

Los linfomas que se producen en tejidos u órganos fuera del *sistema linfático* (tejidos y órganos que producen, almacenan y transportan leucocitos) se denominan *linfomas extraganglionares*. Los linfomas extraganglionares que aparecen y se manifiestan en la piel se denominan *linfomas cutáneos*. Cuando los linfomas comienzan en la piel y no hay indicios de enfermedad fuera de la piel, se denominan *linfomas cutáneos primarios*.

Hay dos tipos de linfomas cutáneos primarios, según el tipo de linfocitos (un tipo de glóbulo blanco) implicados (células T o B), que son una forma de linfoma no hodgkiniano (LNH). Cada tipo puede tener una manifestación diferente (signos y síntomas), evolución de la enfermedad (cómo evoluciona la enfermedad con el tiempo) y *pronóstico* (cómo evoluciona el paciente con el tratamiento convencional). Ambos tipos se describen en detalle a continuación.

Para obtener más información sobre el diagnóstico y estadificación del linfoma cutáneo, consulte la Guía para el conocimiento del linfoma y el LLC en la página web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Linfoma cutáneo de linfocitos T

El linfoma cutáneo de linfocitos T (LCLT) comienza en los linfocitos T de la piel y es el tipo más frecuente de linfoma cutáneo primario. Las lesiones del LCLT suelen tener un aspecto rojo y seco, pueden ser de cualquier tamaño y afectar a grandes partes del cuerpo. Hay muchos subtipos de LCLT, y los más frecuentes son la micosis fungoide (MF) y el síndrome de Sézary (SS), los trastornos linfoproliferativos CD30 y el síndrome de Sézary (SS). Otros subtipos de LCLT son menos frecuentes y pueden ser más *agresivos* (de crecimiento rápido). El LCLT afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres y suele aparecer en personas de entre 50 y 60 años.

Además de la piel, la MF y el SS también pueden afectar a la sangre, a los *ganglios linfáticos* (pequeñas estructuras en forma de frijol que ayudan al organismo a combatir las enfermedades) y otros órganos internos. Los síntomas pueden incluir:

- Erupción roja o pigmentación de la piel.
- Piel seca.
- Picazón (que puede ser intensa), a veces con sensación de ardor.
- Hinchazón (debido al aumento de tamaño de los ganglios linfáticos).
- Caída del cabello.
- Alteraciones ungueales.

El tipo de tratamiento utilizado también depende del subtipo de LCLT, de los síntomas cutáneos y del aspecto de la piel.

Subtipos más frecuente de LCLT

La *micosis fungoide (MF)* es el subtipo más frecuente de LCLT, ya que representa aproximadamente la mitad de todos los linfomas cutáneos. La mayoría de los pacientes con MF solo tienen síntomas cutáneos. Este tipo de LCLT suele ser *indolente* (crece lentamente). En muchos pacientes, la enfermedad se limita a la piel. Sin embargo, la MF puede progresar (empeorar o propagarse por el cuerpo) más rápidamente en otros pacientes y extenderse a los ganglios linfáticos, la sangre o los órganos internos.

La MF puede tener un aspecto diferente en cada paciente, ya que los síntomas cutáneos pueden aparecer de distintas formas:

- Parches (suelen ser planos, a veces escamosos, y tienen aspecto de sarpullido).
- Placas (lesiones gruesas, elevadas y a menudo pruriginosas que pueden confundirse con otras afecciones cutáneas como *eczema*, *psoriasis* o *dermatitis*).
- Tumores (protuberancias o nódulos elevados con un diámetro o altura ≥ 1 cm, que pueden convertirse en una llaga o *úlcer*a abierta).
- *Eritrodermia* (enrojecimiento y descamación de más del 80 % de la piel).

Es posible tener más de un tipo de síntoma cutáneo. Por ejemplo, los pacientes con MF eritrodérmica presentan lesiones cutáneas rojas y escamosas que pueden causar mucha picazón.

La historia clínica, los exámenes físicos y la *biopsia* (un procedimiento para recoger pequeñas muestras de la piel afectada) de piel son necesarias para el diagnóstico. El médico examinará los ganglios linfáticos, pedirá varios análisis de sangre y posiblemente realice otras pruebas de detección sistémica, como una *citometría de flujo* sanguíneo (una técnica que detecta y cuenta los diferentes tipos de células sanguíneas, de acuerdo con sus características físicas, químicas y los marcadores de superficie que expresan) o un estudio por imágenes de cuerpo completo (como una tomografía computarizada [TC] o una tomografía por emisión de positrones [TEP]). La TEP es un tipo de estudio de diagnóstico por imágenes que utiliza un tinte especial para localizar células cancerosas en el organismo.

