



¿Que es el linfoma de Hodgkin?

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

#13congresogepac



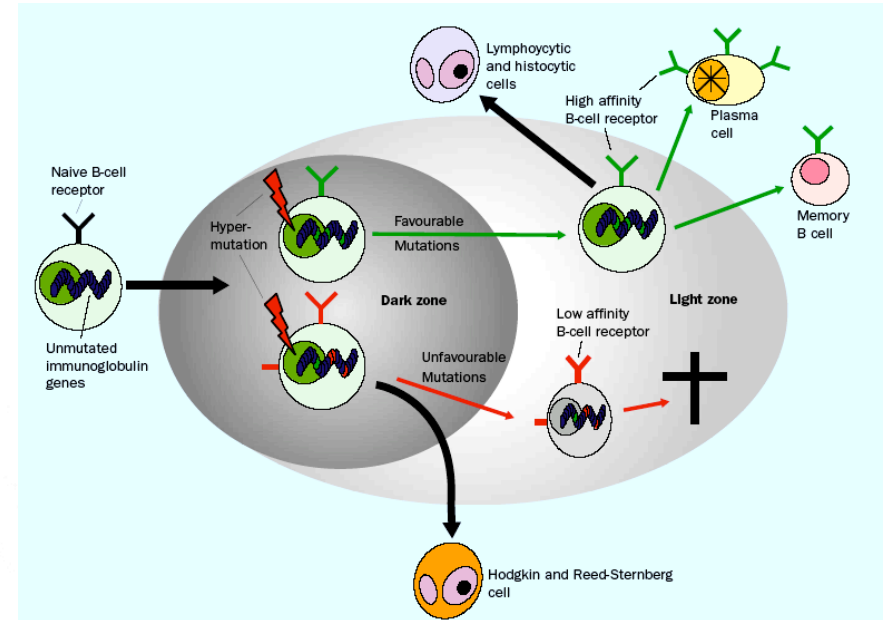
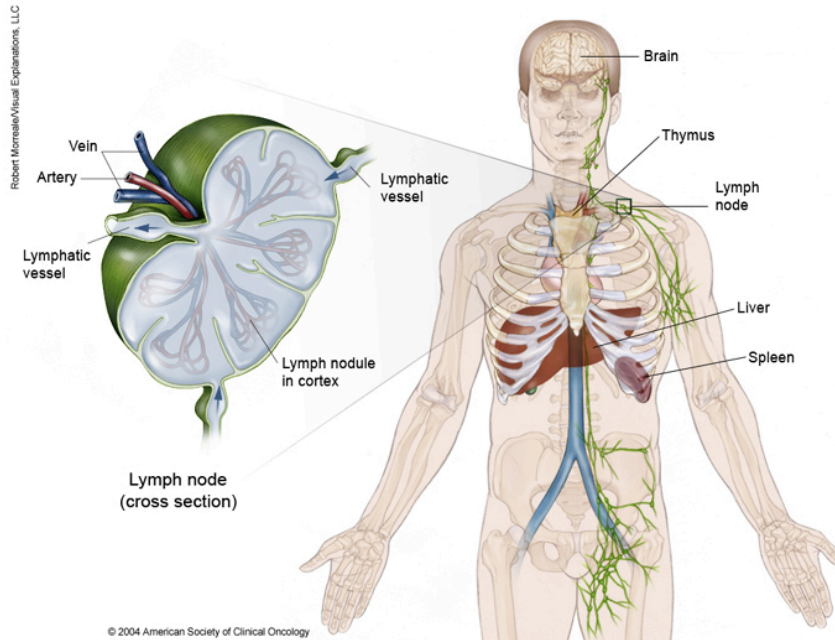
13º CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Las grandes historias comienzan aquí.

Escuela técnica
SUPERIOR DE
ARQUITECTURA
MADRID

16-18
noviembre
de 2018

¿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.
- Infrecuente en mayores de 70 años.

