

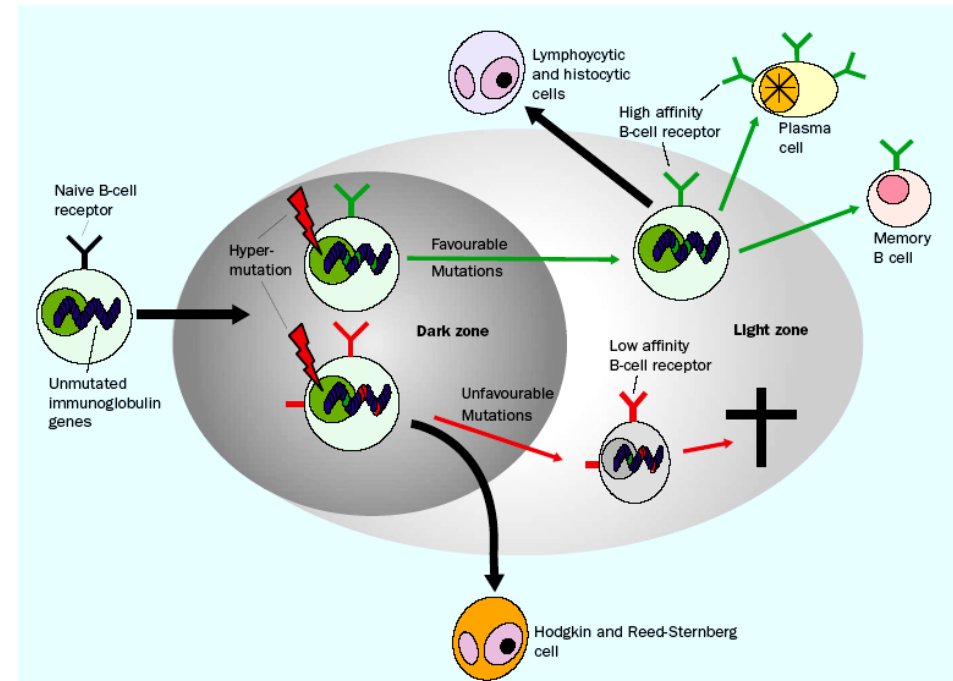
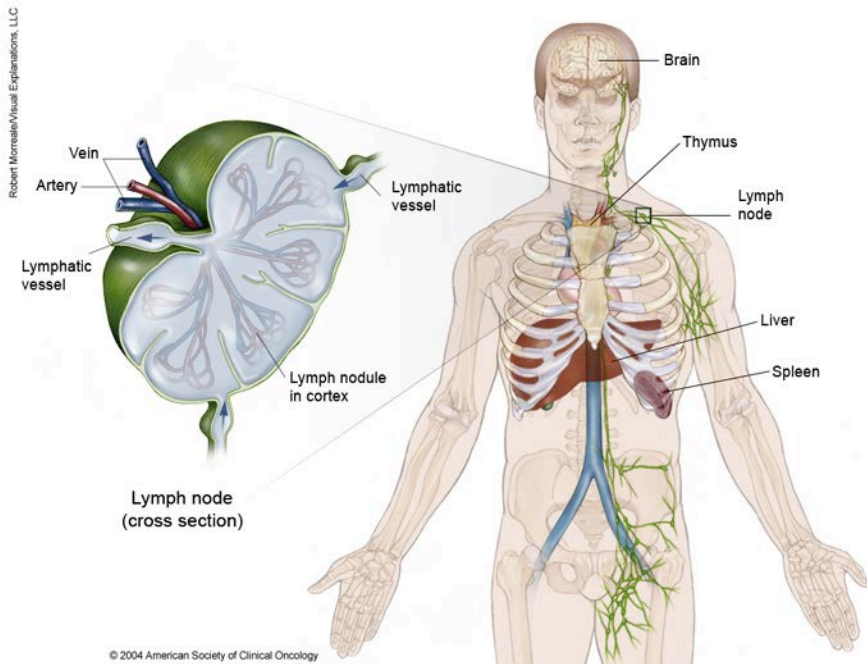
Diagnóstico y tratamiento del linfoma de Hodgkin

Dr. Antonio Rueda Domínguez
Área de Oncología
Hospital Costa del Sol
Marbella



CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**
Siéntete como en casa

¿Qué es el linfoma de Hodgkin?



¿A quién afecta?

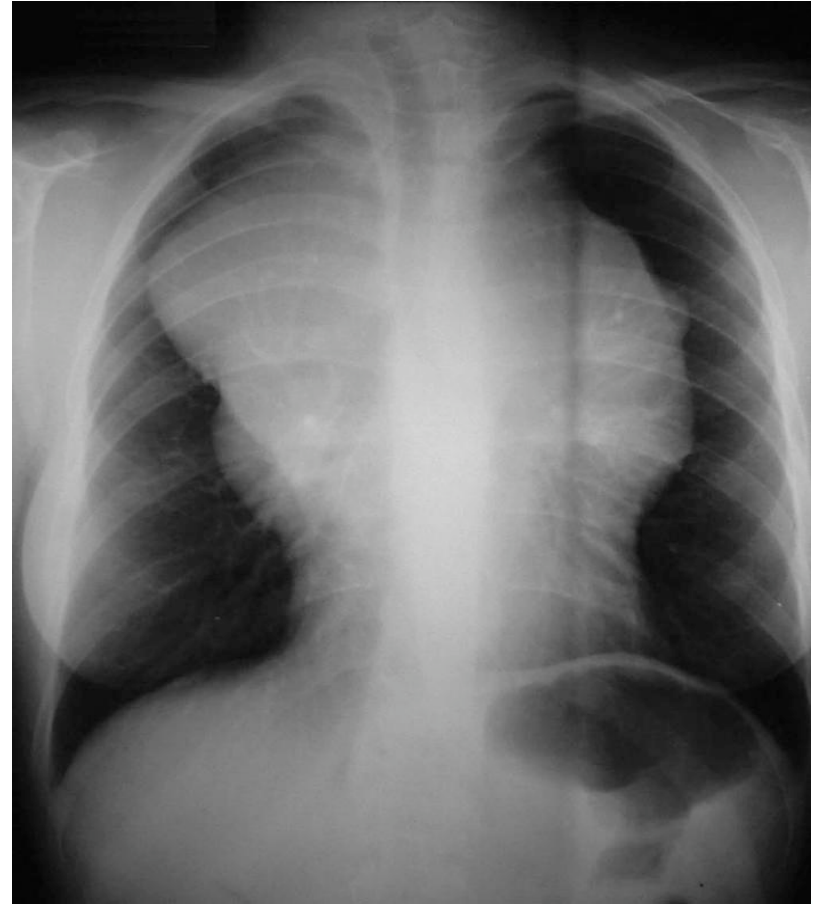
- **Incidencia:**
 - Hombres: 2,5 casos nuevos/100.000 habitantes/año.
 - Mujeres: 2,1 casos nuevos/100.000 habitantes/año.
 - 1150 casos nuevos/año en España.
- **Edad:**
 - Puede aparecer en cualquier edad.
 - Más frecuente entre 25 y 35 años.
 - Raro en menores de 14 años y en mayores de 70.

¿Cuál es su causa?

- Factores de riesgo:
 - No se asocia a factores de riesgo ambientales (radiaciones, biocidas, exposición profesional).
 - Cuando aparece en adolescentes es algo más frecuente en clases sociales medias y altas.
- Infecciones:
 - Virus de Epstein-Barr.
 - Otros agentes infecciosos desconocidos.
- Predisposición constitucional:
 - El riesgo se multiplica x 5 en familiares de afectados.
 - El riesgo se multiplica x 100 en gemelos homocigotos.
 - Existe un síndrome de linfoma de Hodgkin familiar (muy raro).