La MF es difícil de diagnosticar en sus fases iniciales porque los síntomas y los hallazgos de la biopsia cutánea pueden ser similares a los de otras enfermedades de la piel.

El síndrome de Sézary (SS) es más *agresivo* (crece más rápido) y más difícil de tratar que la MF. Los pacientes con SS pueden experimentar los siguientes signos y síntomas:

- *Eritrodermia*.
- *Células de Sézary* (linfocitos T grandes con forma anormal) en la sangre.
- Ganglios linfáticos agrandados.
- Erupción cutánea enrojecida y con picor, a menudo con desprendimiento de la capa externa de la piel (exfoliación).
- Sensación de frío (pérdida del control de la temperatura por la piel).
- Parches y tumores (en algunos pacientes).
- Picor intenso.
- Infecciones cutáneas frecuentes (por ejemplo, por *Staphylococcus aureus*).

- *Queratodermia* (la piel de las manos y los pies se vuelve extremadamente gruesa y agrietada).
- Cambios en las uñas, el pelo o los párpados.

Diagnóstico y estadificación del LCLT

Muchos de los mismos procedimientos (pruebas y exámenes) utilizados para diagnosticar y estadificar otros subtipos de LCLT se utilizan en los casos de SS. La citometría de flujo sanguíneo es imprescindible para diagnosticar y estadificar el SS, y a menudo se necesitan imágenes de todo el cuerpo para determinar si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos u otros órganos. Estas pruebas pueden incluir una tomografía computarizada (TC) o por emisión de positrones (TEP), y/o una *resonancia magnética* (RM, un procedimiento que toma imágenes detalladas de zonas del interior del cuerpo utilizando un potente imán y ondas de radio). Los ganglios linfáticos pueden resultar positivos en una TEP por lo que podría ser necesaria una biopsia para confirmar la presencia de células cancerosas en ganglios linfáticos. También puede realizarse una *biopsia de médula ósea* (procedimiento para recoger pequeñas muestras del tejido esponjoso del interior del hueso), pero no siempre es necesaria.

Una vez realizado el diagnóstico, los pacientes se someten a exámenes para evaluar el estadio de la enfermedad (cuánto ha crecido el cáncer, cuál es el alcance y patrón de crecimiento en la piel [mancha, placa o tumor] y si se ha extendido a otras partes del cuerpo). Los pacientes con síndrome de Sézary por definición tienen linfoma en estadio IV. Los estadios clínicos del LCLT se detallan en la **Tabla 1**.

Al tratarse de una enfermedad rara, los pacientes deben ser remitidos a un equipo médico especializado en este tipo de linfoma. El estadio clínico de los pacientes es importante para seleccionar el mejor tratamiento. El tratamiento se elige individualmente para cada paciente y puede ajustarse con frecuencia en función de su eficacia y la tolerancia del paciente.

Tabla 1: Estadios clínicos del LCLT

Estadios	A	B
I (enfermedad que se limita a la piel)	Menos del 10 % de la piel está cubierta de manchas o placas rojas	10 % o más de la piel está cubierta de manchas o placas rojas
II (enfermedad que se limita a la piel)	Cualquier parte de la superficie de la piel está cubierta de manchas o placas y los ganglios linfáticos están agrandados e inflamados, pero el cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos.	Uno o más tumores se encuentran en la piel, los ganglios linfáticos pueden estar agrandados, pero el cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos.
III (pacientes con eritrodermia pero sin afectación significativa de la sangre)	No corresponde	No corresponde
IV (la enfermedad se ha extendido a los ganglios linfáticos o al torrente sanguíneo)	La mayor parte de la piel está enrojecida y el cáncer se encuentra en la sangre; el cáncer puede haberse diseminado a los ganglios linfáticos pero no afecta a otros órganos internos.	La mayor parte de la piel está enrojecida y el cáncer se encuentra en la sangre; el cáncer puede haberse extendido a los ganglios linfáticos y a otros órganos, como la médula ósea (el tejido esponjoso del interior de los huesos).