¿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:

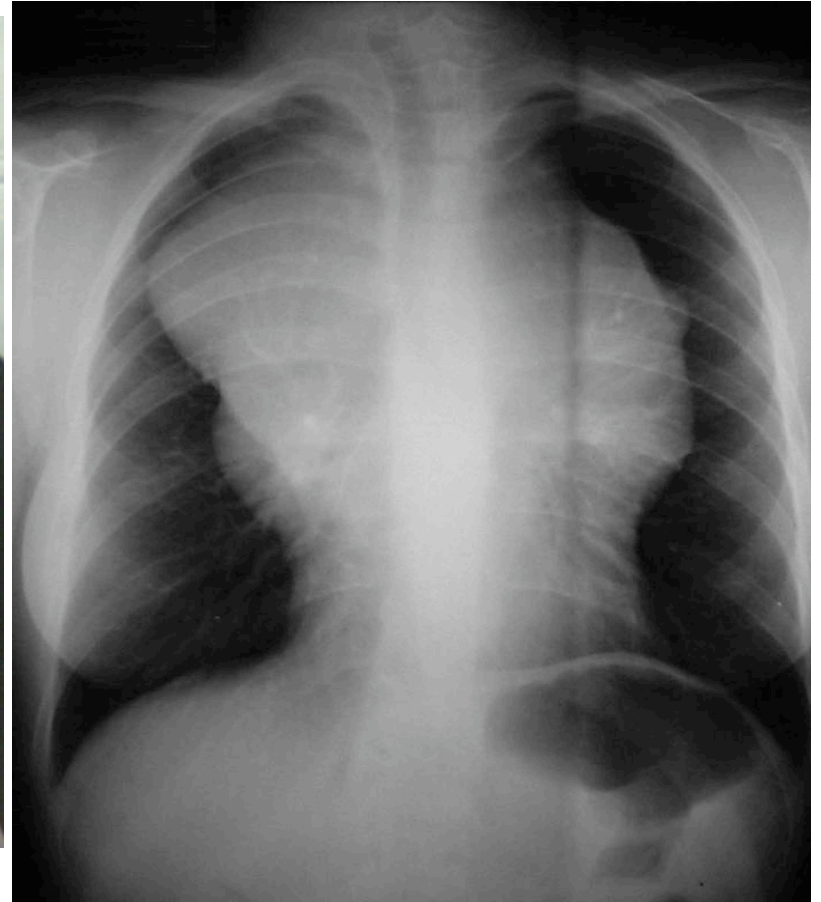
- Virus de Epstein-Barr.
- Otros agentes infecciosos desconocidos.

■ 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).

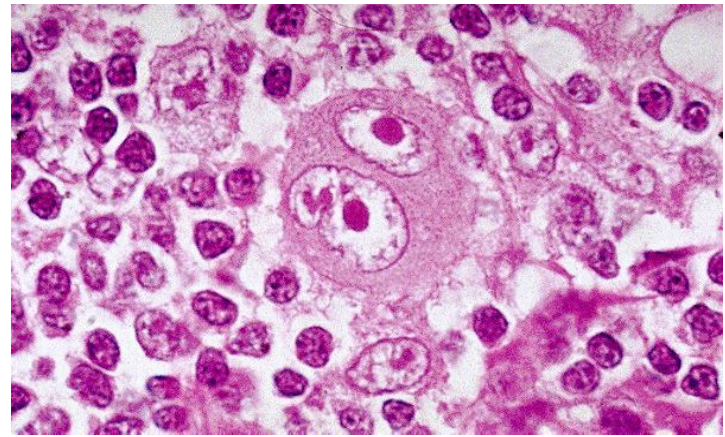
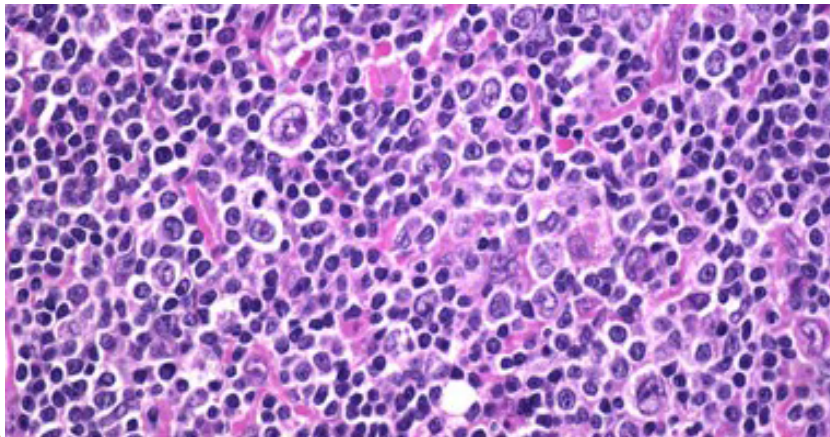
¿Cómo se manifiesta? ¿Qué signos o síntomas hacen sospechar su diagnóstico?