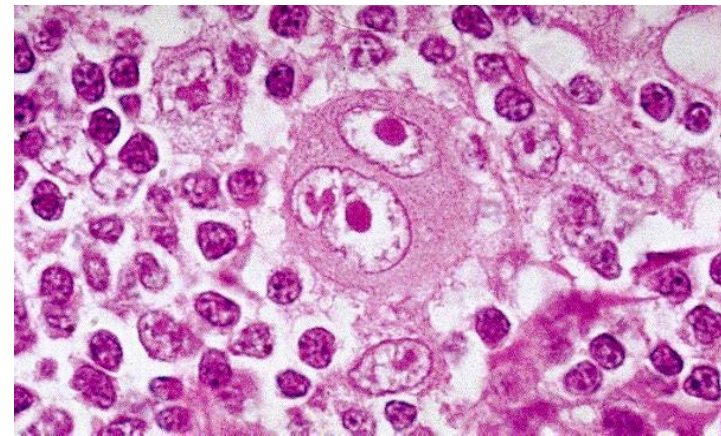
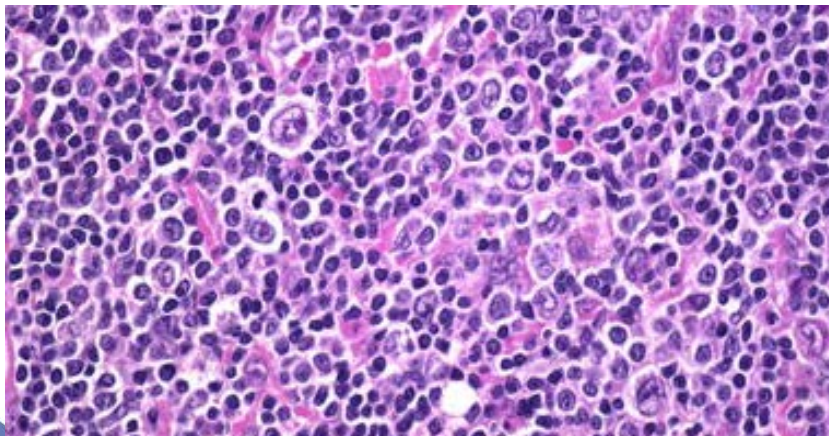
¿Cómo se manifiesta? ¿Qué signos o síntomas hacen sospechar su diagnóstico?

- Crecimiento indoloro de los ganglios linfáticos:
 - Cuello > axila > ingles.
- Síntomas por compresión de otros órganos:
 - Tórax: tos y dificultad respiratoria.
 - Abdomen: dolor de espalda.
- Síntomas generales:
 - Cansancio (con o sin anemia).
 - Anemia.
 - Síntomas B: fiebre, sudoración y pérdida de peso.
 - Prurito.
 - Dolor en los ganglios linfáticos tras tomar alcohol (signo de Oster).



Diagnóstico

- Requiere una biopsia ganglionar:
 - Adenectomía: ganglio entero.
 - Biopsia ganglionar en cuña: debe incluir la cápsula ganglionar.
 - Biopsia mediante punción con aguja gruesa: obtiene un cilindro de tejido.
 - La citología por punción ganglionar con aguja fina sólo permite orientar el diagnóstico (no lo confirma).

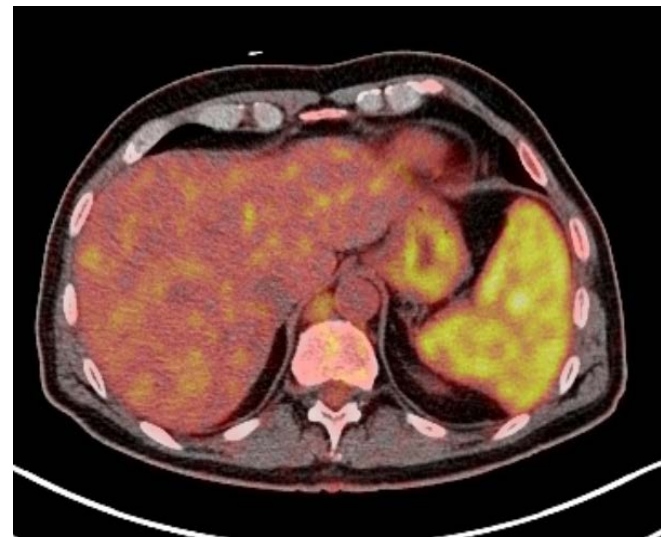
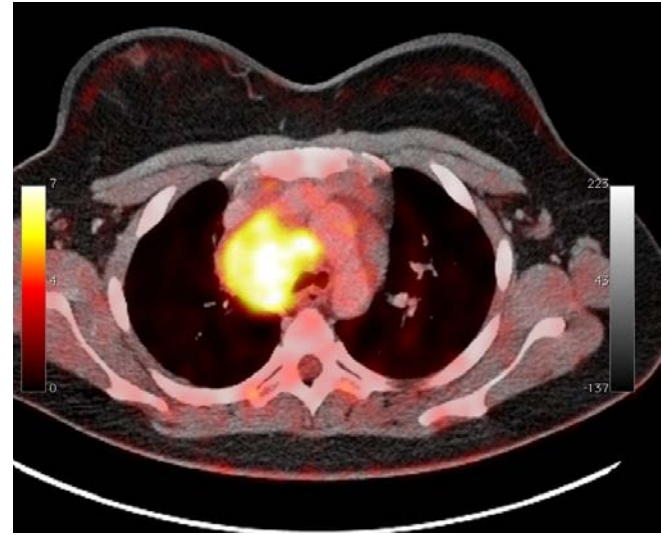
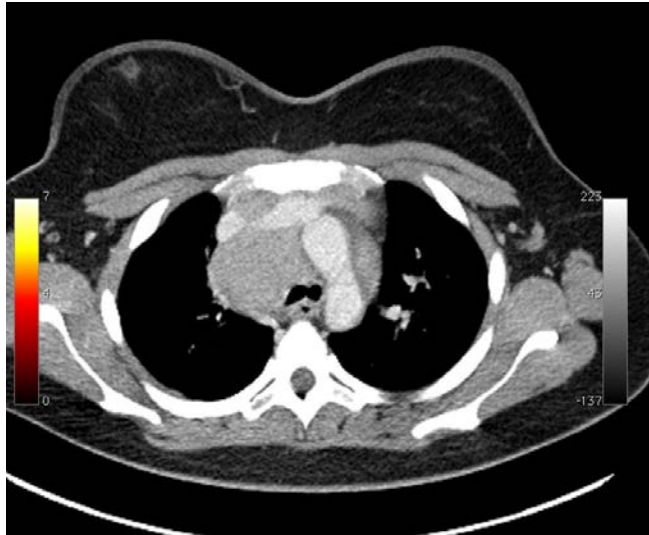