NC, no corresponde.

El estadio clínico también es importante para determinar el pronóstico y las opciones de tratamiento. Tenga en cuenta que no hay dos pacientes iguales y que las estadísticas solo pueden predecir cómo evolucionará un grupo grande de pacientes (no lo que le ocurrirá a un paciente individual). El médico más familiarizado con la situación del paciente es el más indicado para interpretar estas estadísticas y comprender en qué medida se aplican a su situación particular.

Opciones de tratamiento

En el caso de la MF, el tratamiento se dirige ya sea a la piel (terapia dirigida a la piel) o a todo el cuerpo (terapia sistémica). El tratamiento dirigido a la piel puede ser tópico (en forma de cremas, pomadas o geles) o de toda la piel (luz ultravioleta, radiación cutánea). La enfermedad no se considera curable y sigue un curso crónico (dura mucho tiempo), pero puede controlarse con tratamiento y llegar a ser indetectable (remisión). Algunos pacientes con MF en estadio inicial pueden permanecer en remisión durante largos periodos de tiempo.

Dado que el SS es sistémico (el cáncer se ha extendido al torrente sanguíneo), no se trata únicamente con terapias dirigidas a la piel. Los tratamientos pueden prescribirse solos o combinados para lograr la mejor respuesta al tratamiento a largo plazo.

Las terapias tópicas suelen utilizarse en los estadios iniciales de la enfermedad y son útiles para tratar a los pacientes que presentan manchas y placas limitadas. Estas terapias incluyen:

- Corticosteroides tópicos (terapia tópica más utilizada).
- Quimioterapia tópica (por ejemplo, mecloretamina [Valchlor]).
- Retinoides tópicos, como el bexaroteno (Targretin).
- Inmunoterapia tópica (medicamentos que utilizan el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer) con imiquimod (Zyclara).
- Radioterapia cutánea local o total.
- Fototerapia (con luz ultravioleta).

Los corticosteroides son el tratamiento tópico más utilizado para el LCLT. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos ha aprobado el gel de bexaroteno (Targretin) y el gel de mecloretamina (Valchlor) como tratamiento tópico para el LCLT en los estadios IA y IB en pacientes que han recibido tratamiento cutáneo previo.

El tratamiento sistémico puede utilizarse en los estadios más avanzados de la enfermedad y en pacientes en estadios más tempranos que no respondieron o no toleraron las terapias tópicas.

Los tratamientos sistémicos incluyen los siguientes:

- Quimioterapia (fármacos que detienen el crecimiento o destruyen las células cancerosas), que incluye:
 - Metotrexato
 - Doxorrubicina liposomal pegilada
 - Fludarabina
 - 2-clorodesoxiadenosina
 - Pentostatina
 - Clorambucilo
 - Análogos del folato, como pralatrexato (Folotylin).

- Inmunoterapia (fármacos que utilizan el sistema inmunitario del organismo para combatir el cáncer)
 - Inmunomoduladores (fármacos que actúan directamente sobre el sistema inmunitario y regulan [activan o ralentizan] la actividad de proteínas específicas) como interferón alfa o gamma (con o sin tratamientos tópicos).
 - Conjugado anticuerpo-fármaco (ADC) como brentuximab vedotina (Adcetris), que es un anticuerpo monoclonal que se une a un fármaco de quimioterapia. El anticuerpo monoclonal del ADC reconoce y se une a una proteína llamada CD30 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.
 - Anticuerpos monoclonales (proteínas producidas en el laboratorio que se unen a las células cancerosas y ayudan al sistema inmunitario a destruirlas), como mogamulizumab (Poteligeo).
- Retinoides orales como el bexaroteno (Targretin).
- Terapia dirigida (medicamentos dirigidos a las moléculas que las células cancerosas utilizan para crecer y diseminarse) con inhibidores de la histona deacetilasa (HDAC) como vorinostat (Zolinza) o romidepsina (Istodax).
- Fotoféresis extracorpórea (en la que se extrae la sangre del paciente y se aíslan los glóbulos blancos, se exponen a la radiación UV y se retornan al paciente).
- 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).
 - Trasplante alógeno de células madre (los pacientes reciben células madre de un familiar o alguien no emparentado).

