

el linfoma de Hodgkin: recidivante/resistente

El linfoma de Hodgkin (LH), también conocido como enfermedad de Hodgkin, representa aproximadamente el 10% de todos los linfomas en los Estados Unidos. Se calcula que en 2023 se diagnosticarán 8830 casos nuevos de LH en los Estados Unidos. El LH puede ocurrir tanto en niños como en adultos, pero es más común en adultos jóvenes entre los 20 y los 29 años.

El LH se caracteriza a menudo por la presencia de células muy grandes llamadas Reed-Sternberg (Figura 1, RS). Este tipo de linfoma suele comenzar en los ganglios linfáticos (pequeñas estructuras con forma de frijol que ayudan al organismo a combatir la enfermedad, Figura 2) y puede extenderse a otros ganglios linfáticos y, rara vez, a otros órganos.

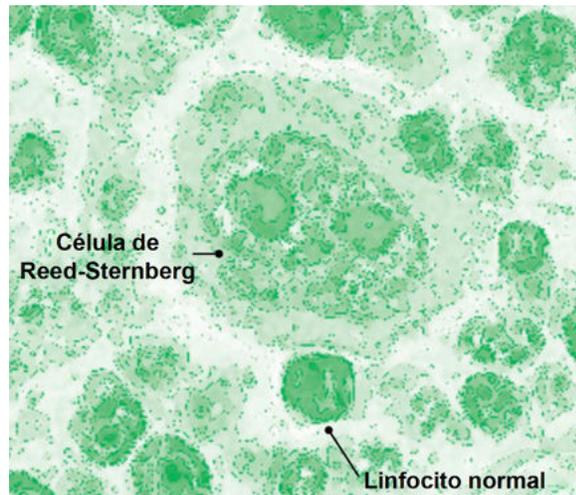


Figura 1: Ejemplo de linfocito normal (un tipo de glóbulo blanco que combate las infecciones y el cáncer) y célula de Reed-Sternberg que se encuentra en el LH. LH, Linfoma de Hodgkin.

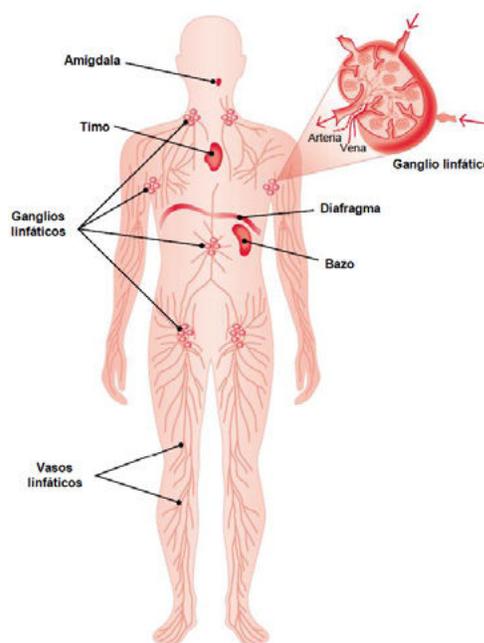


Figura 2: Sistema y ganglios linfáticos.

Los síntomas habituales del LH son:

- Hinchazón de los ganglios linfáticos (que habitualmente no duele).
- Fiebre.
- Sudores nocturnos.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Picazón.
- 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.

Para obtener más información sobre el diagnóstico y estadificación de del LH recidivante y resistente, consulte la guía *Comprender el linfoma y el LLC* en la página web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Tipos frecuentes de LH

Los dos tipos principales de linfoma de Hodgkin son el LH clásico (LHC, que representa más del 90 % de todos los casos) y el LH nodular con predominio linfocítico (LHNPL, cerca del 5 % de todos los casos).

Los cuatro subtipos del LHC son:

- Esclerosis nodular.
- Celularidad mixta.
- Depleción de linfocitos.
- Abundancia de linfocitos.

Las opciones de tratamiento para los pacientes con LHNPL difieren de las disponibles para los pacientes con LHC.