Tipos de linfoma de Hodgkin

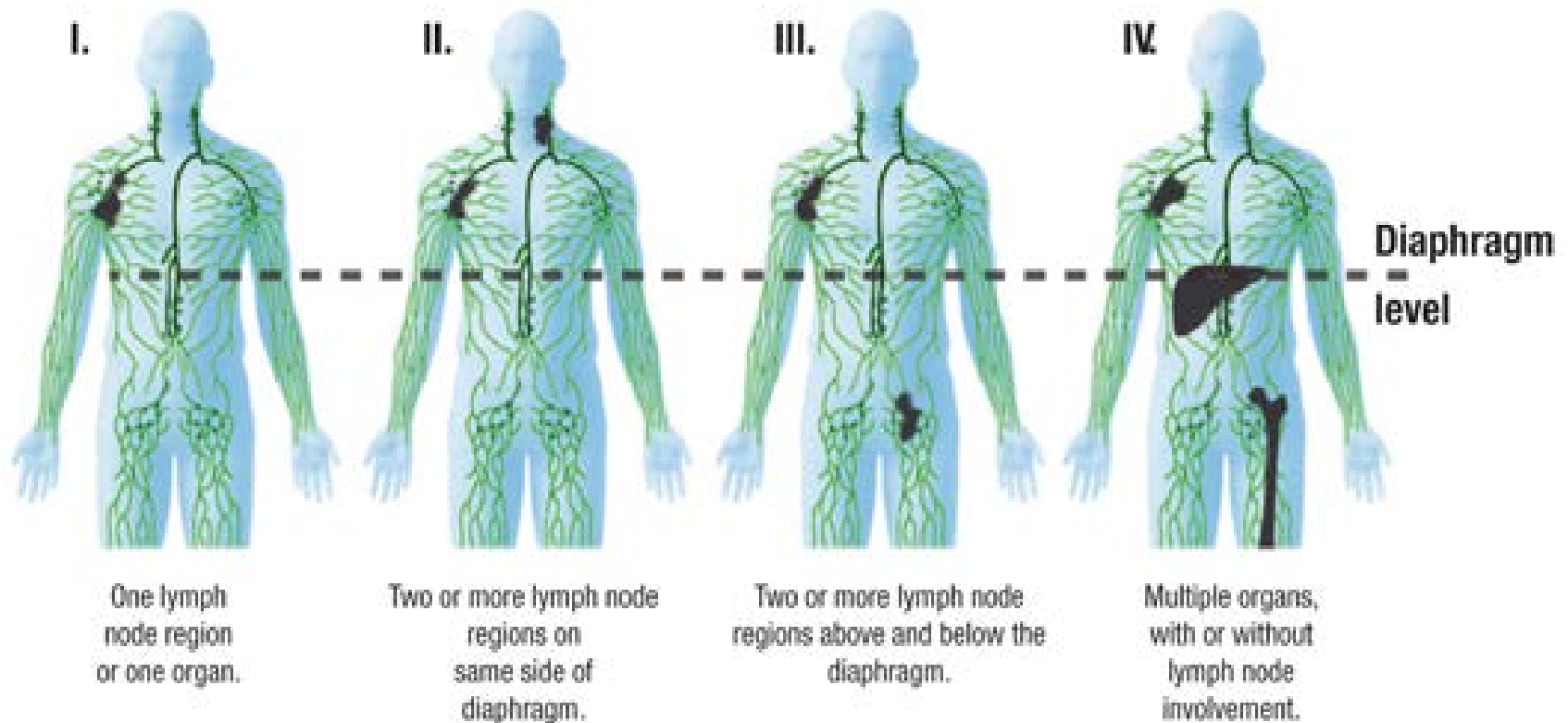
- Linfoma de Hodgkin clásico (95%):
 - LHC esclerosis nodular (60%).
 - LHC celularidad mixta (25%).
 - LHC rico en linfocitos (5%).
 - LHC depleción linfocítica (<5%).
- Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular (5%):
 - Comportamiento muy poco agresivo.
 - La mayoría se diagnostica como estadio localizado.
 - El tratamiento suele ser menos intenso.

Estudio de extensión y estudio pretratamiento

- **Objetivos:**
 - Determinar la extensión de la enfermedad en los ganglios linfáticos y en órganos no ganglionares (médula ósea, hígado, pulmón y hueso).
 - Evaluación de órganos como los pulmones, el corazón y la médula ósea para determinar su grado de tolerancia a los efectos adversos del tratamiento.
 - Evaluar los sistemas encargados de la eliminación de los metabolitos de la quimioterapia: hígado, riñón, estado nutricional.



Estadios o etapas del linfoma de Hodgkin



Grupos pronósticos

- Estadios iniciales (25%):
 - Estadios I y II.
 - Sin factores de riesgo.
- Estadios intermedios (45%):
 - Estadios I y II.
 - Con factores de riesgo:
 - Masa ganglionar > 10 cm.
 - Afectación extraganglionar.
 - Síntomas B y/o VSG elevada.
 - Más de 2 áreas ganglionares afectadas.
- Estadios avanzados (30%):
 - Estadios III y IV.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento del linfoma de Hodgkin es igualar la probabilidad de supervivencia y calidad de vida del paciente con la de la población general sana de su misma edad y sexo.



CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**
Siéntete como en casa

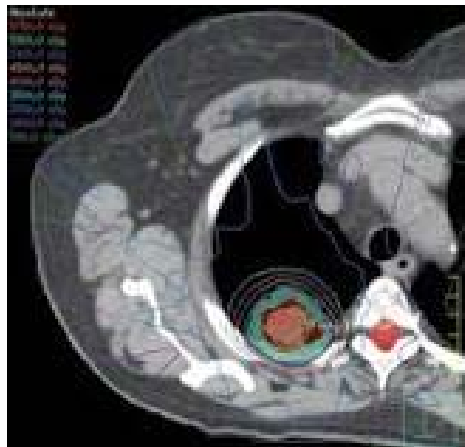
Peculiaridades del tratamiento

- Aspectos positivos:
 - Alta tasa de curaciones.
 - Existen tratamientos curativos para los pacientes que recaen una o más veces.
 - Para los pocos pacientes que no se curan disponemos de tratamiento para controlar la enfermedad a largo plazo con buena calidad de vida.
- Precauciones:
 - Afecta a pacientes jóvenes más sensibles a la toxicidad tardía de los tratamientos.
 - Riesgo de secuelas:
 - Graves.
 - Alteran la calidad de vida.

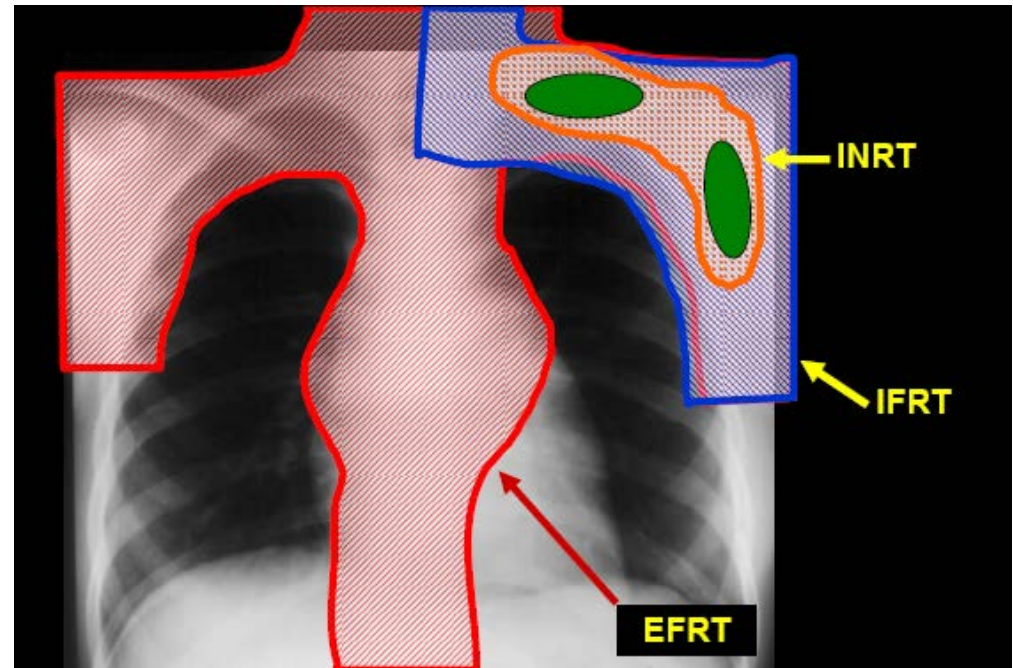
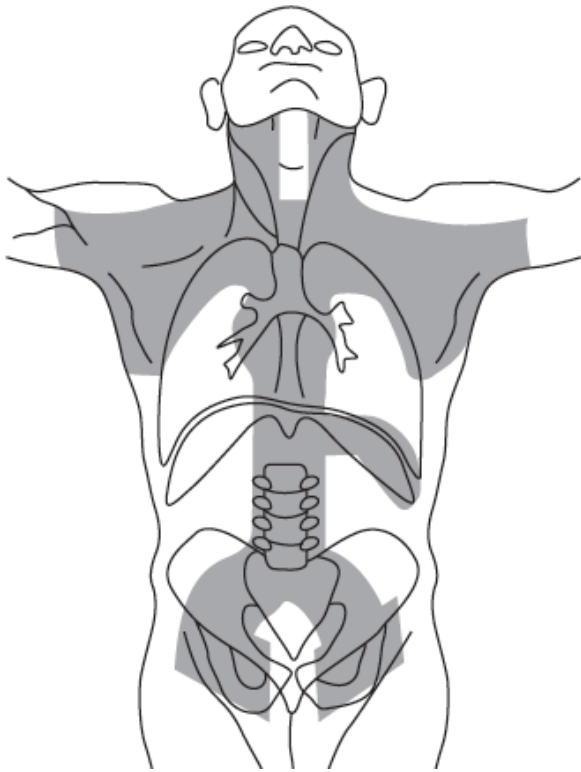
Tratamientos disponibles