Los pacientes con MF en estadio más avanzado suelen necesitar tratamientos sistémicos, y aquellos con enfermedad de alto riesgo (enfermedad avanzada que no ha respondido adecuadamente a múltiples formas de tratamiento sistémico) pueden recibir un TCM alógeno. Para obtener más información sobre el trasplante de células madre, consulte la guía Comprender la terapia celular en el sitio web de la Fundación (lymphoma.org/publications).

Los regímenes de quimioterapia combinada son para aquellos con enfermedad refractaria (que no responde al tratamiento), avanzada o que se ha extendido de la piel a otras partes del cuerpo. Algunas de las terapias sistémicas pueden combinarse para mejorar la respuesta. Los pacientes también suelen utilizar tratamientos dirigidos a la piel junto con terapias sistémicas.

Tratamientos en investigación

En la actualidad se están probando en estudios clínicos muchos tratamientos aún no aprobados (también denominados medicamentos en investigación) y combinaciones para el LCLT. Los resultados de estos estudios clínicos pueden mejorar o cambiar el tratamiento de referencia actual (el tratamiento adecuado que es ampliamente utilizado por los profesionales médicos y aceptado por los expertos médicos). En la tabla siguiente se indican algunos de estos tratamientos a los que se puede acceder a través de un estudio clínico. Si desea más información sobre los estudios clínicos, consulte la publicación *Entendiendo los estudios clínicos para el linfoma* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Tabla 2: Agentes seleccionados en investigación para el LCLT en estudios clínicos de fase 2 o 3.

Agente (medicamento)	Clase (tipo de tratamiento)
Atezolizumab (Tecentriq)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-L1
ASTX660	Terapia dirigida; inhibidor de IAP
CD30 biAb-AATC	Inmunoterapia; anticuerpo biespecífico, anti-CD30 y -CD3.
Cemiplimab (Libtayo)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Lacutamab (IPH4102)	Inmunoterapia; anticuerpo monoclonal, anti-KIR3DL2
Lenalidomine (Revlimid)	Inmunoterapia; medicamento inmunomodulador
Linperlisib	Terapia dirigida; inhibidor de PI3K
Nivolumab (Opdivo)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Pembrolizumab (Keytruda)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Resminostat (4SC-201, RAS2410)	Terapia dirigida; inhibidor de HDAC
Ritlecitinib	Terapia dirigida; inhibidor de JAK3
Sintilimab (Tyvyt)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Talimogene laherparepvec (Imlygic)	Inmunoterapia; terapia viral oncolítica

LCLT: linfoma cutáneo de linfocitos T; HDAC: histona desacetilasa; IAP: inhibidor de las proteínas de la apoptosis; cinasa Jano 3: (JAK3); KIR3DL2: receptor de linfocitos citotóxicos con larga cola citoplásmica y tres dominios extracelulares de tipo Ig 2; PD-1: proteína de muerte celular programada 1; PD-L1: ligando de muerte celular programada 1; PI3K: fosfoinosítido-3-cinasa.

Es importante recordar que la investigación científica está en constante evolución. 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 Lymphoma Research Foundation para estar al tanto de las actualizaciones del tratamiento recientes. También es muy importante que todos los pacientes con LCLT consulten a un especialista para aclarar cualquier duda.

Linfoma cutáneo de linfocitos B

El linfoma cutáneo de linfocitos B (LCLB) es raro y a menudo *indolente* (de crecimiento lento), comienza en los linfocitos B de la piel y puede aparecer en la piel como sarpullido, bultos rojizos, protuberancias o nódulos, generalmente de aspecto abultado y liso. Pueden aparecer como una sola lesión (zona de aspecto anormal o diferente a la piel circundante) o como múltiples lesiones en una o varias regiones corporales (zonas). Muchas enfermedades cutáneas pueden tener un aspecto similar, pero no son LCLB. La enfermedad puede presentar *recidiva* (reaparecer después del tratamiento) o aparecer en lugares nuevos de la piel, pero rara vez se extiende fuera de ella. Alrededor del 50 % de los pacientes con lesiones únicas se curan después de la radioterapia. Sin embargo, los pacientes con lesiones múltiples tienen mayores probabilidades de seguir presentando lesiones nuevas. Este hecho no afecta al pronóstico, que sigue siendo muy bueno.