Enfermedad recidivante o resistente

Para pacientes que presentan *recidiva* (la enfermedad regresa después del tratamiento) o cuya enfermedad se vuelve *resistente* (no responde al tratamiento), los tratamientos secundarios a menudo son exitosos en proporcionar *remisión* (desaparición de signos y síntomas) e incluso pueden curar la enfermedad. En el caso del LHC, la mayoría de las recidivas generalmente se producen en los tres primeros años tras el diagnóstico, aunque algunas se producen mucho más tarde. Los pacientes que presentan recidiva generalmente tienen los mismos síntomas que tenían cuando se les diagnosticó LH por primera vez.

Opciones de tratamiento

Existen diversas opciones de tratamiento para pacientes con LHC recidivante o resistente. El tratamiento exacto que recomienda un médico depende de varios factores, como el *momento de la recidiva* (cuánto tiempo se tarda la recidiva después del tratamiento), la edad y la salud general del paciente, el *estadio de la enfermedad* (cuánto ha crecido el cáncer y si se ha diseminado por el organismo) y los tratamientos previos recibidos.

El tratamiento habitual (el tratamiento adecuado ampliamente utilizado por los profesionales médicos y aceptado por los expertos médicos) de los pacientes con LHC recidivante o resistente sin otras enfermedades importantes consiste en *tratamiento sistémico* (tratamiento con fármacos que se transportan por el torrente sanguíneo en todo el organismo), y puede incluir:

- *Inmunoterapia* (fármacos que estimulan el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer. Consulte la Tabla 1). Pueden utilizarse solos o combinados entre sí:
 - *Anticuerpos monoclonales* (proteínas producidas en el laboratorio que se unen a las células cancerosas y ayudan al sistema inmunitario a destruirlas) como nivolumab (Opdivo) y pembrolizumab (Keytruda).
 - *Conjugado anticuerpo-fármaco* (ADC) como brentuximab vedotina (Adcetris), que es un anticuerpo monoclonal unido a un fármaco de quimioterapia. El anticuerpo monoclonal del ADC reconoce y se une a una proteína en la superficie de las células cancerosas. Una vez que el ADC se encuentra en el interior de la célula, el quimioterápico se separa del ADC y destruye la célula cancerosa al actuar sobre la multiplicación celular.
- *Quimioterapia* (fármacos que detienen el crecimiento o destruyen las células cancerosas) consulte la Tabla 2.
- *Quimioinmunoterapia*, que es una combinación de quimioterapia con inmunoterapia como BvB (brentuximab vedotina [Adcetris] y bendamustina [Trenda]).
- *Trasplante de células madre* (TCM, el paciente recibe quimioterapia o radioterapia en dosis altas para eliminar las células hematopoyéticas o las células madre y después recibe células madre sanas para restablecer el sistema inmunitario y la capacidad de la médula ósea para fabricar nuevas células sanguíneas).
 - *TCM autólogo* (se infunden las propias células madre del paciente después de la quimioterapia en dosis altas). Si desea obtener más información sobre el trasplante, consulte la publicación *Comprender la terapia celular* en el sitio web de la Lymphoma Research Foundation en lymphoma.org/publications.
- *Radioterapia* (utiliza radiación de alta energía para destruir las células cancerosas) como tratamiento de consolidación (tratamiento administrado después de que el cáncer haya desaparecido con el tratamiento inicial, para destruir todas las células cancerosas que puedan quedar en el cuerpo).
 - Radioterapia sobre el foco afectado (radioterapia aplicada para tratar una zona específica donde se localiza el cáncer).

Tabla 1: Fármacos inmunoterapéuticos aprobados para el tratamiento del LHC recidivante o resistente.

