

Los linfomas de linfocitos T pueden desarrollarse en tejidos linfoides, como los ganglios linfático (pequeñas estructuras con forma de frijol que ayudan al organismo a combatir las enfermedades, Figura 1) y el bazo, o fuera de tejidos linfoides, como el tubo digestivo (aparato digestivo que comprende esófago, estómago e intestino), el hígado, la cavidad nasal, la piel, la médula ósea (el tejido esponjoso del interior del hueso) y otros.

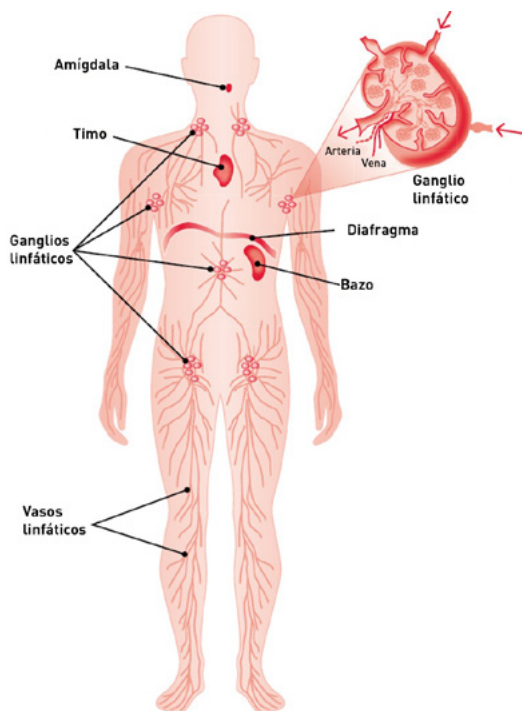


Figura 1: El sistema linfático (tejidos y órganos que producen, almacenan y transportan glóbulos blancos) y los ganglios linfáticos.

Los linfomas de linfocitos T se desarrollan a partir de unos glóbulos blancos denominados linfocitos T (también llamados linfocitos T) o linfocitos citotóxicos naturales (un tipo de linfocitos T) y representan menos del 15 % de todos los linfomas no hodgkinianos (LNH) en los Estados Unidos. Los linfocitos T dirigen la respuesta inmunitaria al unirse a las células cancerosas y las señalizan, mientras que los linfocitos NK destruyen directa y rápidamente las células cancerosas.

La mayoría de los linfomas de linfocitos T proceden de linfocitos T maduros (linfocitos T totalmente desarrollados). Los linfomas de linfocitos T pueden ser *agresivos* (de crecimiento rápido) o *indolentes* (de crecimiento lento) y se encuentran principalmente en la piel (linfomas de linfocitos T cutáneos, LLTC) o en todo el organismo (linfomas periféricos de linfocitos T, LPLT):

- Los LPLT representan del 10 % al 20 % de todos los casos de LNH.
- Los LCLT representan alrededor del 4 % de todos los LNH.

En casos poco frecuentes (alrededor del 1 % de todos los linfomas), el linfoma de células T se desarrolla a partir de linfocitos T inmaduros (estadios iniciales de desarrollo) en el timo y se denomina linfoma linfoblástico T. Cuando el cáncer se desarrolla a partir de los linfocitos NK (que comparten muchas características con los linfocitos T), se denomina linfoma NK o NK/T, y suele agruparse con otros linfomas de linfocitos T. Algunos subtipos de linfoma de células T se indican en la Figura 2 y se describen a continuación.