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Tratamiento combinado: QT seguido de RT.
- Quimioterapia a altas dosis seguido de trasplante autólogo de médula ósea.
- Inmunotoxinas.
- Inmunoterapia.

Radioterapia



Evolución de los campos de irradiación



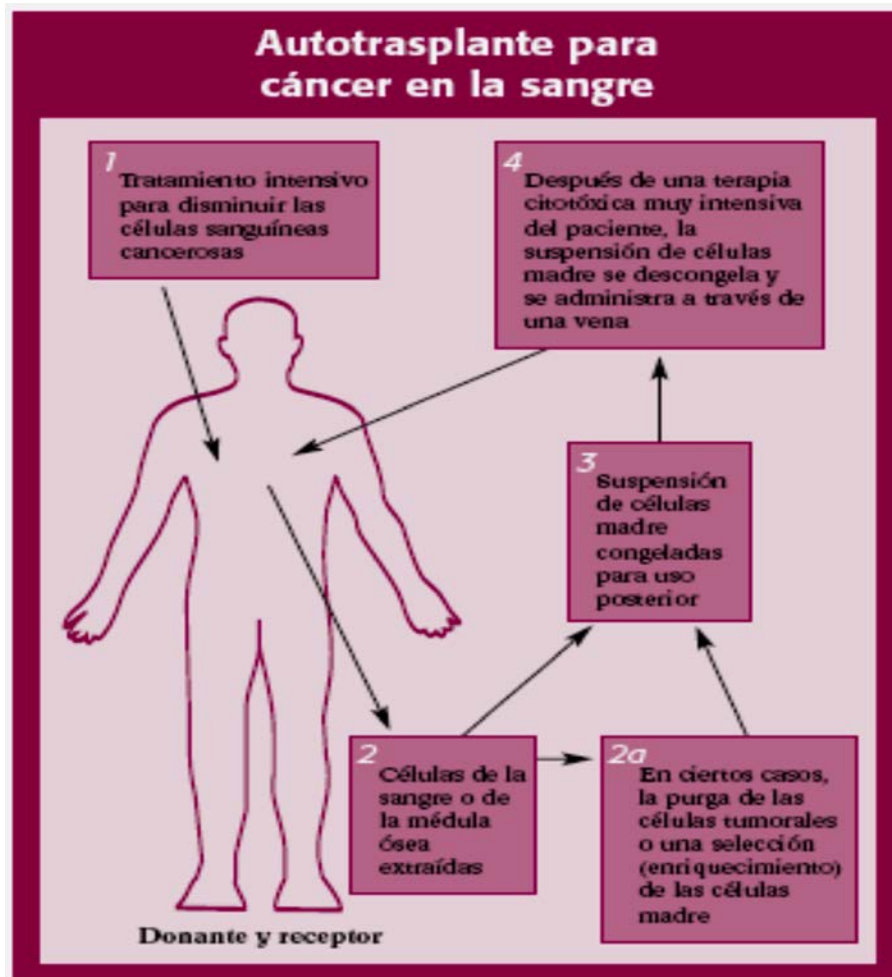
Quimioterapia

- Primera generación:
 - **MOPP** (mecloretamina, vincristina, procarbaccina, prednisona).
- Segunda generación:
 - **ABVD** (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbaccina).
- Tercera generación:
 - **MOPP/ABVD**; **MOPP/ABV** híbrido.
- Cuarta generación:
 - **BEACOPP** escalado (bleomicina, etopósido, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbaccina, prednisona).