Subtipos de LCLB

El linfoma de centro folicular cutáneo primario (LPCFP) es el tipo más frecuente de LCLB. Este linfoma cutáneo es indolente y se desarrolla lentamente durante meses o años. Suele aparecer en la cabeza, el cuello o el torso (parte superior del cuerpo o tórax) en

forma de granos rojos, nódulos (bultos) o placas (lesiones elevadas o planas). En algunos casos, también se puede encontrar en las piernas. Este tipo de LCLB suele diagnosticarse en adultos de mediana edad y responde bien al tratamiento.

El linfoma cutáneo primario de linfocitos B de la zona marginal (LCPBZM) es la segunda forma más frecuente de LCLB. Este linfoma indolente puede tener aspecto similar al del linfoma del centro folicular cutáneo, a menudo en forma de granos, placas o nódulos grandes de color rojo o morado en los brazos o la parte superior del cuerpo. Algunos casos están relacionados con una infección por *Borrelia burgdorferi*, un tipo de bacteria transportada por garrapatas que causa la enfermedad de Lyme. Este tipo de LCLB es más frecuente en los ancianos.

El linfoma primario cutáneo difuso de linfocitos B grandes (LPCDBG) de tipo pierna es un tipo raro de LCLB, pero suele ser más agresivo (de crecimiento rápido) y se desarrolla durante semanas o meses. Este linfoma suele aparecer como nódulos solitarios o múltiples en la parte inferior de las piernas, pero puede afectar zonas fuera de las piernas, como los brazos o el torso. Las lesiones pueden ulcerarse (causar úlceras en la piel) y extenderse fuera de la piel con mayor frecuencia que los LCLB de crecimiento lento. Este tipo de LCLB es más frecuente en las mujeres de edad avanzada y a menudo requiere tratamiento intensivo.

Otros tipos de LPCDBG son un grupo de linfomas muy raros y agresivos, como el linfoma intravascular de linfocitos B grandes, el linfoma de linfocitos B grandes rico en linfocitos T, el linfoma plasmablastico y el linfoma anaplásico de linfocitos B. Estos linfomas no siempre son cutáneos y suelen aparecer en la cabeza, el torso y las extremidades (brazos y piernas).

Opciones de tratamiento

Después del diagnóstico, se debe realizar un estudio de estadificación adecuado (un procedimiento para evaluar cuánto ha crecido el cáncer y si se ha diseminado) para asegurarse de que la enfermedad se limita a la piel. En general, esto incluye análisis de laboratorio habituales (como análisis de sangre) y estudios por imágenes de todo el cuerpo (como TC). No se recomiendan biopsias de médula ósea en todos los pacientes con LCLB indolentes.

La elección del tratamiento para el LCLB depende de su tipo y de si la lesión cutánea es *aislada o regional* (una sola lesión o lesiones limitadas a una región de la piel) o *multifocal* (generalizada). El tratamiento también depende de la rapidez con que crezca el linfoma (indolente o agresivo).

En los linfomas indolentes con lesiones aisladas o regionales, el tratamiento más frecuente es la radioterapia local. El tratamiento quirúrgico puede ser una opción, pero puede causar cicatrices extensas e innecesarias. Los LCLB indolentes que se presentan como múltiples lesiones pueden observarse mediante un método conocido como “*vigilancia activa*” o “*espera en observación*”, en el que se vigila la salud general y la enfermedad de los pacientes mediante visitas periódicas de control que pueden incluir análisis de laboratorio y estudios de diagnóstico por imágenes. Para obtener más información sobre la vigilancia activa, consulte la hoja informativa *Vigilancia activa* en el sitio web de la Fundación (lymphoma.org/publications).

Los tratamientos para este tipo de LCLB son:

- Corticoides intralesionales (aplicados directamente en la lesión).
- Tratamientos tópicos (tratamiento aplicado en la piel), como quimioterapia, bexaroteno (Targretin) e imiquimod (Zyclara).
- Extirpación quirúrgica de lesiones.
- Radioterapia (aplicada directamente sobre las lesiones).

Si las lesiones son muy generalizadas y sintomáticas, pueden ser adecuados los tratamientos sistémicos (tratamiento con fármacos que se transportan por el torrente sanguíneo y llegan a todas las partes del organismo). Esto incluye anticuerpos monoclonales (proteínas producidas en el laboratorio que reconocen sustancias presentes en la superficie de las células cancerosas) como rituximab (Rituxan), con o sin quimioterapia.