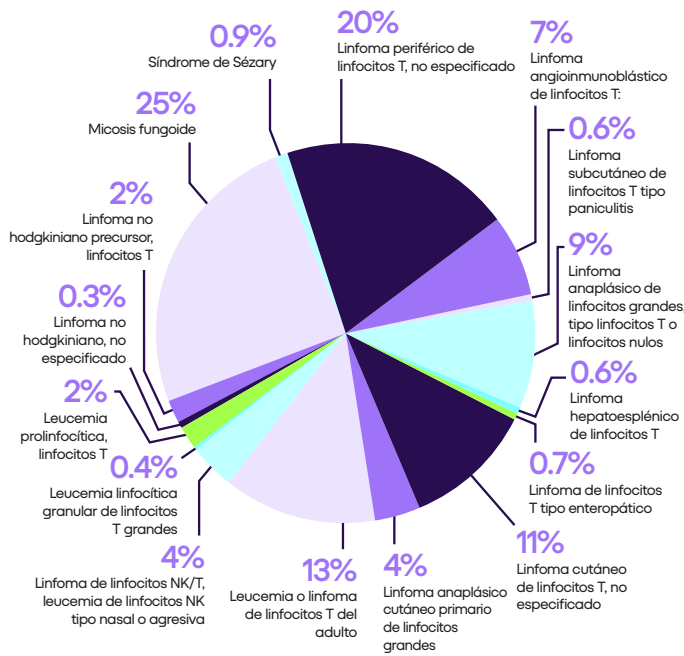


Figura 2: Frecuencias relativas (probabilidad de que se produzca un linfoma de células T con respecto a todos los linfomas) de linfomas de linfocitos T en los Estados Unidos. Los porcentajes se basan en los datos de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER, una fuente oficial de estadísticas del cáncer) del Instituto Nacional del Cáncer, 2008-2017. Algunos tipos muy raros no aparecen en el gráfico. NK, citolítico natural.

Para obtener más información sobre el diagnóstico del linfoma de células T, consulte la Guía *Entender el linfoma y la LLC* en la página web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Subtipos de linfomas de linfocitos T

Subtipos comunes del linfoma periférico linfocitos T

El linfoma periférico de linfocitos T, no especificado (LPLT-NE) se refiere a un grupo de enfermedades que no encajan en ninguno de los otros subtipos de LPLT. El LPLT-NE representa el 30 % de los LPLT y es el subtipo más frecuente de LPLT. Aunque la mayoría de los pacientes con LPLT-NE reciben un diagnóstico cuando la enfermedad solo está en los ganglios linfáticos, también pueden verse afectados *lugares extranodulares* (fuera de los ganglios linfáticos) como el hígado, la médula ósea (el tejido esponjoso en el interior de los huesos), el tubo digestivo y la piel. Este subtipo de LPLT suele ser agresivo y los pacientes suelen presentar síntomas como fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso sin causa aparente. Para obtener más información, consulte la hoja informativa *Linfoma periférico de linfocitos B* en el sitio web de la Lymphoma Research Foundation (visite lymphoma.org/publications).

El linfoma anaplásico de células grandes (LACG) representa alrededor del 15 % de todos los linfomas de linfocitos T. Hay varios subtipos diferentes de LACG. Los síntomas iniciales del LACG pueden incluir fiebre, dolor de espalda, inflamación indolora de los ganglios linfáticos, pérdida del apetito, picazón, erupción cutánea y cansancio. Todos los pacientes con LACG tienen una proteína llamada CD30 en la superficie de las células cancerosas, que ayuda a detectar y diagnosticar el LACG. La CD30 es característica de algunas formas de LNH, mientras que la mayoría de las células del linfoma de Hodgkin son positivas para CD30.

La LACG puede ser sistémica (que ocurre en todo el cuerpo), cutánea (solo en la piel) y muy rara vez aparecer alrededor de implantes mamarios. El LACG sistémico suele encontrarse en un estadio avanzado (la enfermedad ha crecido en tamaño o se ha diseminado por todo el cuerpo) en el momento del diagnóstico y puede progresar (crecer o diseminarse) con rapidez. Los pacientes con LACG sistémico se dividen en dos grupos, dependiendo de si la superficie de sus células tiene una forma anómala de una proteína llamada cinasa del linfoma anaplásico (ALK, por sus siglas en inglés):

- **La enfermedad ALK positiva** (con la proteína ALK presente en las células cancerosas) puede responder bien al tratamiento y es potencialmente curable.
- **La enfermedad ALK negativa** (la proteína ALK no está presente en las células cancerosas) puede requerir tratamientos más fuertes y la **recidiva** (la enfermedad que reaparece después del tratamiento) es más frecuente que en la enfermedad ALK positiva.

