linfoma de linfocitos pequeños (CLL/SLL)
- Linfoma extraganglionares de zona marginal de células B de tejido linfático asociado a mucosa (MALT)
- Linfoma folicular (FL)
- Leucemia de células pilosas
- Linfoma linfoplasmático (macroglubulinemia de Waldenström)
- La micosis fungoide
- Linfoma nodal de zona marginal (MZL)
- Linfoma cutáneo primario ALCL
- Linfoma esplénico de la zona marginal

## Opciones de Tratamiento

Existen muchas opciones efectivas de tratamientos para pacientes con NHL, incluyendo:

- Quimioterapia (los tratamientos comunes son bendamustine o CHOP [cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine (Oncovin), y prednisone])
- Anticuerpos monoclonales (rituximab [Rituxan] es comúnmente usado)
- Terapia de radiación
- Trasplante de células madre
- Agentes selectivos o biológicos
- Espera Vigilante (donde no se asigna un tratamiento pero hay un seguimiento cercano de la condición del paciente)

Los doctores consideran muchos factores cuando deciden la forma más apropiada de tratamiento para cada paciente incluyendo el tipo de NHL, la etapa y ubicación del linfoma, los síntomas del paciente (si existen), si el NHL es agresivo o indolente, las terapias recibidas anteriormente, la edad y salud general del paciente, y las metas del paciente con el tratamiento.

Algunos pacientes pueden sufrir una recaída (cuando la enfermedad regresa después del tratamiento) o pueden tener un caso refractario (cuando la enfermedad no responde al tratamiento); sin embargo, existen numerosas opciones de tratamiento para pacientes con una recaída o casos refractarios al NHL, los cuales son frecuentemente llamados terapias secundarias. Muchos de los nuevos agentes terapéuticos que han sido aprobados por la Federación de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos, así como los que están siendo investigados en ensayos clínicos, se enfocan especialmente en las recaídas y los casos refractarios de la enfermedad.

## Tratamientos bajo Investigación

Muchos tratamientos en varias etapas del desarrollo de la droga están siendo probados en ensayos clínicos para varios tipos de NHL. Es crítico recordar que las investigaciones científicas están continuamente evolucionando. Las opciones de tratamiento pueden cambiar a medida que nuevos tratamientos son descubiertos y que tratamientos existentes son mejorados. Por lo tanto, es importante que los pacientes consulten con sus doctores o con la Lymphoma Research Foundation (LRF) para cualquier actualización en el tratamiento que pueda haber emergido recientemente.

## 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 del LRF para una búsqueda de ensayos clínicos individualizada, llamando al (800) 500-9976 o enviando un correo electrónico a helpline@lymphoma.org.

#### 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](http://www.lymphoma.org)

Correo Electrónico: [LRF@lymphoma.org](mailto:LRF@lymphoma.org)

#### Revisores médicos:

Jonathan W. Friedberg, MD, MMSc  
Lynn Rich, ANP-BC, OCN  
JP Wilmot Cancer Institute  
University of Rochester Medical Center

#### Financiado por:



© 2015 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. Los revisores médicos, las instituciones de los revisores médicos, y LRF no son responsables del cuidado médico o tratamiento de ningún individuo.

Última actualización, Abril 2015

Manténgase conectado a través de nuestros medios sociales



## 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 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 de 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. Las visitas al doctor pueden llegar a ser menos frecuentes a medida que la enfermedad se mantiene en remisión.

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, incluyendo nuestra premiada aplicación móvil. 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](http://www.lymphoma.org) o contacte la línea de ayuda del LRF al (800) 500-9976 o [helpline@lymphoma.org](mailto:helpline@lymphoma.org).