Tratamiento	Indicaciones aprobadas
Brentuximab vedotin (Adcetris) Conjugado anticuerpo-fármaco dirigido contra la proteína CD30	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes adultos con a) LHC en estadios III o IV no tratado previamente (en combinación con AVD), b) alto riesgo de recidiva o progresión después de un auto-HSCT, c) tras el fracaso de un auto-HSCT, d) o tras el fracaso de ≥ 2 pautas de quimioterapia (en pacientes que no son candidatos a un auto-HSCT) • Pacientes pediátricos (≥ 2 años) con LHC de alto riesgo no tratado previamente (en combinación con EPOCH)
Nivolumab (Opdivo) Inhibidor del punto de control inmunitario que bloquea el receptor PD-1	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes adultos con LHC que presentan recidiva o progresión después de un auto-HSCT y brentuximab vedotina (Adcetris) o ≥ 3 líneas de tratamiento sistémico (incluido auto-HSCT)
Pembrolizumab (Keytruda) Inhibidor del punto de control inmunitario que bloquea el receptor PD-1	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes adultos con LHC recidivante o resistente • Pacientes pediátricos con LHC resistente o que ha presentado recidiva después de ≥ 2 líneas de tratamiento

AVD, doxorubicina, vinblastina y dacarbazina; LHC, linfoma de Hodgkin clásico; EPOCH, etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina; auto-HSCT, autotrasplante de células madre hematopoyéticas; PD-1, receptor 1 de muerte celular programada.

Tabla 2: Regímenes de quimioterapia utilizadas para tratar el LHC recidivante o resistente.

Régimen	Descripción
BeGEV	Bendamustina (Treanda), gemcitabina y vinorelbina
DHAP	Dexametasona, cisplatino y citarabina en dosis alta
GVD	Gemcitabina, vinorelbina y doxorubicina
ICE	Ifosfamida, carboplatino y etopósido
IGEV	Ifosfamida, gemcitabina y vinorelbina

cHL, classical Hodgkin lymphoma.

Las opciones terapéuticas para el LHPL recidivante o resistente son el tratamiento sistémico con el anticuerpo anti-CD20 rituximab (Rituxan) solo o en combinación con quimioterapia. También puede utilizarse la radioterapia.

Tratamientos en investigación

Además de las quimioterapias convencionales (tradicionales), actualmente se están probando varios medicamentos (tratamientos) nuevos en estudios clínicos para pacientes con LHC recidivante o resistente:

- Linfocitos T con receptores de antígenos quiméricos (CAR) anti CD30
- Axatilimab
- AFM13
- AZD7789
- Camrelizumab (SHR-1210)AZD7789
- Everolimus (Afinitor)
- Ibrutinib (Imbruvica)
- Itacitinib (INCB039110)
- Ipilimumab (Yervoy)
- Lenalidomida (Revlimid)
- Magrolimab (5F9)
- Penpulimab
- Prolgolimab
- Ruxolitinib (Jakafi)
- Tislelizumab (BGB-A317)Tislelizumab (BGB-A317)

Es fundamental recordar que la investigación científica está en constante cambio. Las opciones de tratamiento pueden cambiar a medida que se descubren nuevos tratamientos y se mejoran los actuales. Por lo tanto, es importante que los pacientes consulten a su médico o a la Fundación para estar al tanto de las actualizaciones sobre el tratamiento que puedan haber aparecido recientemente.

Estudios clínicos

Los estudios clínicos son esenciales para identificar medicamentos eficaces y determinar las dosis óptimas para el tratamiento de pacientes con linfoma. Debido a que el tratamiento óptimo del LH puede variar dependiendo del paciente, los estudios clínicos son muy importantes e identificarán las mejores opciones de tratamiento para esta enfermedad. Los pacientes interesados en participar en un estudio clínico deben consultar la hoja *informativa Entendiendo los estudios clínicos para el linfoma* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications), hablar con su médico o ponerse en contacto con la Línea de Ayuda de la Fundación para una búsqueda individualizada de estudios.

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. Durante estas visitas, es posible que se soliciten pruebas médicas (como tomografías computarizadas [TC] y por emisión de positrones [TEP]) para evaluar la necesidad de tratamiento complementario.

