

Linfoma de Hodgkin - Opciones de tratamiento [1]

Esta sección ha sido revisada y aprobada por la [Junta editorial de Cancer.Net](#) [2], 06/2014

EN ESTA PÁGINA: aprenderá acerca de las diferentes formas que los médicos utilizan para tratar a personas con este tipo de cáncer. Para ver otras páginas, utilice el menú ubicado al lado de la pantalla.

Esta sección describe los tratamientos que son el estándar de atención (los mejores tratamientos comprobados disponibles) para este tipo específico de cáncer. Al tomar decisiones relacionadas con el plan de tratamiento, también se aconseja a los pacientes que consideren la opción de participar en estudios clínicos. Un estudio clínico es un estudio de investigación para evaluar un nuevo enfoque del tratamiento para analizar si un tratamiento nuevo es seguro, eficaz y posiblemente mejor que un tratamiento estándar. Su médico puede ayudarlo a revisar todas las opciones de tratamiento. Para obtener más información, consulte las secciones [Estudios clínicos](#) [3] y [Últimas investigaciones](#) [4].

Panorama general del tratamiento

En la atención del cáncer, a menudo trabajan juntos distintos tipos de médicos y otros profesionales de atención médica para crear un plan de tratamiento integral del paciente que combine distintos tipos de tratamientos. Esto se conoce como [equipo multidisciplinario](#) [5] (en inglés).

Algunos de los tratamientos originales para el linfoma de Hodgkin, desarrollados en las décadas de 1960 y 1970, eran muy eficaces. Sin embargo, la atención de seguimiento a largo plazo de las personas que recibieron estos tratamientos ha demostrado que estas corren el riesgo de presentar efectos secundarios a una edad mayor, entre ellos, infertilidad (la imposibilidad de procrear), problemas cardíacos (como insuficiencia cardíaca, válvulas cardíacas con pérdidas y ataques cardíacos) y cánceres secundarios, como cáncer de pulmón y cáncer de mama (en las mujeres). Estos problemas a largo plazo se debieron, en parte, a los tipos de quimioterapia utilizados en aquel momento y, por otro lado, al uso de altas dosis de radioterapia aplicada en superficies extensas del cuerpo. Consulte más sobre [los efectos tardíos del tratamiento para el linfoma de Hodgkin](#) [6].

Con el fin de evitar o reducir el riesgo de estos problemas, los tratamientos actuales para el linfoma de Hodgkin implican nuevos tipos y dosis de quimioterapia y el uso de radioterapia dirigida a áreas más reducidas del cuerpo. La mayoría de los pacientes con linfoma de Hodgkin

clásico, incluso de estadio I o II, a menudo reciben algo de quimioterapia seguida de radioterapia en las áreas de ganglios linfáticos afectados. En el caso de algunos pacientes con la enfermedad en estadio temprano (estadio I o II), quizá sea posible que se les administre un tratamiento con solo un ciclo relativamente breve de quimioterapia, con o sin la necesidad de aplicar radioterapia. Esto es posible en unos pocos pacientes y se debe analizar con el médico. Para la enfermedad de estadio III o IV, la quimioterapia sigue siendo el tratamiento primario, aunque tal vez se recomiende radioterapia adicional, especialmente en áreas de ganglios linfáticos grandes.

A continuación se describen las opciones de tratamiento más frecuentes para el linfoma de Hodgkin. Las opciones y recomendaciones en cuanto a los tratamientos dependen de varios factores, entre ellos, el tipo y estadio del cáncer, los efectos secundarios posibles, así como las preferencias del paciente y su estado de salud general. Su plan de atención también puede incluir tratamiento para los síntomas y los efectos secundarios, una parte importante de la atención del cáncer. Tómese el tiempo para conocer todas sus opciones de tratamiento y asegúrese de hacer preguntas si tiene dudas sobre cosas que no están claras. Además, hable acerca de los objetivos de cada tratamiento con su médico y lo que puede esperar mientras recibe el tratamiento, incluidos posibles efectos secundarios. Obtenga más información sobre cómo tomar decisiones sobre el tratamiento [7] (en inglés).

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al inhibir su capacidad para proliferar y dividirse. Un oncólogo clínico, que es un médico especializado en el tratamiento del cáncer con medicamentos, o un hematólogo, que es un médico que se especializa en el tratamiento de los trastornos de la sangre, son los que administran la quimioterapia.

La quimioterapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para que alcance las células cancerosas de todo el cuerpo. Las formas más comunes de administrar la quimioterapia incluyen un tubo intravenoso (IV) colocado en una vena con una aguja o un comprimido o cápsula que se ingiere (por vía oral). Un régimen de quimioterapia normalmente consiste en una cantidad específica de ciclos que se administran en un plazo de tiempo determinado. Un paciente puede recibir un fármaco por vez o combinaciones de diferentes fármacos al mismo tiempo.