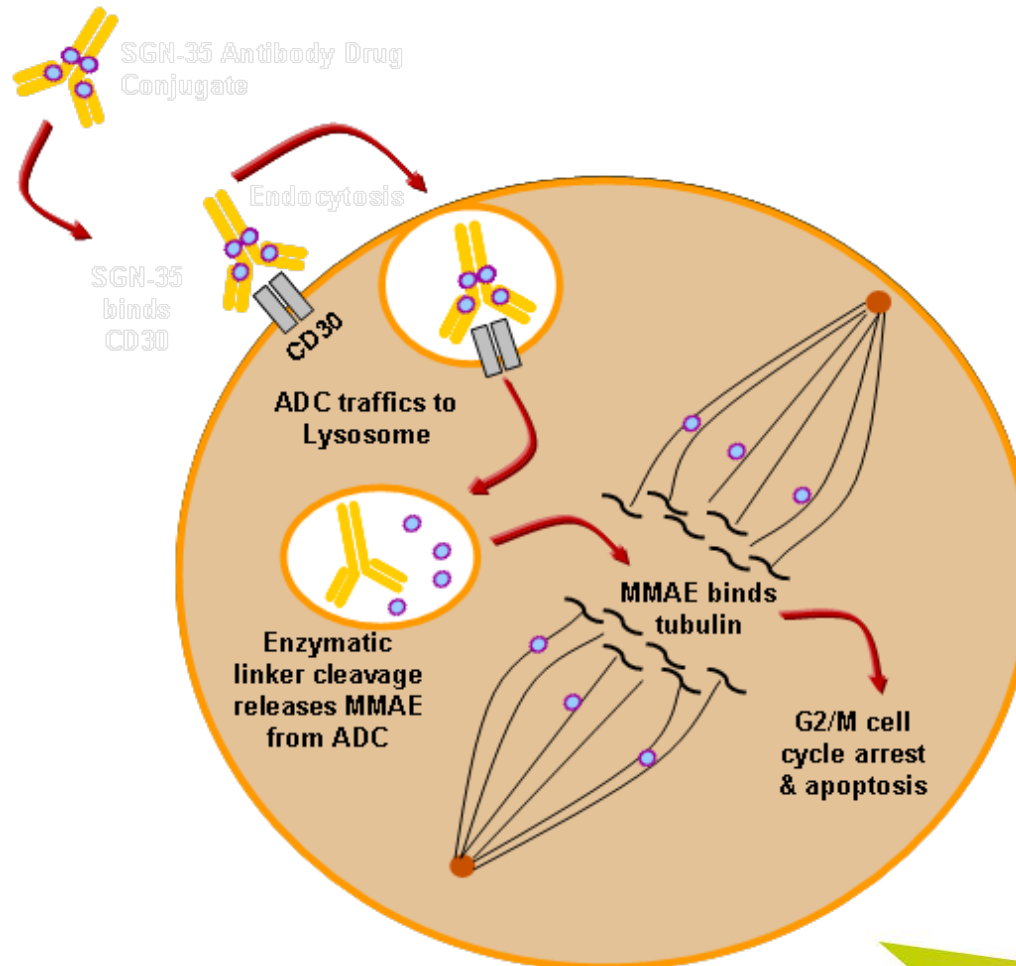
Quimioterapia

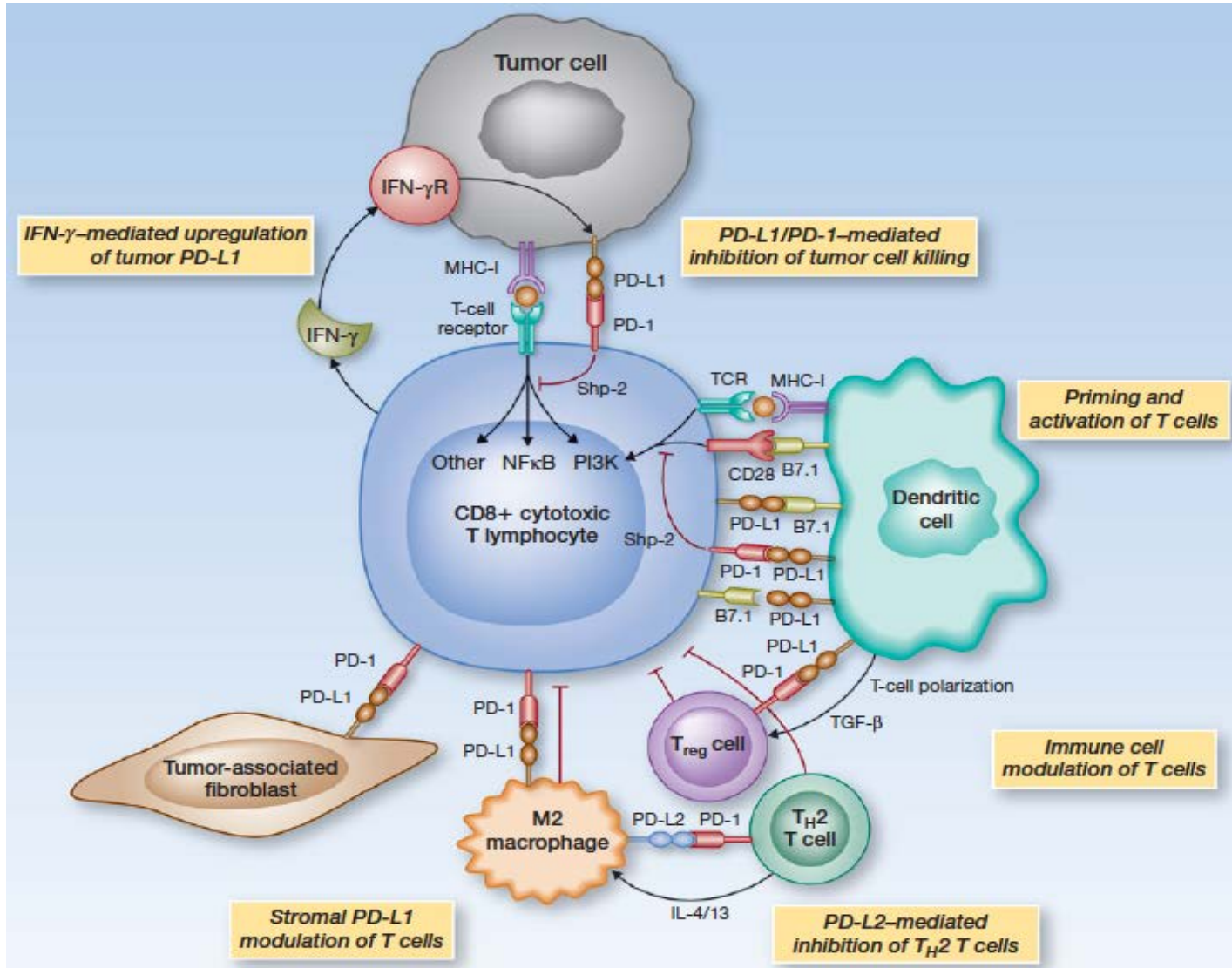
- Tratamiento de rescate:
 - **ESHAP** (etopósido, metilprednisolona, ARA-C, cisplatino).
 - **ICE** (ifosfamida, caboplatino, etopósido).
 - **GPD** (gemcitabina, cisplatino, dexametasona)
- Quimioterapia a altas dosis:
 - **BEAM** (BCNU, etopósido, ARA-C, melfalan).
- Monoterapia:
 - Vinblastina, gemcitabina, ciclofosfamida, vinorelbina, adriamicina liposomal, bendamustina.
- Metronómica.

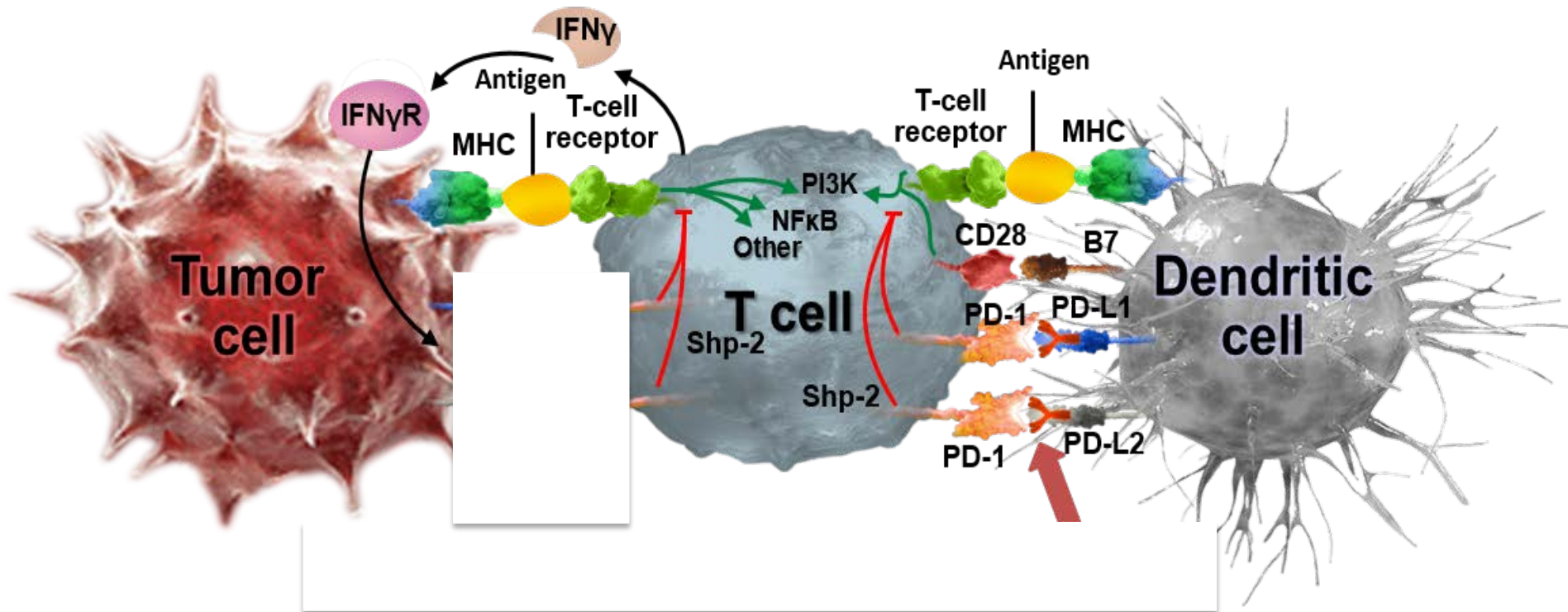
Quimioterapia a altas dosis seguida de rescate con trasplante de células hematopoyéticas