El LACG cutáneo primario aparece únicamente en la piel y a menudo es menos agresivo (crece más despacio). Un tipo raro de LACG llamado LACG asociado a implantes mamarios o LACG-AIM se ha observado en algunas pacientes que tienen o tuvieron implantes mamarios, particularmente aquellos implantes con superficies texturadas (no lisas). La mayoría de pacientes con LACG-AIM pueden tratarse solo con cirugía. Para obtener más información sobre el LACG, consulte la hoja informativa *Linfoma anaplásico de células grandes* (visite lymphoma.org/publications).

Los linfomas del fenotipo nodular de linfocitos T colaboradores foliculares (nTFHL, por sus siglas en inglés), incluidos el nTFHL de tipo angioinmunoblástico (nTFHL-AI), el nTFHL de tipo folicular (nTFHL-F) y el nTFHL sin especificar (nTFHL-NOS), son una familia rara y agresiva de linfomas de linfocitos T, de modo que representan en torno al 20 % de todos los pacientes con LPLT en los Estados Unidos. El tipo más frecuente es el nTFHL-AI, que anteriormente se denominaba linfoma angioinmunoblástico de linfocitos T (LALT). Estos linfomas son más frecuentes en adultos de edad avanzada (mediana [promedio] de edad en el momento del diagnóstico de unos 65 años) y suelen diagnosticarse en un estadio avanzado. Los síntomas iniciales suelen consistir en fiebre, sudores nocturnos, erupción cutánea, picazón y algunos trastornos autoinmunitarios (el propio sistema inmunitario del organismo ataca sus células sanas), como anemia hemolítica autoinmunitaria. Para obtener más información, consulte la hoja informativa *Linfoma angioinmunoblástico de linfocitos T* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Subtipos poco comunes del linfoma periférico de linfocitos T

La leucemia o linfoma de células T en adultos (LLCTA) es una forma de linfoma de células T poco frecuente y a menudo agresivo, que puede encontrarse en la sangre (leucemia), en los ganglios linfáticos (linfoma), en la piel o en otras zonas del cuerpo. El LLCTA se ha relacionado con la infección por el virus linfotrópico humano de linfocitos T de tipo 1 (VLTH-1). Sin embargo, no todas las personas que tengan un resultado positivo para VLTH-1 desarrollan LLCTA.

Este virus se encuentra con frecuencia en personas del Caribe, partes de Japón y algunas zonas de América Central y del Sur, África, Oriente Medio y, en más raras ocasiones, en Australia y Asia. Se cree que el virus VLTH-1 se transmite por contacto sexual o con la sangre, pero lo más frecuente es que se transmita de madre a hijo a través de la placenta, durante el parto por cesárea y en la lactancia. Solo el 5 % de los portadores del virus desarrollarán linfoma. El tratamiento suele consistir en quimioterapia y antivirales para tratar la infección subyacente por VLTH-1. En algunos pacientes, el trasplante de células madre (TCM) puede ser adecuado tras la remisión (desaparición de los signos y síntomas). Para obtener más

información sobre la *Leucemia o linfoma de células T en pacientes adultos*, consulte la guía *Comprender la terapia celular* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

El linfoma de células T asociado a enteropatía y el linfoma de células T intestinal epiteliotrófico monomorfo son subtipos sumamente raros y agresivos de linfoma de células T que aparecen en el intestino. Los pacientes con linfoma de células T asociado a enteropatía suelen presentar diarrea crónica, sensibilidad al gluten (ganas de vomitar después de comer gluten) y enfermedad celíaca (enfermedad autoinmunitaria en la que el consumo de gluten daña el intestino delgado). El linfoma de células T intestinal con epiteliotropos monomorfos no suele asociarse a la enfermedad celíaca. Otros síntomas son el dolor abdominal y la pérdida de peso. Ambos requieren un tratamiento intensivo, seguido a menudo de un TCM en determinados pacientes.