Para el linfoma de Hodgkin, se pueden utilizar muchos tipos diferentes de quimioterapia. La combinación de medicamentos que se usa con más frecuencia en los Estados Unidos recibe el nombre de ABVD. En la actualidad, otra combinación de medicamentos conocida como BEACOPP se usa de forma generalizada en Europa y cada vez más en los Estados Unidos. Existen otras combinaciones que se utilizan con menor frecuencia y que no se enumeran aquí. Los fármacos que forman estas dos combinaciones más frecuentes de quimioterapia se enumeran a continuación:

- ABVD: doxorrubicina (Adriamycin), bleomicina (Blenoxane), vinblastina (Velban, Velsar) y dacarbazina (DTIC-Dome). Generalmente, la quimioterapia ABVD se administra cada dos semanas durante dos a ocho meses.
- BEACOPP: bleomicina, etoposida (Toposar, VePesid), doxorubicina, ciclofosfamida

(Cytoxan, Neosar), vincristina (Vincasar PFS, Oncovin), procarbazona (Matulane), y prednisona (marcas múltiples). Existen varios programas de tratamiento distintos; sin embargo, habitualmente, se administran diferentes medicamentos cada dos semanas.

El tipo de quimioterapia, el número de ciclos de quimioterapia y el uso adicional de la terapia de radiación se basan en el estadio del linfoma de Hodgkin y el tipo y número de factores de pronóstico. La decisión final sobre el tratamiento exacto se debe analizar cuidadosamente con su médico.

Si el linfoma de Hodgkin reaparece después del tratamiento inicial (primera línea) con ABVD o BEACOPP, conocido como recurrencia, existen varias segundas líneas de tratamiento. Muchos de estos tratamientos se brindan en preparación para un trasplante autólogo de células madre (consulte a continuación) pero también para controlar la enfermedad y sus síntomas.

- ICE: ifosfamida (Ifex), carboplatino (Paraplatin), etoposida. La quimioterapia ICE se administra normalmente cada dos o tres semanas durante dos a tres meses.
- ESHAP o DHAP: etoposida, succinato de sodio de metilprednisolona (Solu-Medrol), citarabina en dosis elevada (Cytosar-U), cisplatino (Platinol); O dexametasona (marcas múltiples), citarabina en dosis alta, cisplatino. Los regímenes ESHAP o DHAP se administran cada tres semanas durante dos a tres meses.
- GVD, Gem-Ox, o GDP: gemcitabina (Gemzar), vinorelbina (Navelbine), doxorubicina; O gemcitabina, oxaliplatino (Eloxatin); O gemcitabina, dexametasona, cisplatino. Los regímenes basados en gemcitabina se administran cada dos semanas continuadas seguidas de una semana libre o cada dos semanas.
- Brentuximab vedotin (Adcetris): El brentuximab vedotin es un conjugado de fármacos con anticuerpos, lo cual significa que entrega quimioterapia solamente a las células que tienen una proteína especial sobre la superficie llamada CD30. Generalmente, el brentuximab vedotin se administra cada tres semanas durante hasta dieciséis ciclos, aunque a veces se administra cada cuatro semanas.

No se sabe a ciencia cierta cuál de estos tratamientos quimioterápicos es mejor para los pacientes con linfoma de Hodgkin, y el mejor tratamiento puede ser diferente dependiendo del tipo y el estadio del linfoma. Por este motivo, se están realizando muchos estudios clínicos [3] para comparar estos diferentes tratamientos quimioterápicos. Estos estudios clínicos están diseñados para averiguar qué combinación funciona mejor con menos efectos secundarios a corto y a largo plazo.

Durante la quimioterapia, los médicos generalmente repetirán algunas de las pruebas realizadas en un principio, en especial las TC y las TEP. Estas pruebas se utilizan para observar el linfoma y saber cómo está respondiendo al tratamiento.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del paciente y de la dosis utilizada, pero pueden incluir fatiga, riesgo de infección, náuseas y vómitos, caída del cabello, pérdida del apetito y diarrea. Estos efectos secundarios, por lo general, suelen desaparecer una vez finalizado el tratamiento. Si bien el riesgo de los efectos secundarios a largo plazo ha disminuido a medida que se perfeccionan los tratamientos, la quimioterapia aún puede causar efectos secundarios a largo plazo. Las personas con linfoma también pueden tener inquietudes acerca de si el tratamiento puede afectar su función sexual y fertilidad [8], y cómo. Hable de estos

temas con el equipo de atención médica antes de comenzar el tratamiento. Obtenga más información sobre [los efectos tardíos del tratamiento](#) [6].