- 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).



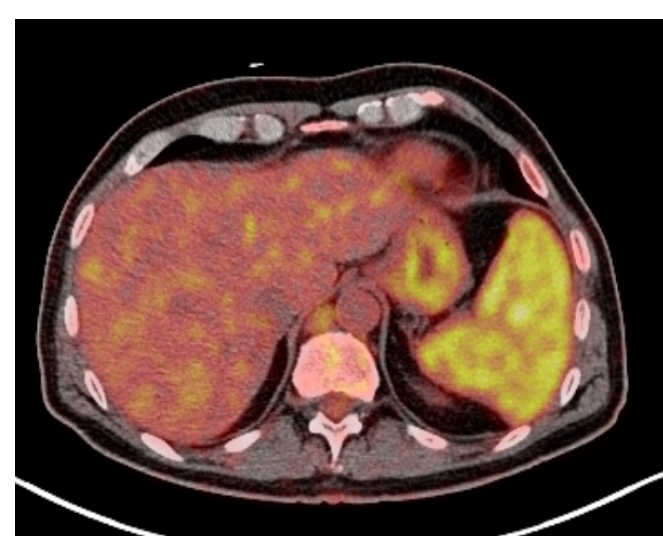
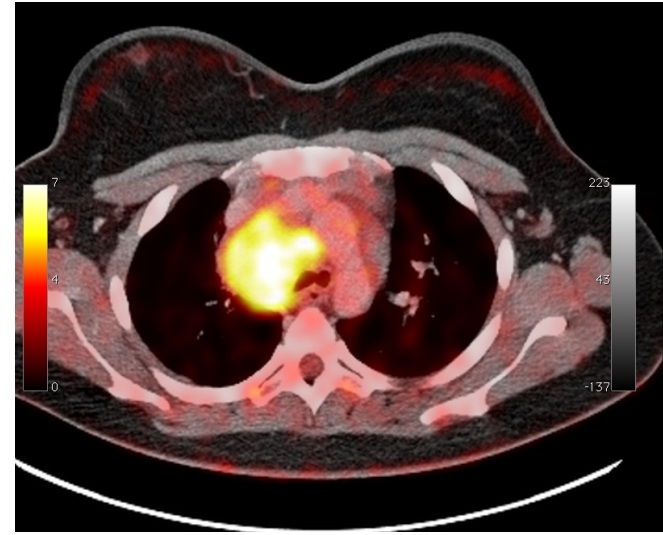
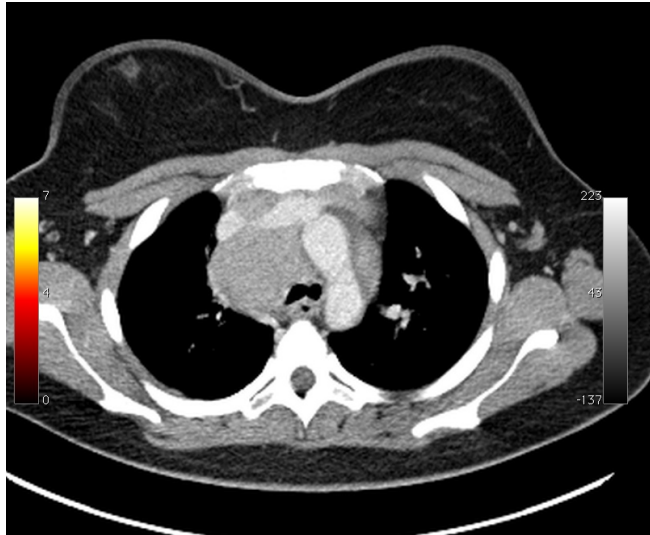
Tipos de linfoma de Hodgkin