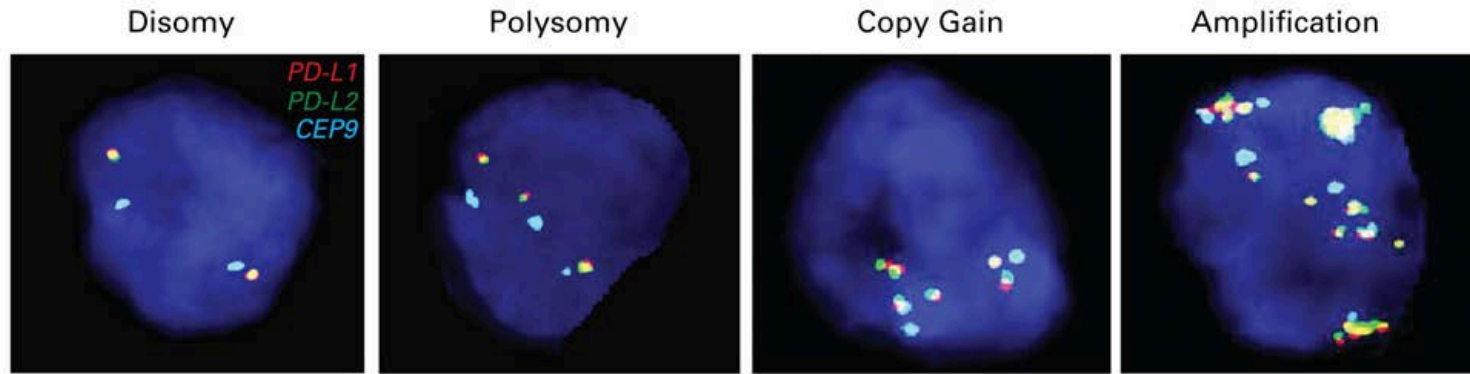
Brentuximab vedotin (inmunotoxina)