Obtenga más información sobre la [quimioterapia](#) [9] y [la preparación para el tratamiento](#) [10] (en inglés). Los medicamentos utilizados para tratar el cáncer se evalúan constantemente. A menudo, hablar con su médico es la mejor forma de obtener más información sobre los medicamentos que le recetaron, su finalidad y los posibles efectos secundarios o las interacciones con otros medicamentos. Obtenga más información sobre sus medicamentos recetados en [las bases de datos de fármacos en las que se pueden realizar búsquedas](#) [11] (en inglés).

Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas de alta potencia para destruir las células cancerosas. El médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer se conoce como radioncólogo. La radioterapia para el linfoma de Hodgkin siempre es con haces externos, que es la que se aplica desde una máquina fuera del cuerpo. Por lo general, un régimen (plan) de radioterapia consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran en un plazo determinado.

Siempre que sea posible, la radioterapia ahora se dirige solo a las áreas del ganglio linfático afectadas para reducir el riesgo de dañar los tejidos sanos circundantes. Algunas técnicas de radioterapia más actuales que se pueden usar para algunos pacientes incluyen radioterapia en el lugar afectado, que enfoca la radiación en los ganglios linfáticos que contienen cáncer; radioterapia de intensidad modulada (intensity modulated radiotherapy, IMRT), que varía la fuerza y la dirección de los haces de radiación de modo que menos tejido sano resulte afectado; y la terapia de protones, que utiliza protones en lugar de rayos X para tratar el cáncer.

Los efectos secundarios inmediatos de la radioterapia dependen del área del cuerpo que se está tratando. Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir fatiga, reacciones leves en la piel, malestar estomacal y deposiciones líquidas. Los pacientes que recibieron radioterapia en el cuello quizá tengan dolor en la boca o la garganta. La mayoría de los efectos secundarios desaparece poco tiempo después de finalizado el tratamiento.

Si bien el riesgo de efectos secundarios a largo plazo ha disminuido con las mejoras en los tratamientos, la radioterapia aún puede causar efectos secundarios a largo plazo, también llamados [efectos tardíos](#) [6]. Para reducir el riesgo de efectos secundarios a largo plazo, se están realizando estudios clínicos para averiguar las dosis óptimas y el área más pequeña posible para la radioterapia.

Obtenga más información sobre la [radioterapia](#) [12].

Trasplante de médula ósea/células madre

Un trasplante de células madre es un procedimiento médico en el cual la médula ósea de un paciente se reemplaza por células altamente especializadas, llamadas células madre hematopoyéticas, que se desarrollan dentro de la médula ósea sana. Las células madre hematopoyéticas son células formadoras de sangre que se encuentran tanto en el torrente

sanguíneo como en la médula ósea. Hoy en día, a este procedimiento se lo denomina más comúnmente trasplante de células madre, en lugar de trasplante de médula ósea, porque en realidad lo que se trasplanta son las células madre sanguíneas y no el tejido de la médula ósea.

Antes de recomendar un trasplante, los médicos hablarán con el paciente sobre los riesgos de este tratamiento y considerarán otros factores diversos, como los resultados de los tratamientos previos, la edad y el estado de salud general del paciente. Es muy importante hablar con un médico en un centro de trasplante experimentado sobre los riesgos y los beneficios del trasplante de células madre. El trasplante de células madre no se utiliza como el primer tratamiento para el linfoma de Hodgkin; sin embargo, es posible que se recomiende para los pacientes con linfoma remanente después de la quimioterapia, o si el linfoma regresa después del tratamiento.

Hay dos tipos de trasplante de células madre según la fuente de células madre sanguíneas de reemplazo: autólogos (AUTO) y alogénicos (ALO).

En el trasplante autólogo, se usan las propias células madre del paciente. Las células madre se extraen del paciente cuando este está en remisión de la enfermedad por el tratamiento previo. Luego, las células madre se congelan hasta que se las necesite.

En un trasplante alogénico, las células madre se obtienen de un donante cuyo tejido tenga el mayor grado de compatibilidad posible con el del paciente a nivel genético. Esta prueba se llama clasificación de HLA. En la mayoría de los casos, el hermano o la hermana del paciente puede ser el donante, aunque también pueden serlo personas no emparentadas.