- **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.

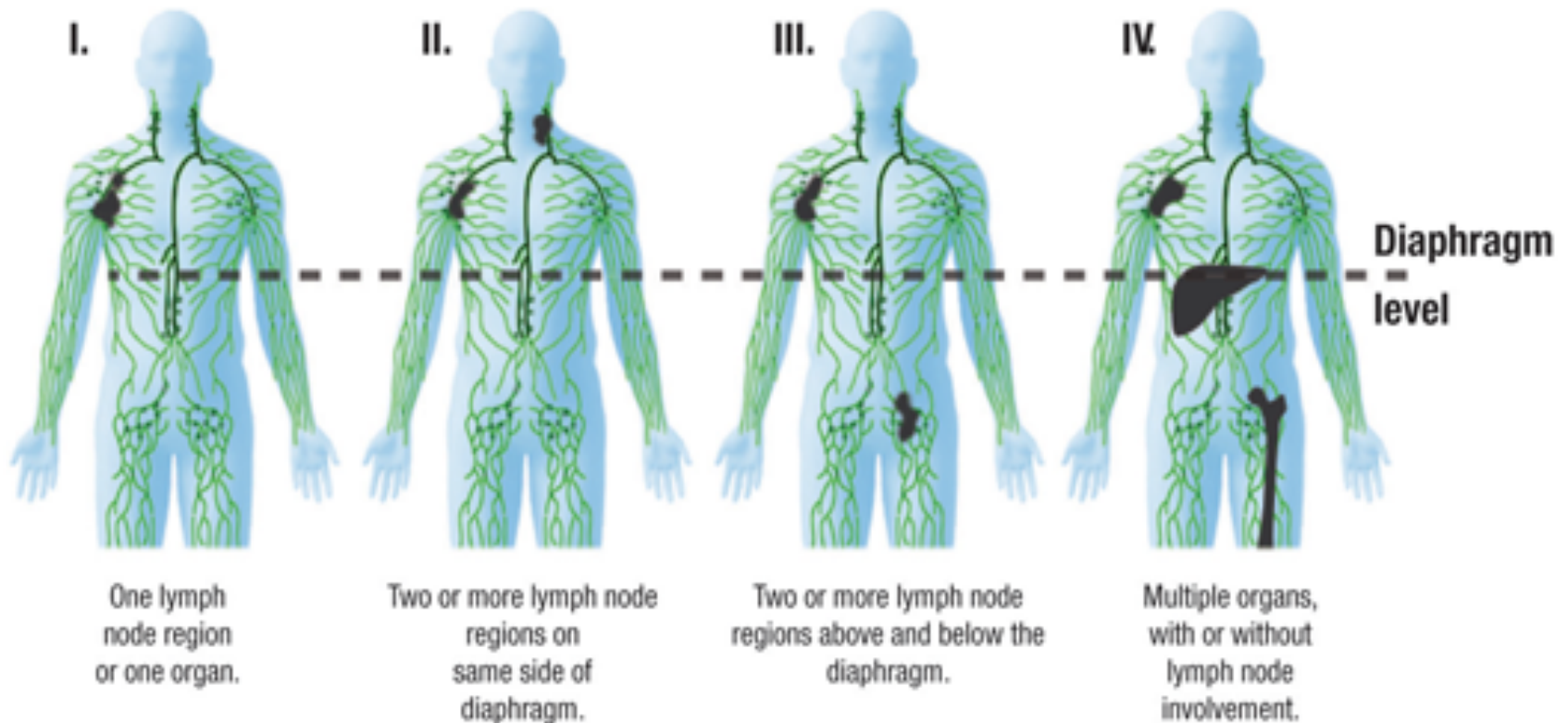
Estudio de extensión y estudio pretratamiento

■ 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.

