

# Entendiendo el linfoma de Hodgkin

**El linfoma de Hodgkin (LH), también conocido como enfermedad de Hodgkin, representa aproximadamente el 10 por ciento de todos los linfomas en los Estados Unidos.**

Aproximadamente 8,100 nuevos casos de LH se diagnostican en los Estados Unidos cada año. El LH puede aparecer tanto en niños como en adultos, pero se diagnostica con mayor frecuencia en adultos. La incidencia alcanza su punto máximo en adultos jóvenes entre los 20 y los 34 años de edad y nuevamente en los adultos mayores entre los 70 y los 84 años.

El LH se caracteriza a menudo por la presencia de células muy grandes llamadas células de Reed-Sternberg (RS) y generalmente comienza en los ganglios linfáticos; sin embargo, puede extenderse a otros ganglios linfáticos y a otros órganos.

Los signos y síntomas más frecuentes del LH incluyen: inflamación de los ganglios linfáticos (que suele ser no dolorosa, aunque no en todos los casos), fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso sin causa aparente, picazón y falta de energía. Si bien la mayoría de las personas que tienen estas molestias no tienen LH, cualquier persona con síntomas persistentes debe consultar a un médico para asegurarse de que no haya linfoma.



## TIPOS FRECUENTES DE LH

El LH se divide en dos tipos principales: LH clásico (LHC), que representa el 93 por ciento de los casos, y LH nodular con predominio linfocítico. Las opciones de tratamiento que el médico decida dependerá del tipo de LH que tiene un paciente.

### LH CLÁSICO

**LHC con esclerosis nodular** es el subtipo más frecuente de LH y representa entre el 60 al 80 por ciento de todos los casos de LHC. En el LHC con esclerosis *nodular*, los ganglios linfáticos afectados contienen células de RS mezcladas con glóbulos blancos normales. Los ganglios linfáticos a menudo contienen una gran cantidad de tejido cicatricial, que es de donde se origina el nombre *esclerosis nodular* (cicatrices). La enfermedad es más frecuente en mujeres que en hombres y suele afectar a adolescentes y adultos menores de 50 años. La mayoría de los pacientes se curan con los tratamientos actuales.

**El LHC con celularidad mixta** representa alrededor del 15 al 30 por ciento de todos los casos de LH. La enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres y afecta principalmente a adultos mayores. En este subtipo de LHC, los ganglios linfáticos contienen muchas células RS además de varios otros tipos de células. También, la enfermedad suele estar más avanzada al momento del diagnóstico inicial.

**El LHC rico en linfocitos** representa menos del 5 por ciento de los casos de LH. La enfermedad puede ser difusa (diseminada) o de forma nodular (localizada) y se caracteriza por la presencia de varios linfocitos de apariencia normal y células RS clásicas. Este subtipo de LH generalmente se diagnostica en un estadio temprano en adultos mayores y tiene una tasa de *recaida* baja (la enfermedad suele no regresar después del tratamiento).

**El LHC con depleción linfocítica** es un subtipo raro (alrededor del 1 por ciento de todos los casos de LHC). Hay muchas células RS y pocos linfocitos normales en los ganglios linfáticos de pacientes con este subtipo, que tiene gran malignidad y generalmente no se diagnostica hasta que se disemina por todo el cuerpo.

### LH NODULAR CON PREDOMINIO LINFOCÍTICO

**El LH nodular con predominio linfocítico** representa el 7 por ciento de todos los casos de LH. Afecta con más frecuencia a los hombres que a las mujeres y generalmente se diagnostica antes de los 35 años. Las células RS típicas generalmente no se encuentran en este subtipo, pero se pueden ver células B anómalas grandes (a veces denominadas "células en palomita de maíz"), así como células B pequeñas, que pueden estar distribuidas en un patrón nodular en los tejidos. Este subtipo generalmente se diagnostica en una etapa temprana y tienen un curso indolente (de crecimiento lento). Esta forma de LH se asemeja al linfoma no Hodgkin (LNH) de células B *de escasa agresividad* (de crecimiento lento o indolente) y se caracteriza por recaídas tardías (retorno de LNH después de varios años de estar libre de enfermedad).