Los exámenes cutáneos periódicos son muy importantes, especialmente en los LCLB indolentes, ya que la piel es la localización más frecuente de lesiones nuevas. También pueden realizarse análisis de laboratorio generales, pero no se necesitan estudios por imágenes, a menos que exista un problema de enfermedad sistémica (generalizada).

En el caso de los LCLB agresivos, se tiene en cuenta la salud general del paciente para elegir la mejor opción de tratamiento. En el LPCDBG de tipo pierna, la quimioterapia sistémica (habitualmente ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona [CHOP]) con y sin rituximab (Rituxan) suele ser más adecuada para el tratamiento inicial, con o sin radioterapia. Normalmente se realizan estudios por imágenes periódicos para evaluar la respuesta al tratamiento o el estado de la enfermedad.

El tratamiento de la *recidiva* del LCLB indolente puede incluir observación, cirugía, tratamientos tópicos, esteroides inyectados o radiación (dosis bajas). Los LCLB indolentes suelen seguir siendo indolentes y presentar recidiva en la piel. Con poca frecuencia los LCLB indolentes presentan recidiva como enfermedad sistémica, sobre todo en los ganglios linfáticos regionales. En casos extremadamente raros, los LCLB indolentes pueden transformarse en tipos de linfoma más agresivos.

Los LCLB agresivos recidivantes pueden tratarse con quimioterapia (con o sin rituximab), tratamientos dirigidos como ibrutinib (Imbruvica), lenalidomida (Revlimid), radioterapia o radioinmunoterapia.

Tratamientos en investigación

Actualmente se están estudiando muchos tratamientos nuevos (también denominados fármacos en investigación) y terapias combinadas para el tratamiento de pacientes con LCLB. Los resultados de estos estudios clínicos pueden mejorar o cambiar el tratamiento estándar actual (el tratamiento adecuado que es ampliamente utilizado por los profesionales médicos y aceptado por los expertos médicos). En la tabla a continuación se indican algunos de estos medicamentos en investigación a los que se puede acceder a través de un estudio clínico. Para obtener más información sobre los estudios clínicos, consulte la publicación *Entendiendo los estudios clínicos para el linfoma* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Tabla 3: Tratamientos en investigación para el LCLB en estudios clínicos de fase 2 o 3.

Agentes (medicamentos)	Clase (Tipo de tratamiento)
a (Revlimid)	Quimioterapia
Ontorpcept (TTI-621)	Inmunoterapia; proteína de fusión
Maplirpcept (TTI-622)	Inmunoterapia; proteína de fusión
Pembrolizumab (Keytruda)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Nivolumab (Opdivo)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Varlilumab (CDX-1127)	Inmunoterapia; anticuerpo monoclonal, anti-CD27
Zanubrutinib (Brukinsa)	Terapia dirigida; inhibidor de BTK

BTK, inhibidor de la cinasa de Bruton; LCLB, linfoma cutáneo de células B; PD-1, proteína de muerte celular programada 1.

Es importante recordar que la investigación científica está en constante evolución. 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 importantes para encontrar medicamentos eficaces y las mejores dosis de tratamiento para los pacientes con linfomas cutáneos. 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 clínicos llamando al (800) 500-9976 o enviando un correo electrónico a helpline@lymphoma.org.

Seguimiento

Los pacientes con linfomas cutáneos deben visitar a su médico con regularidad. Es posible que se soliciten pruebas médicas (como análisis de sangre, y tomografías TC y TEP) en distintos momentos durante la remisión para evaluar la necesidad de un tratamiento adicional.

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). Estos efectos secundarios pueden variar en función de los siguientes factores:

- Duración del tratamiento (cuánto 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 y su equipo de atención controlará estos efectos secundarios durante el seguimiento. Mientras más tiempo el paciente se mantenga en remisión, más disminuirá la frecuencia de las consultas 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 el tipo, la cantidad y la 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.

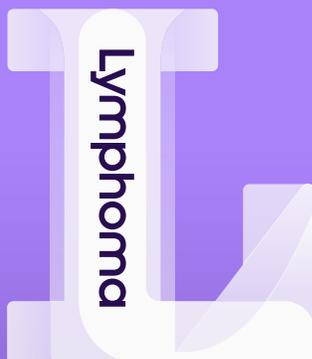
Programas educativos para pacientes

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/publications.

Línea de ayuda

El personal de la Línea de ayuda de la Fundación 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

Financiado a través de subvenciones de:



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