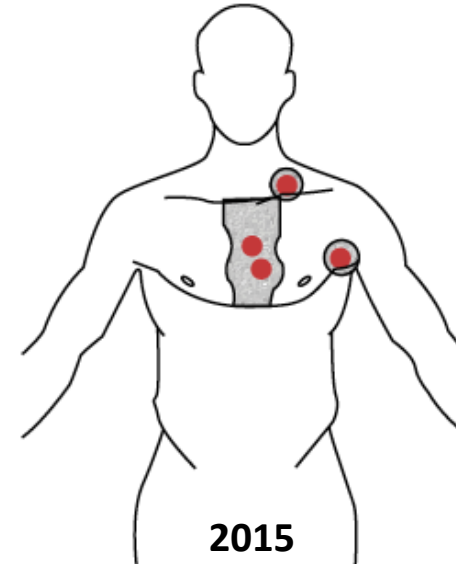
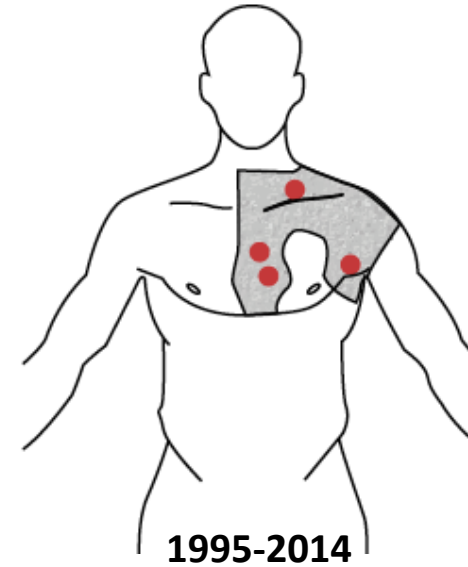
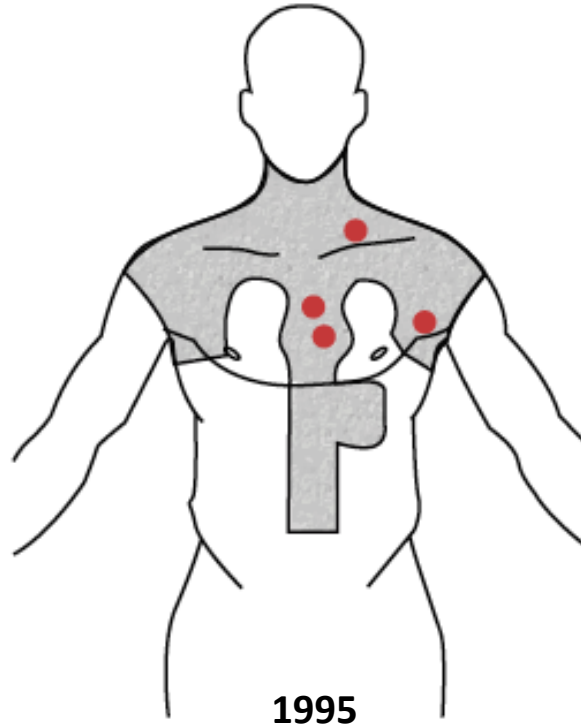
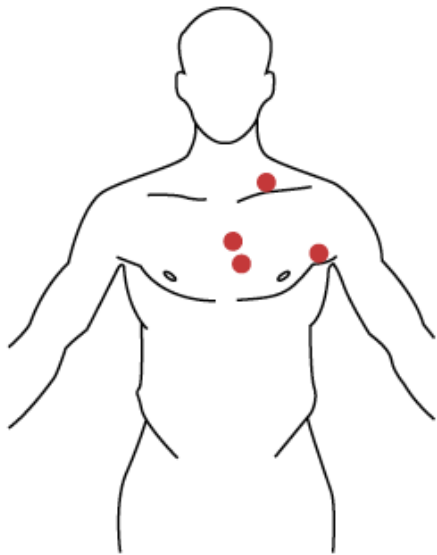