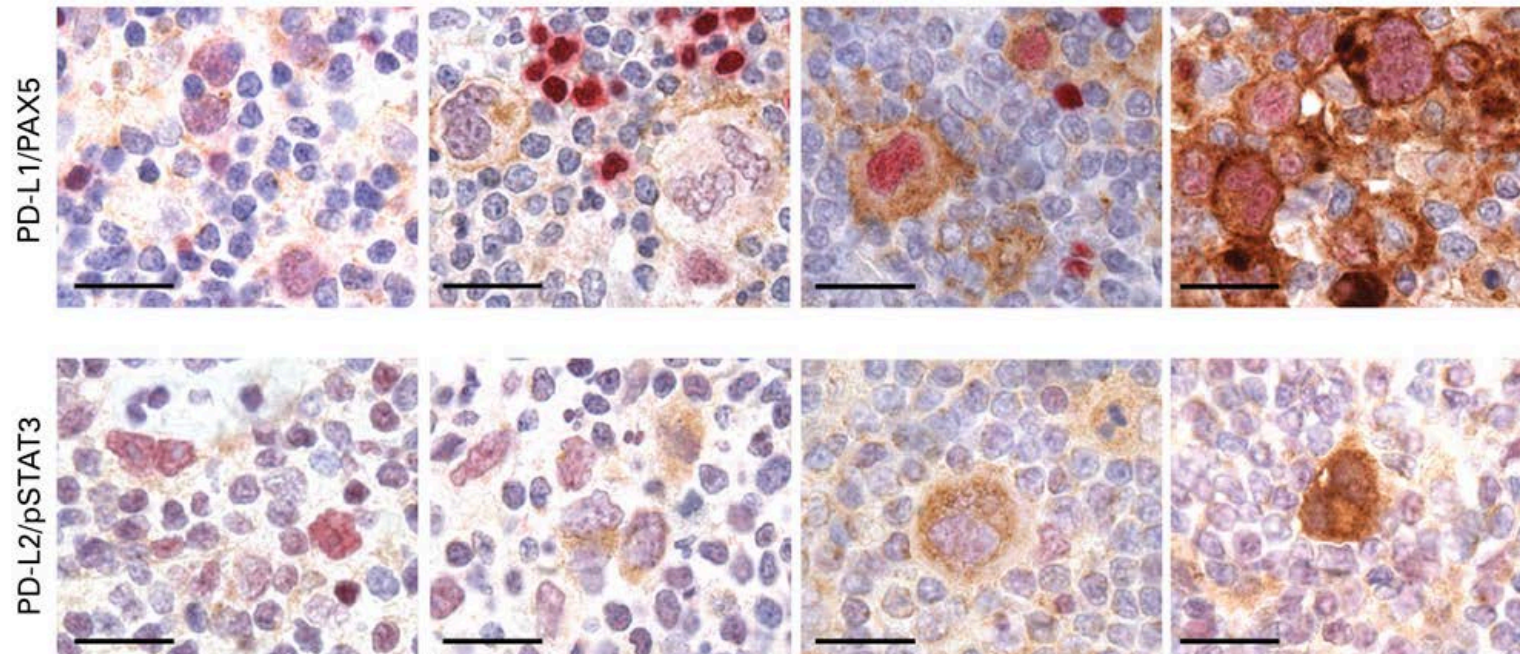


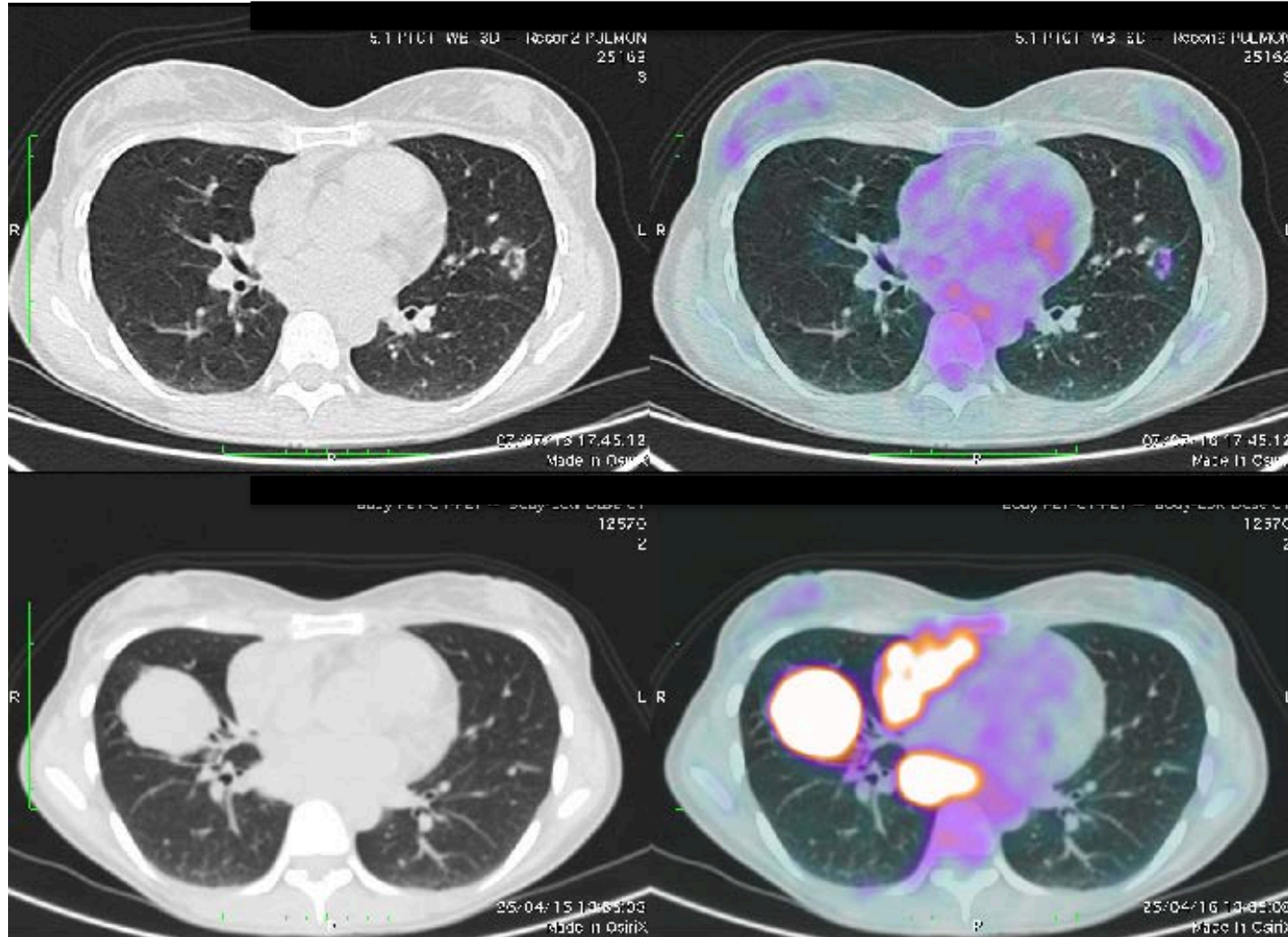


B



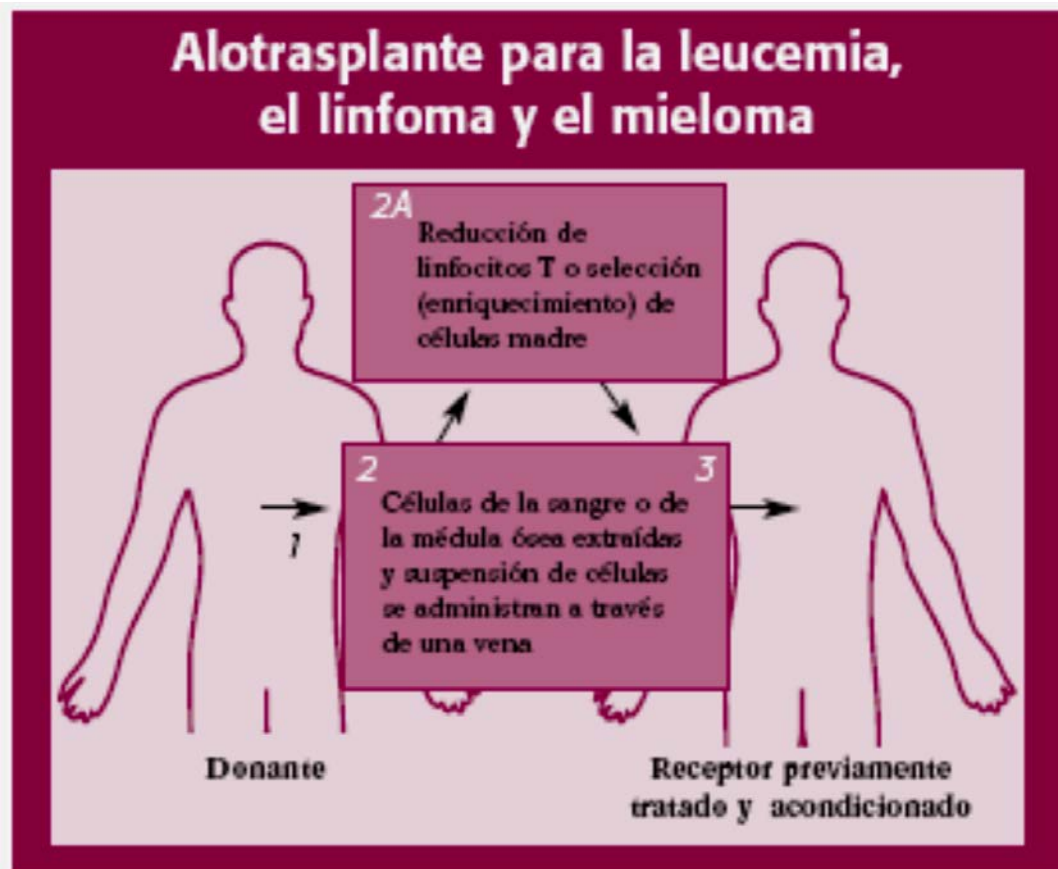
C





Nivolumab y pembrolizumab

Transplante minialogénico



Emparentado/No emparentado/Haploidéntico

Tratamiento de los estadios iniciales

- Control de la enfermedad con el primer tratamiento: 90-95%.
- Tasa global de curaciones: 98-99%.
- Tratamientos aceptados:
 - 2 ciclos de ABVD + Radioterapia áreas afectadas (20 Gy).
 - 4 ciclos de quimioterapia ABVD.

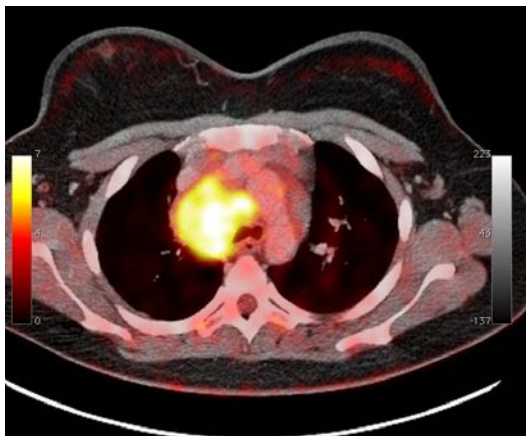
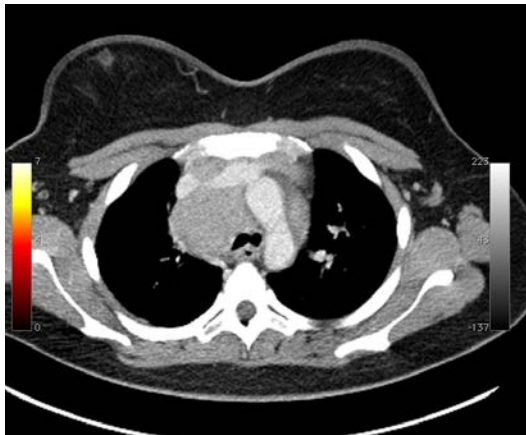
Tratamiento de los estadios intermedios

- Control de la enfermedad con el primer tratamiento: 85-90%.
- Tasa global de curaciones: 95%.
- Tratamientos aceptados:
 - 4 ciclos de ABVD + Radioterapia áreas afectadas (30 Gy).
 - 6 ciclos de quimioterapia ABVD.