## OPCIONES DE TRATAMIENTO

La mayoría de los pacientes con un diagnóstico reciente de LH pueden curarse. La mayoría de los pacientes tratados por LH tienen como primer tratamiento algún tipo de quimioterapia, a veces seguida de radioterapia. La quimioterapia estándar de *primera línea* (inicial) para el LH es ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) con o sin radioterapia u otros medicamentos, según el tipo y el estadio del LH del paciente, así como su estado de salud general. En 2018, la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó brentuximab vedotin (Adcetris) en combinación con quimioterapia para el tratamiento inicial de pacientes con LHC en estadios avanzados (estadios III o IV). También se pueden recomendar otros regímenes de quimioterapia, pero no siempre como tratamiento inicial. La ABVD suele recomendarse para la enfermedad en estadios localizados (estadios I o II), pero también se puede usar para tratar el LH más avanzado. El régimen ABVE-PC (adriamicina, bleomicina, vinblastina, etopósido, prednisona y ciclofosfamida) es generalmente estándar para pacientes pediátricos de alto riesgo. Se pueden sugerir otros regímenes de quimioterapia (como BEACOPP, que incluye bleomicina, etopósido, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazona y prednisona) para pacientes con enfermedad en estadios más avanzados.

También hay disponible una gran cantidad de tratamientos como fármaco único y en combinación para pacientes con LH recidivante (la enfermedad regresa después del tratamiento) o resistente (la enfermedad que no responde al tratamiento inicial), incluido el trasplante de células madre, brentuximab vedotin (Adcetris), nivolumab (Opdivo), pembrolizumab (Keytruda) y otros regímenes de quimioterapia.

Si desea obtener más información sobre LH recidivante y resistente, consulte la hoja informativa *Linfoma de Hodgkin: recidivante/resistente* en el sitio web de la Lymphoma Research Foundation (LRF) (haga clic [aquí](#)).



## TRATAMIENTOS EN INVESTIGACIÓN

Aunque la tasa de supervivencia en el LH es de por sí alta (más del 75 % de pacientes con LH recién diagnosticados se curan), la investigación continúa para desarrollar tratamientos más efectivos con menos toxicidades a corto y largo plazo. Los nuevos medicamentos en investigación incluyen inhibidores de puntos de control inmunitario como camrelizumab, sintilimab y tislelizumab.

Los investigadores también están buscando formas de tratar a la minoría de pacientes que son resistentes al tratamiento y a aquellos que tienen recaídas. Los estudios para el LH recidivante/resistente están buscando nuevas combinaciones de terapias dirigidas o inmunoterapias que incluyen ibrutinib (Imbruvica), lenalidomida (Revlimid) y una clase distinta de medicamentos llamados inhibidores de la histona deacetilasa (HDAC, por sus siglas en inglés) (como panobinostat). También se están realizando ensayos clínicos para el uso de Terapia con células T ADCT-301 (camidanlumab tesirine) y anti-CD30-CAR (receptor de antígeno quimérico) en LH recidivante/resistente.



## ENSAYOS CLÍNICOS

Los ensayos clínicos son esenciales para identificar fármacos eficaces y determinar las dosis óptimas para los pacientes con linfoma. Los pacientes interesados en participar en un ensayo clínico deben ver la hoja informativa "*Comprender los ensayos clínicos*" en el sitio web de LRF (haga clic [aquí](#)), hablar con su médico o comunicarse con la línea de ayuda de LRF para una búsqueda individualizada de ensayos clínicos llamando al **(800) 500-9976** o enviando un correo electrónico a [helpline@lymphoma.org](mailto:helpline@lymphoma.org).



## HACER UN SEGUIMIENTO

Los pacientes con linfoma deben realizar consultas regulares con un médico que esté familiarizado con sus antecedentes médicos y con los tratamientos que hayan recibido. Es posible que se soliciten pruebas médicas (como análisis de sangre y tomografías computarizadas [TC] o tomografías por emisión de positrones [TEP]) en distintos momentos durante la remisión a fin de evaluar la necesidad de un tratamiento adicional.

Dado que el LH es una neoplasia maligna con muchas probabilidades de cura y que afecta principalmente a los jóvenes con una esperanza de vida prolongada, existe un número creciente de sobrevivientes del LH que pueden tener necesidades médicas especiales, como la necesidad de realizarse exámenes de detección de cánceres secundarios o la necesidad de monitorizar el desarrollo de toxicidad a largo plazo como consecuencia de la terapia recibida para el LH. Hay recursos adicionales para adolescentes y adultos jóvenes que viven con cáncer disponibles en el sitio web de LRF (haga clic [aquí](#)).

Se recomienda a los pacientes y a sus cuidadores que conserven copias de la historia clínica y de todos los resultados de las pruebas, así como la información sobre los tipos, cantidades y duración de todos los tratamientos recibidos. Esta documentación será importante para hacer un seguimiento de los efectos secundarios del tratamiento o de las posibles recidivas de la enfermedad. La premiada aplicación móvil de LRF *Focus On Lymphoma* ([lymphoma.org/mobileapp](#)) y el Lymphoma Care Plan ([lymphoma.org/publications](#)) pueden ayudar a los pacientes a administrar esta documentación.