El linfoma hepatoesplénico de linfocitos T gamma-delta es una enfermedad muy poco frecuente y agresiva que afecta al hígado o al bazo. Puede extenderse a la sangre y la médula ósea. Suele presentarse en adolescentes y adultos jóvenes, y es más común en los hombres. Este linfoma se asocia a tratamientos inmunosupresores (fármacos que reducen la actividad del sistema inmunitario). Los pacientes, en especial los niños, que han sido tratados con inmunosupresores como azatioprina y infliximab (Remicade) para la enfermedad de Crohn (un tipo de enfermedad inflamatoria intestinal) pueden ser más susceptibles a este tipo de linfoma. También se considera el TCM después del tratamiento inicial en determinados pacientes.

Los linfomas de linfocitos NK/T extranodulares se desarrollan a partir de los linfocitos citolíticos naturales (NK). Este linfoma agresivo es relativamente poco frecuente en Estados Unidos, pero común en Asia y partes de América Latina. Suele aparecer en el interior de la nariz o las vías respiratorias altas (nariz, cavidad nasal, boca, garganta y laringe) en la parte posterior de la garganta (en cuyo caso se denomina *tipo nasal*), pero puede aparecer en el tubo digestivo (aparato digestivo que comprende boca, garganta, estómago e intestino), la piel, la médula ósea y otros órganos. Los linfomas de linfocitos NK/T parecen estar relacionados con infecciones por virus de Epstein-Barr.

Los linfomas de linfocitos T relacionados con el tratamiento, en ocasiones denominados trastorno linfoproliferativo postrasplante (TLPT), aparecen en pacientes que han recibido inmunosupresores (medicamentos que debilitan el sistema inmunitario) después de un trasplante de órganos o médula ósea (para prevenir el rechazo del órgano trasplantado). Estos tratamientos ponen a los pacientes en riesgo de sufrir este tipo de linfoma. Aunque el TLPT proviene con mayor frecuencia de los linfocitos B, a veces puede proceder de los linfocitos T.

El linfoma linfoblástico puede aparecer a partir de linfocitos B o T inmaduros (linfocitos B o T que no están totalmente desarrolladas), pero surge con mayor frecuencia a partir de los linfocitos T, que constituyen hasta el 90 % de todos los linfomas linfoblásticos. Este tipo de linfoma suele diagnosticarse en adolescentes y adultos jóvenes y es un poco más frecuente en los hombres.

Este linfoma puede progresar rápidamente, si no se trata adecuadamente, y aparece con frecuencia en la parte media del tórax, o mediastino (área entre los pulmones que incluye corazón, garganta, timo y ganglios linfáticos). En este tipo de linfoma pueden aparecer leucocitos inmaduros (llamados linfoblastos) en los ganglios linfáticos, la médula ósea o el bazo.

Los linfomas linfoblásticos, como otros subtipos de linfoma, pueden causar infecciones oportunistas (infecciones que aparecen con mayor frecuencia o son más graves en pacientes con un sistema inmunitario más débil) y afectan la capacidad del organismo para producir células sanguíneas.

Este subtipo de linfoma de células T se propaga al *sistema nervioso central* (cerebro y médula espinal) con más frecuencia que otros linfomas de linfocitos T. Se comporta de forma similar a la leucemia linfoblástica aguda (los linfoblastos se encuentran en la médula ósea y la sangre) y, a menudo, se trata con quimioterapia intensiva (en dosis altas o durante varios meses), lo que se asocia a una tasa muy alta de *remisión* completa (desaparición de los signos y síntomas de la enfermedad) y curación.