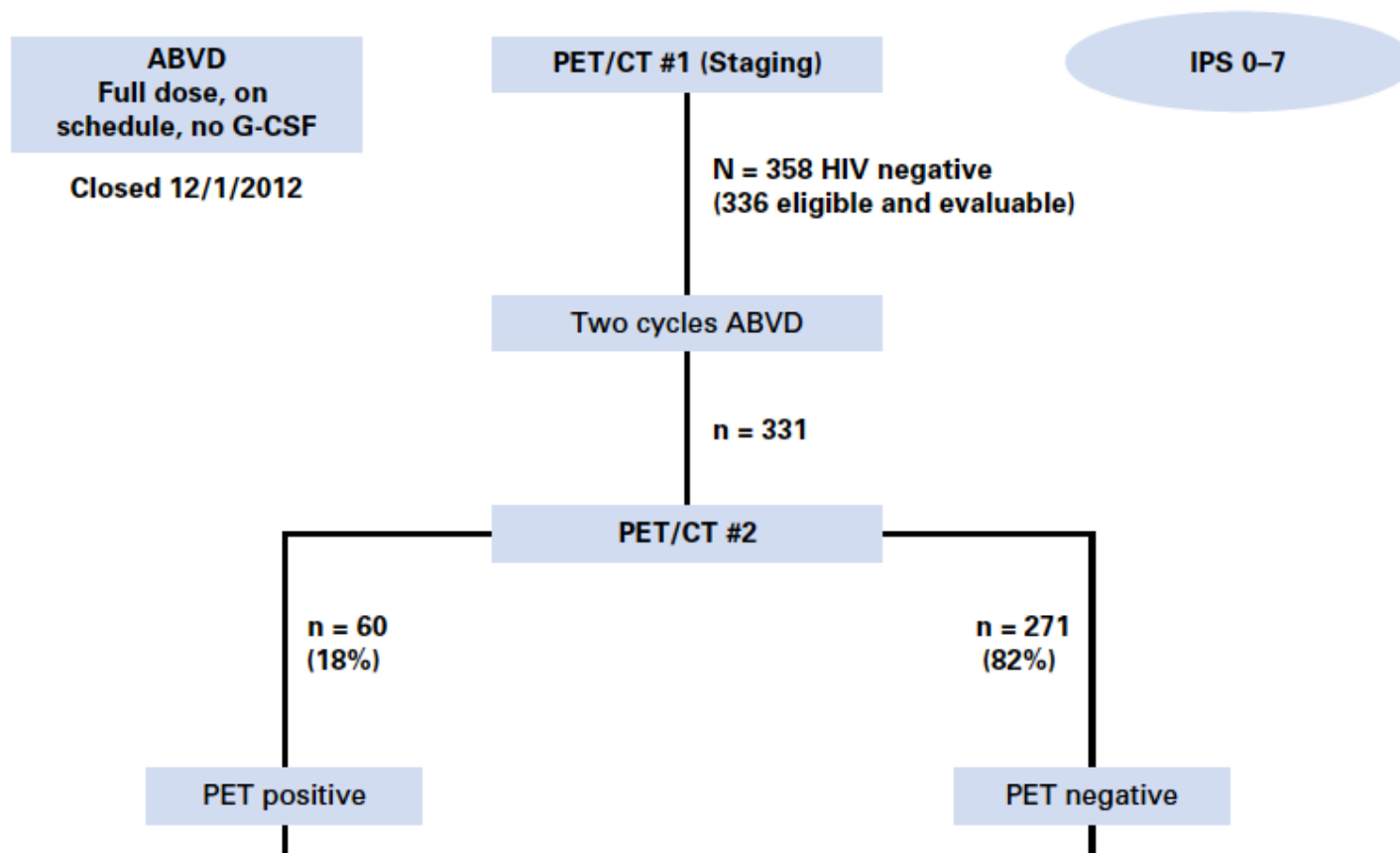
Tratamiento de los estadios avanzados

- La mayoría de los pacientes alcanza la curación.
- Tratamientos aceptados:
 - 6-8 ciclos de ABVD.
 - 6 ciclos de BEACOPP escalado.
- Sólo debe asociarse radioterapia en los siguientes casos:
 - Remisión parcial tras la quimioterapia con PET positivo.

Utilidad del PET/TC para disminuir la intensidad del tratamiento



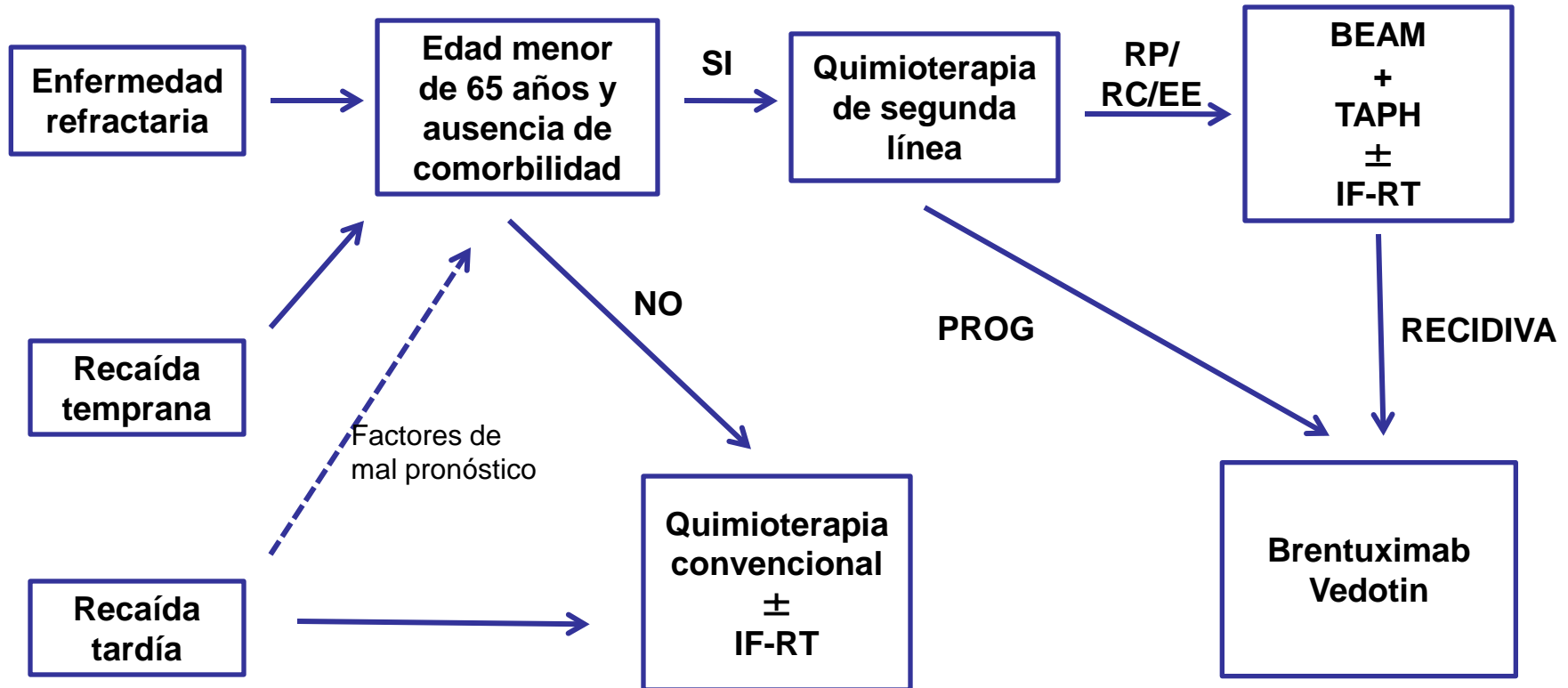
Tratamiento adaptado al resultado del PET interino



Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico

- Estadios I: Radioterapia sobre el área afectada.
- Resto de estadios: mismo tratamiento que el linfoma de Hodgkin clásico.

Tratamiento de la recaída



Seguimiento



CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**
Siéntete como en casa

Objetivos del seguimiento

- Detectar precozmente las recaídas
 - Los primeros 3-5 años.
- Vigilar y prevenir la aparición de secuelas tardías
 - Segundas neoplasias
 - Cribado del cáncer de mama en mujeres irradiadas
 - Abandonar el tabaco
 - Complicaciones cardiovasculares
 - Controlar otros factores de riesgo: hipertensión, obesidad, colesterol, sedentarismo.

Toxicidad y secuelas



CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**
Siéntete como en casa

Toxicidad aguda

- Habitual de la quimioterapia: vómitos, alopecia, mucositis, infecciones, etc.
- Dermografismo.
- Extravasaciones.
- Toxicidad pulmonar.

Toxicidad tardía/secuelas

- Esterilidad.
- Hipotiroidismo.
- Diabetes.
- Inmunodeficiencia.
- Fatiga/astenia crónica.
- Toxicidad cardiovascular.
 - Miocardiopatías.
 - Accidentes vasculares isquémicos.
- Segundas neoplasias.
 - Tumores sólidos.
 - Leucemias agudas.
- Alteraciones psicológicas.
- Dificultad para la integración laboral y social.

gepac.es

901 220 110

info@gepac.es



Tengocancer



@GEPAC



grupo español de
pacientes con cáncer