Para ambos tipos, el objetivo del trasplante es destruir todas las células cancerosas en la médula, la sangre y otras partes del cuerpo utilizando altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia, y luego permitir que células madre sanguíneas de reemplazo creen una médula ósea sana. Las dosis altas de quimioterapia o radioterapia administradas antes del trasplante destruyen el tejido de la médula ósea del paciente y deprimen su sistema inmunitario para que el cuerpo no rechace las células del donante en el alotrasplante.

Es importante que hable con el médico sobre los posibles riesgos y beneficios de ambos tipos de trasplantes para determinar la mejor opción para un paciente individual.

Obtenga más información acerca del [trasplante de células madre y de médula ósea](#) [13].

Cómo obtener atención de los síntomas y efectos secundarios

A menudo, el linfoma y su tratamiento producen efectos secundarios. Además del tratamiento para retardar, detener o eliminar el tumor, un aspecto importante de la atención es aliviar los síntomas y los efectos secundarios de la persona. Este enfoque se denomina cuidados paliativos o atención de apoyo, e incluye brindarle apoyo al paciente con sus necesidades físicas, emocionales y sociales.

Los cuidados paliativos pueden ayudar a una persona en cualquier estadio de la enfermedad. A menudo, las personas reciben tratamiento contra el linfoma y tratamiento para aliviar los efectos secundarios al mismo tiempo. De hecho, los pacientes que reciben ambos tratamientos, a

menudo, tienen síntomas menos graves, mejor calidad de vida e informan que están más satisfechos con el tratamiento.

Los tratamientos paliativos son muy variados y suelen incluir medicamentos, apoyo alimenticio, técnicas de relajación y otras terapias. Usted también puede recibir tratamientos paliativos similares a los utilizados para eliminar el cáncer, como la quimioterapia, cirugía y radioterapia. Antes de comenzar el tratamiento, hable con su médico sobre los objetivos de cada tratamiento en su plan de tratamiento.

Antes de comenzar el tratamiento, hable con su equipo de atención médica acerca de los posibles efectos secundarios de su plan de tratamiento específico y las opciones de cuidado de apoyo. Asimismo, durante y después del tratamiento, asegúrese de informar a su médico o a otro integrante del equipo de atención médica si usted está experimentando un problema, de modo que pueda abordarse tan pronto como sea posible.

Obtenga más información sobre [cuidados paliativos](#) [14].

Linfoma de Hodgkin progresivo

Se dice que la enfermedad es progresiva cuando el cáncer se agranda o se disemina mientras el paciente recibe tratamiento para el linfoma original. Sin embargo, la enfermedad progresiva es poco frecuente en las personas con linfoma de Hodgkin.

Se aconseja a los pacientes con este diagnóstico que hablen con médicos experimentados en el tratamiento de este estadio del cáncer, puesto que quizás haya diferentes opiniones respecto del mejor plan de tratamiento. Obtenga más información sobre la búsqueda de una [segunda opinión](#) [15] (en inglés) antes de comenzar el tratamiento, a fin de estar tranquilo con el plan de tratamiento elegido. Esta conversación puede incluir [estudios clínicos](#) [3].

Se aconsejará a la mayoría de los pacientes que reciban un trasplante de células madre (consulte más arriba), ya que parece ser más eficaz que la quimioterapia estándar para el tratamiento del linfoma de Hodgkin progresivo. La atención de apoyo también será importante para ayudar a aliviar los síntomas y los efectos secundarios.

Para la mayoría de los pacientes, un diagnóstico de linfoma progresivo es muy estresante y, a veces, difícil de sobrellevar. Se alienta a los pacientes y a sus familias a hablar acerca de cómo se están sintiendo con médicos, enfermeros, trabajadores sociales u otros integrantes del equipo de atención médica. También puede ser útil hablar con otros pacientes, incluido a través de un grupo de apoyo.

Remisión y la posibilidad de recurrencia

Una remisión es cuando no se puede detectar el linfoma en el cuerpo y no hay síntomas. Esto también puede denominarse *sin evidencia de enfermedad* o NED (no evidence of disease, NED; en inglés).

Una remisión puede ser temporal o permanente. Esta incertidumbre hace que muchos supervivientes se sientan preocupados o ansiosos con respecto a la reaparición de la

enfermedad. Aunque muchas remisiones son permanentes, es importante hablar con el médico sobre la posibilidad de que la enfermedad regrese. Comprender el riesgo de recurrencia y las opciones de tratamiento puede ayudar a que usted se sienta más preparado si el tumor regresa. Obtenga más información sobre [cómo sobrellevar el miedo a la recurrencia](#) [16] (en inglés).

Si el cáncer regresa después del tratamiento original, recibe el nombre de cáncer recurrente. Puede reaparecer en el mismo lugar (recurrencia local), en las cercanías (recurrencia regional) o en otro lugar (recurrencia distante).