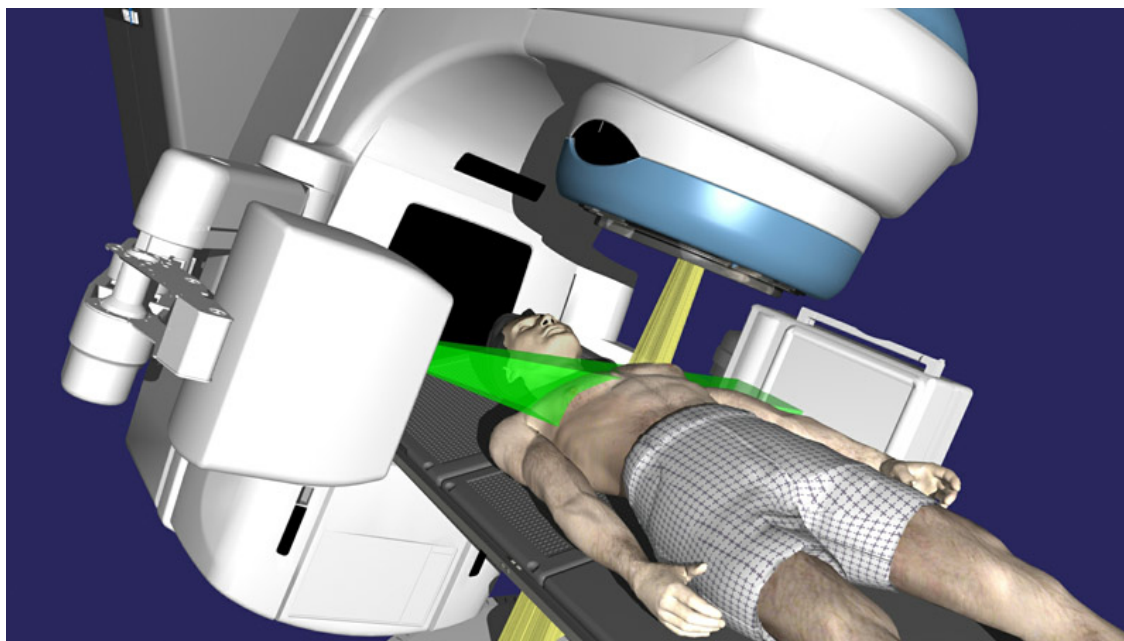
- El linfoma de Hodgkin es una enfermedad altamente curable, incluso en caso de recaída tras el primer tratamiento.
- La principal causa de muerte en los pacientes con linfoma de Hodgkin no es el propio linfoma.

Tratamientos disponibles

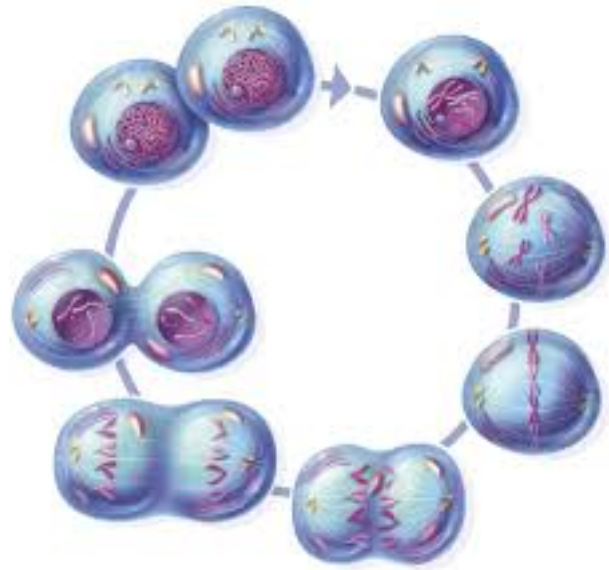
- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Tratamiento combinado: QT seguido de RT.
- Quimioterapia a altas dosis seguido de trasplante autólogo de médula ósea.
- Inmunotoxinas.
- Inmunoterapia.
- Trasplante alogénico.