Linfomas cutáneos de linfocitos T frecuentes

El linfoma cutáneo de linfocitos T (LCLT) describe un grupo de linfomas típicamente indolentes que aparecen en la piel y que casi siempre solo afectan a esta. Algunos pacientes pueden presentar linfoma en la sangre, los ganglios linfáticos y, más rara vez, otros órganos.

La micosis fungoide es el subtipo más frecuente de LCLT (50 % a 65 % de los casos). Suele aparecer en forma de manchas cutáneas (erupciones planas y a menudo escamosas), placas (lesiones gruesas, elevadas y a menudo pruriginosas, similares a las que se observan en el eccema, la psoriasis o la dermatitis) o tumores (bultos o nódulos elevados con un diámetro o una altura ≥ 1 cm, que pueden convertirse en una úlcera abierta). Puede haber más de un tipo de lesión en cualquier momento.

El síndrome de Sézary es una forma menos frecuente y más agresiva de LCLT que afecta tanto la piel como la sangre. La mayoría de las personas con síndrome de Sézary son adultos de 55 a 60 años. Los síntomas más frecuentes son adenopatías y una erupción roja y muy pruriginosa que abarca grandes partes del cuerpo. Los linfocitos T cancerosos, denominados células de Sézary, pueden verse al microscopio y están presentes tanto en la piel como en la sangre. También hay otras formas más raras de LCLT. Para obtener más información, consulte la hoja informativa *Linfoma cutáneo* en el sitio web de la Fundación (visite lymphoma.org/publications).

Opciones de tratamiento

Dado que hay muchos subtipos diferentes de linfoma de células T, los tipos de tratamiento varían mucho, pero el tratamiento inicial de los tipos más frecuentes de LCLT suele incluir regímenes de quimioterapia combinada habitualmente con fines curativos. Los tratamientos habituales para el linfoma son:

- Quimioterapia (fármacos que detienen el crecimiento o destruyen las células cancerosas):
 - CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona)
 - CHOEP (CHOP más etopósido)
 - EPOCH ajustado por la dosis (etopósido, vincristina, doxorubicina, ciclofosfamida y prednisona)
- Quimioinmunoterapia: una combinación de quimioterapia (fármacos que detienen el crecimiento de las células cancerosas o las destruyen) con inmunoterapia (fármacos que utilizan el sistema inmune del organismo para combatir el cáncer), como BV-CHP (brentuximab vedotina, ciclofosfamida, doxorubicina y prednisona).
- Tratamientos dirigidos (fármacos dirigidos contra las moléculas que utilizan las células cancerosas para crecer y diseminarse). Esto incluye los inhibidores de proteínas que intervienen en la señalización y proliferación celulares, como los inhibidores de la histona desacetilasa (HDAC), como belinostat (Beleodaq) y romidepsina (Istodax) para el LCLT y vorinostat (Zolinza) para el LCLT.

- Inmunoterapia como:
 - Agentes inmunomoduladores, fármacos que actúan sobre el sistema inmunitario para regular (activar o reducir) la actividad de proteínas específicas de forma directa.
 - Un conjugado anticuerpo-fármaco (CAF) es un anticuerpo monoclonal (una proteína fabricada en el laboratorio que se une a las células cancerosas y ayuda al sistema inmunitario a destruirlas) unido a un fármaco quimioterapéutico. El anticuerpo monoclonal del CAF reconoce y se une a una proteína en la superficie de las células cancerosas. Una vez que el CAF se encuentra en el interior de la célula, el quimioterápico se separa del CAF y destruye la célula cancerosa al actuar sobre la multiplicación celular. El CAF brentuximab vedotina (Adcetris) ha sido aprobado para el LACG y el LCLT.
- Radiación, que utiliza radiación de alta energía para destruir las células cancerosas.
- 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 alógeno (los pacientes reciben células madre de un familiar o donante sin parentesco)
 - TCM autógeno (el paciente recibe células madre propias)

Los pacientes diagnosticados con formas raras de linfoma deben consultar a su equipo médico para encontrar nuevos tratamientos prometedores o inscribirse en estudios clínicos.