El cáncer recurrente es poco común para las personas con linfoma de Hodgkin. Sin embargo, si el linfoma de Hodgkin en efecto se repite, un ciclo de evaluación volverá a comenzar para aprender sobre la recurrencia tanto como sea posible, lo que incluye si el estadio del cáncer ha cambiado. Después de realizadas las pruebas, usted y su médico hablarán sobre las opciones de tratamiento.

La mayoría de las veces, el primer paso es administrar un tratamiento quimioterápico de ?segunda línea?, como ICE, ESHAP, DHAP, o tratamientos en base a gemcitabina (consulte Quimioterapia más arriba). La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. ha aprobado el fármaco brentuximab vedotin para pacientes con linfoma de Hodgkin recurrente, por lo que también puede ser una opción de tratamiento. El objetivo de la quimioterapia es recuperar el control sobre el linfoma de Hodgkin recurrente. Para la mayoría de los pacientes, este tratamiento se utiliza para preparar un trasplante de células madre, que proporciona la mejor oportunidad posible para curar la enfermedad. La radioterapia se puede incorporar en el plan de tratamiento, ya sea antes o después de un trasplante de células madre, especialmente si no se utilizó terapia de radiación durante el periodo de tratamiento inicial. Su médico también puede sugerir estudios clínicos que estén evaluando métodos nuevos para tratar este tipo de cáncer recurrente.

Las personas con cáncer recurrente a menudo sienten emociones tales como incredulidad o temor. Se aconseja a los pacientes que hablen con su equipo de atención médica respecto de estos sentimientos y que consulten acerca de servicios de apoyo que les ayuden a sobrellevar la situación. Obtenga más información sobre [cómo afrontar la recurrencia del cáncer](#) [17] (en inglés).

Si el tratamiento falla

Recuperarse del linfoma no siempre es posible. Si el tratamiento no es exitoso, la enfermedad puede denominarse cáncer avanzado o terminal.

Para muchas personas, este diagnóstico es estresante y es difícil hablar al respecto. Sin embargo, es importante que mantenga conversaciones abiertas y sinceras con su médico y el equipo de atención médica a fin de expresar sus sentimientos, preferencias e inquietudes. La función del equipo de atención médica es ayudar, y muchos de sus integrantes tienen habilidades, experiencia y conocimientos especiales para brindar apoyo a los pacientes y sus familiares. Asegurarse de que una persona esté físicamente cómoda y que no sienta dolor es extremadamente importante.

Los pacientes con cáncer avanzado y con una expectativa de vida inferior a los seis meses

pueden considerar un tipo de cuidados paliativos llamado cuidados para enfermos terminales. Este tipo de cuidados está pensado para proporcionar la mejor calidad de vida posible para las personas que están cerca de la etapa final de la vida. Se recomienda que usted y su familia piensen dónde estaría más cómodo: en el hogar, en el hospital o en un centro para enfermos terminales. El cuidado de enfermería y los equipos especiales pueden hacer que permanecer en el hogar sea una alternativa factible para muchas familias. Obtenga más información sobre la planificación de la atención para tratar el cáncer en etapa avanzada [18].

Después de la muerte de un ser querido, muchas personas necesitan apoyo para sobrellevar la pérdida. Obtenga más información sobre el sufrimiento y pérdida [19] (en inglés).

La próxima sección ayuda a explicar los estudios clínicos, que son estudios de investigación. Utilice el menú ubicado al lado de la pantalla para seleccionar Acerca de los estudios clínicos o puede seleccionar otra sección para continuar leyendo esta guía.

Links:

- [1] <http://www.cancer.net/node/18268>
- [2] <http://www.cancer.net/about-us>
- [3] <http://www.cancer.net/es/node/18269>
- [4] <http://www.cancer.net/es/node/18273>
- [5] <http://www.cancer.net/node/25356>
- [6] <http://www.cancer.net/es/node/18271>
- [7] <http://www.cancer.net/node/24582>
- [8] <http://www.cancer.net/es/node/18334>
- [9] <http://www.cancer.net/es/node/18406>
- [10] <http://www.cancer.net/node/24473>
- [11] <http://www.cancer.net/node/25369>
- [12] <http://www.cancer.net/es/node/18407>
- [13] <http://www.cancer.net/es/node/18403>
- [14] <http://www.cancer.net/es/node/18376>
- [15] <http://www.cancer.net/node/25355>
- [16] <http://www.cancer.net/node/25241>
- [17] <http://www.cancer.net/node/25042>
- [18] <http://www.cancer.net/es/node/18341>
- [19] <http://www.cancer.net/node/25111>