Algunos tratamientos pueden causar efectos secundarios a largo plazo (aparecen durante el tratamiento y continúan durante meses o años) o tardíos (aparecen solo meses, años o décadas después de haber finalizado el tratamiento). Pueden variar en función de los siguientes factores:

- Duración del tratamiento (cuánto tiempo duró el tratamiento)
- Frecuencia del tratamiento (con qué frecuencia se administró el tratamiento)
- Tipo de tratamiento administrado
- Edad y sexo del paciente
- Estado general de salud del paciente en el momento del tratamiento

El médico controlará estos efectos durante el seguimiento. Mientras más tiempo la enfermedad se mantenga en remisión (sin signos ni síntomas de la enfermedad), más disminuirá la frecuencia de las visitas necesarias.

Se recomienda a los pacientes y a sus cuidadores que conserven copias de todas las historias clínicas. Esto incluye los resultados de las pruebas, así como información sobre los tipos, cantidades y duración de todos los tratamientos recibidos. Las historias clínicas son importantes para hacer seguimiento de los efectos secundarios del tratamiento o de las posibles recidivas de la enfermedad.

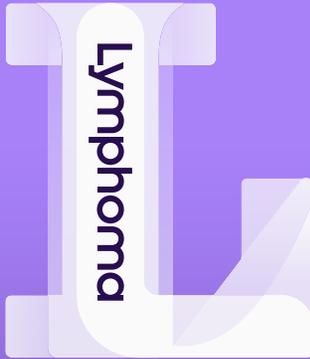
Programas educativos para pacientes

La Fundación también ofrece diversas actividades educativas, como reuniones en vivo y seminarios web para personas que deseen aprender directamente de expertos en linfomas. Estos programas proporcionan a la comunidad de linfoma información importante sobre el diagnóstico y tratamiento del linfoma, así como información sobre estudios clínicos, avances en investigación y cómo tratar o afrontar la enfermedad. Estos programas están diseñados para satisfacer las necesidades de los pacientes con linfoma desde el momento del diagnóstico hasta la supervivencia a largo plazo. Para consultar nuestro cronograma de próximos programas, visite lymphoma.org/programs.

Línea de ayuda

El personal de la Línea de ayuda está disponible para responder sus preguntas generales sobre el 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. La Fundación también ofrece un programa de apoyo entre pares llamado Red de Apoyo del Linfoma e información sobre estudios clínicos a través de nuestro Servicio de información sobre estudios clínicos. Si desea obtener más información sobre cualquiera de estos recursos, visite nuestro sitio web en lymphoma.org, comuníquese con la Línea de ayuda de la Fundación llamando al (800) 500-9976 o enviando un correo electrónico a helpline@lymphoma.org.

Para obtener información en español, visite lymphoma.org/es.



Research Foundation

Investigación. Comunidad. Curar.

Línea de ayuda

(800) 500-9976

helpline@lymphoma.org

lymphoma.org

lymphoma@lymphoma.org



Revisor médico:

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

Jennifer E. Amengual, MD

Columbia University

Carla Casulo, MD

University of Rochester Medical Center

Alex Herrera, MD

City of Hope

Shana Jacobs, MD

Children's National Hospital

Patrick Connor Johnson, MD

Massachusetts General Hospital

Manali Kamdar, MD

University of Colorado

Ryan C. Lynch, MD

University of Washington

Peter Martin, MD

Weill Cornell Medicine

Neha Mehta-Shah, MD, MSCI

Washington University School
of Medicine in St. Louis

M. Lia Palomba, MD

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Pierluigi Porcu, MD

Thomas Jefferson University

Sarah Rutherford, MD

Weill Cornell Medicine



GLOW
The Global nLPHL One
Working Group

Financiado a través de subvenciones de:

Genentech
A Member of the Roche Group

Biogen

AstraZeneca

MERCK

AFFIMED

Lymphoma Research Foundation publica la serie de hojas informativas *Entendiendo el Linfoma* y *la LLC* con el propósito de informar y educar a los lectores. Los datos y las estadísticas se obtuvieron utilizando la información publicada, incluidos datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER). 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 la Fundación no son responsables de la atención o el tratamiento médico de ninguna persona.

© 2024 Lymphoma Research Foundation Última actualización en mayo de 2024