En algunos casos se recomienda el TCP alógeno o autógeno para la enfermedad recidivante o para aumentar las posibilidades de curación de algunas formas de LPLT. 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).

El tratamiento del LCLT suele incluir tratamientos dirigidos a la piel (también denominados tratamientos tópicos que se aplican directamente en la piel) para mejorar la calidad de vida, como:

- Corticoesteroides
- Retinoides
- Quimioterapia

- Fototerapia (uso de luz ultravioleta para destruir las células cancerosas de la piel)
- Radioterapia con haz de electrones (un tipo de radioterapia que solo afecta a la piel y no llega a los órganos internos)

Cuando los tratamientos dirigidos a la piel no proporcionan un control suficiente de la enfermedad o cuando afecta a otras partes del cuerpo, se considera tratamiento sistémico. Para algunos pacientes con LCLT que se ha extendido al torrente sanguíneo, ya está aprobado un procedimiento denominado fotoféresis extracorpórea (FEC). Durante este procedimiento se extrae sangre del paciente y se trata con luz ultravioleta y con fármacos que se activan cuando se exponen a luz ultravioleta. Una vez tratada la sangre, esta vuelve a entrar al organismo del paciente.

Los pacientes con linfomas de linfocitos T recidivantes o resistentes (que no responden al tratamiento) suelen ser tratados con:

- Quimioterapia como palatrexato (Folotyn), que actúa como inhibidor de la dihidrofolato reductasa y bloquea la capacidad de las células para dividirse y multiplicarse.
- TCM
- Terapias dirigidas:
 - Inhibidores de las HDAC como belinostat (Beleodaq) o vorinostat (Zolinza)
 - Inhibidores de ALK como crizotinib (Xalkori)
- Inmunoterapia, que incluye:
 - Anticuerpo monoclonal como el anti-CCR4 mogamulizumab (Poteligeo)
 - CAF, como brentuximab vedotina (Adcetris)

En algunos pacientes con LPLT, el TCM se considera el siguiente paso en el tratamiento después de la quimioterapia combinada. Sin embargo, en algunos pacientes podrían no recomendarse pautas de quimioterapia o TCM debido a sus efectos secundarios. También se dispone de tratamientos con agente único con menos efectos secundarios, que pueden producir una remisión duradera en estos pacientes. Estos fármacos están aprobados por la FDA para los pacientes que presentan recidiva o resistencia a la quimioterapia de primera línea:

Tabla 1: Tratamientos aprobados por la FDA para los linfomas T recidivantes o resistentes.

Agente (medicamento)	Indicación
Belinostat (Beleodaq)	Indicado en el LPLT.
Pralatrexate (Folotyn)	Indicado en el LPLT.
Mogamulizumab (Poteligeo)	Indicado para el LCLT.
Brentuximab vedotina (Adcetris)	Indicado tanto para el LPLT como para el LCLT.
Crizotinib (Xalkori)	Indicado en el LACG ALK-positivo recidivante o resistente.

LACG, linfoma anaplásico de células grandes; ALK, cinasa del linfoma anaplásico; LCLT, linfoma cutáneo de linfocitos T; LPLT, linfoma periférico de linfocitos T.

Tratamientos en investigación

Las opciones terapéuticas para los diferentes tipos de linfomas de linfocitos T recién diagnosticados y recidivantes o resistentes están aumentando a medida que se descubren nuevos tratamientos y se mejoran los actuales. Los tratamientos que se están investigando actualmente solos o en combinación se describen en la tabla siguiente.

Además, en varios estudios clínicos prometedores se están estudiando combinaciones (dos o más fármacos administrados al mismo tiempo) de estos nuevos tratamientos que, en algunos casos, pueden ser más eficaces que el fármaco solo (un fármaco).