## LÍNEA DE AYUDA Y RED DE APOYO PARA LINFOMAS DE LRF

Un diagnóstico de linfoma a menudo desencadena una variedad de sentimientos y preocupaciones. Además, el tratamiento del cáncer puede provocar molestias físicas. Los miembros del personal de la Línea de ayuda del LRF están disponibles para responder sus preguntas generales sobre el diagnóstico de linfoma y la información sobre el tratamiento, así como para brindar apoyo individual y referencias para usted y sus seres queridos. Las personas que llaman pueden solicitar los servicios de un intérprete de idiomas. Una parte de la línea de ayuda son los programas de apoyo entre pares del LRF, la red de apoyo para linfomas. Este programa conecta a pacientes y cuidadores con voluntarios que tienen experiencia con LH, tratamientos similares o desafíos, para motivación y apoyo emocional mutuo. Esto puede ser útil para los pacientes y sus seres queridos, ya sea que el paciente haya sido diagnosticado recientemente, esté en tratamiento o en remisión.



## APLICACIÓN MÓVIL

*Focus On Lymphoma* es la primera aplicación móvil (app) que proporciona a los pacientes y cuidadores contenido integral basado en su subtipo de linfoma, incluido el LH y herramientas para ayudar a controlar su linfoma, como realizar un seguimiento de los medicamentos y análisis de sangre, realizar un seguimiento de los síntomas y documentar los efectos secundarios del tratamiento. La aplicación móvil *Focus On Lymphoma* está disponible para descargar para dispositivos iOS y Android en Apple App Store y Google Play. Para obtener información adicional sobre la aplicación móvil, visite **FocusOnLymphoma.org**. Para obtener más información sobre cualquiera de estos recursos, visite nuestro sitio web en **lymphoma.org**, o comuníquese con la línea de ayuda del LRF al **800-500-9976** o **helpline@lymphoma.org**.

## Recursos

LRF ofrece una gran variedad de recursos gratuitos que abordan las opciones de tratamiento, los últimos avances en investigación y las formas de sobrellevar todos los aspectos del linfoma y el linfoma de Hodgkin. LRF también ofrece muchas actividades educativas, que incluyen nuestras reuniones en persona, podcasts y seminarios web para personas con linfoma. Si desea obtener más información sobre cualquiera de estos recursos, visite nuestro sitio web en **lymphoma.org/HL** o **lymphoma.org**, comuníquese con la línea de ayuda de LRF al **(800) 500-9976** o envíe un correo electrónico a **helpline@lymphoma.org**.

### Revisor médico:

Luis Malpica Castillo, MD,  
MD Anderson Cancer Center

Leo I. Gordon, MD, FACP  
*Co-Chair*

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer  
Center of Northwestern University

Kristie A. Blum, MD  
*Co-Chair*

Emory University School of Medicine

John Allan  
Weill Cornell Medicine

Jennifer E. Amengual, MD  
Columbia University

Jonathon Cohen  
Emory University School of Medicine

Alex Herrera, MD  
City of Hope

Shana Jacobs, MD  
Children's National Hospital

Manali Kamdar, MD  
University of Colorado

Peter Martin, MD,  
Weill Cornell Medicine

Anthony Mato, MD  
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Neha Mehta-Shah, MD, MSCI  
Washington University School of Medicine  
in St. Louis

Pierluigi Porcu, MD  
Thomas Jefferson University

Comuníquese con Lymphoma  
Research Foundation:

Línea de ayuda: **(800) 500-9976**

Sitio web: **helpline@lymphoma.org**

**www.lymphoma.org**

Financiado a través de subvenciones de:    

Lymphoma Research Foundation (LRF) publica *la serie de hojas informativas Entendiendo el linfoma* con el propósito de informar y educar a los lectores. Los hechos y las estadísticas se obtuvieron utilizando la información publicada, incluidos datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER, por sus siglas en inglés). Debido a que el cuerpo y la respuesta al tratamiento de cada persona son diferentes, ninguna persona debería autodiagnosticarse o comenzar un tratamiento médico sin antes consultar a su médico. El revisor médico, la institución del revisor médico y LRF no son responsables de la atención o el tratamiento médico de ninguna persona.

© 2022 Lymphoma Research Foundation

Última actualización en 2022

Manténgase conectado a través de nuestras redes sociales:    