Es fundamental 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 conocer las novedades del tratamiento que puedan haber aparecido recientemente. También es muy importante que todos los pacientes con linfoma de células T consulten a un especialista para aclarar cualquier duda.

Tabla 1: Medicamentos seleccionados en investigación para los linfomas de linfocitos T en estudios clínicos de fase 2 y 3

Agente (medicamento)	Clase (tipo de tratamiento)
Azacitidina (CC-486)	Quimioterapia
Bendamustina (Treanda)	Quimioterapia
Cemiplimab (Libtayo)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Durvalumab (Imfinzi)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Duvelisib (Copiktra)	Terapia dirigida; inhibidor de PI3K
Linperlisib	Terapia dirigida; inhibidor de PI3K
Golidocitinib (AZD4205)	Terapia dirigida; inhibidor de JAK1
Lacutamab (IPH4102)	Inmunoterapia; anticuerpo monoclonal, anti-KIR3DL2
Lenalidomida (Revlimid)	Inmunoterapia; medicamento inmunomodulador
Magrolimab	Inmunoterapia; anticuerpo monoclonal, anti-CD47
Nivolumab (Opdivo)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Pembrolizumab (Keytruda)	Inmunoterapia; inhibidor del punto de control inmunitario; anti-PD-1
Ruxolitinib (Jakafi)	Terapia dirigida; inhibidor de JAK1/2
Valemetostat (DS-3201b)	Terapia dirigida; inhibidor de EZH1/2
Venetoclax (Venclexta)	Terapia dirigida; inhibidor de BCL-2

BCL-2, linfoma de células B 2; EZH1/2, potenciador del homólogo 1 y 2 de zeste; JAK1/2, cinasa Janus 1/2; PD-1, proteína de muerte celular programada 1; PI3K, fosfoinosítido 3-cinasa; KIR3DL2, dominios de tres Ig del receptor de tipo inmunoglobulina de los linfocitos citotóxicos y cola citoplásmica larga 2.

Estudios clínicos

Los estudios clínicos son importantes para encontrar medicamentos eficaces y las mejores dosis de tratamiento para los pacientes con linfomas de linfocitos T. En muchos de los subtipos raros de linfoma de células T no se define ningún tratamiento de referencia. La inscripción en estudios clínicos es fundamental para encontrar tratamientos más eficaces y menos tóxicos.

La infrecuencia de la enfermedad también significa que los tratamientos más novedosos suelen estar disponibles solo a través de estudios clínicos. Los pacientes interesados en participar en un estudio clínico deben ver 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 comunicarse con la Línea de ayuda de la Fundación para una búsqueda individualizada de estudios clínicos al (800) 500-9976 o por correo electrónico a helpline@lymphoma.org.

Seguimiento

Los pacientes con linfoma de células T deben visitar a su médico con regularidad. Durante estas visitas, es posible que se soliciten pruebas médicas (como análisis de sangre y tomografías computarizadas [TC] y por emisión de positrones [TEP]) para evaluar la necesidad de 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). 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 controlará estos efectos durante el seguimiento. Cuanto 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 acompañantes 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. La premiada aplicación móvil de la Fundación, *Focus On Lymphoma* (www.FocusOnLymphoma.org) puede ayudar a los pacientes a administrar esta documentación.

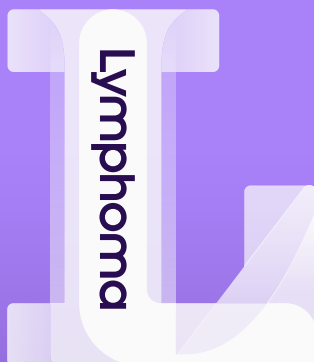
Programas educativos para pacientes

La Fundación también ofrece diversas actividades educativas, como reuniones en vivo y seminarios web para personas que deseen aprender directamente de expertos en linfoma. 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 Linfoma de la Fundación está disponible para responder sus preguntas generales sobre el linfoma y brindarle información sobre el tratamiento, así como 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 al (800) 500-9976 o por 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