Radioterapia





Quimioterapia



Quimioterapia

- Primera generación:

- **MOPP** (mecloretoxina, vincristina, procarbina, prednisona).

- Segunda generación:

- **ABVD** (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbina).

- Tercera generación:

- **MOPP/ABVD; MOPP/ABV** híbrido.

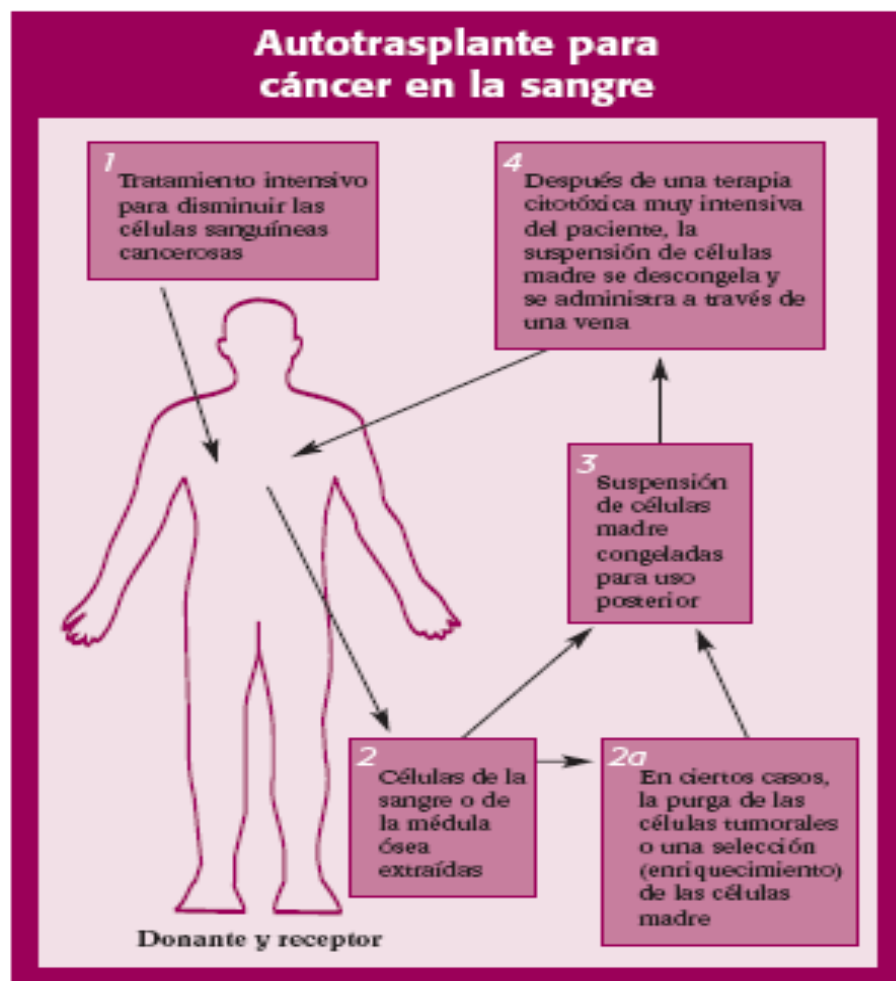
- Cuarta generación:

- **BEACOPP** escalado (bleomicina, etopósido, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbina, prednisona).

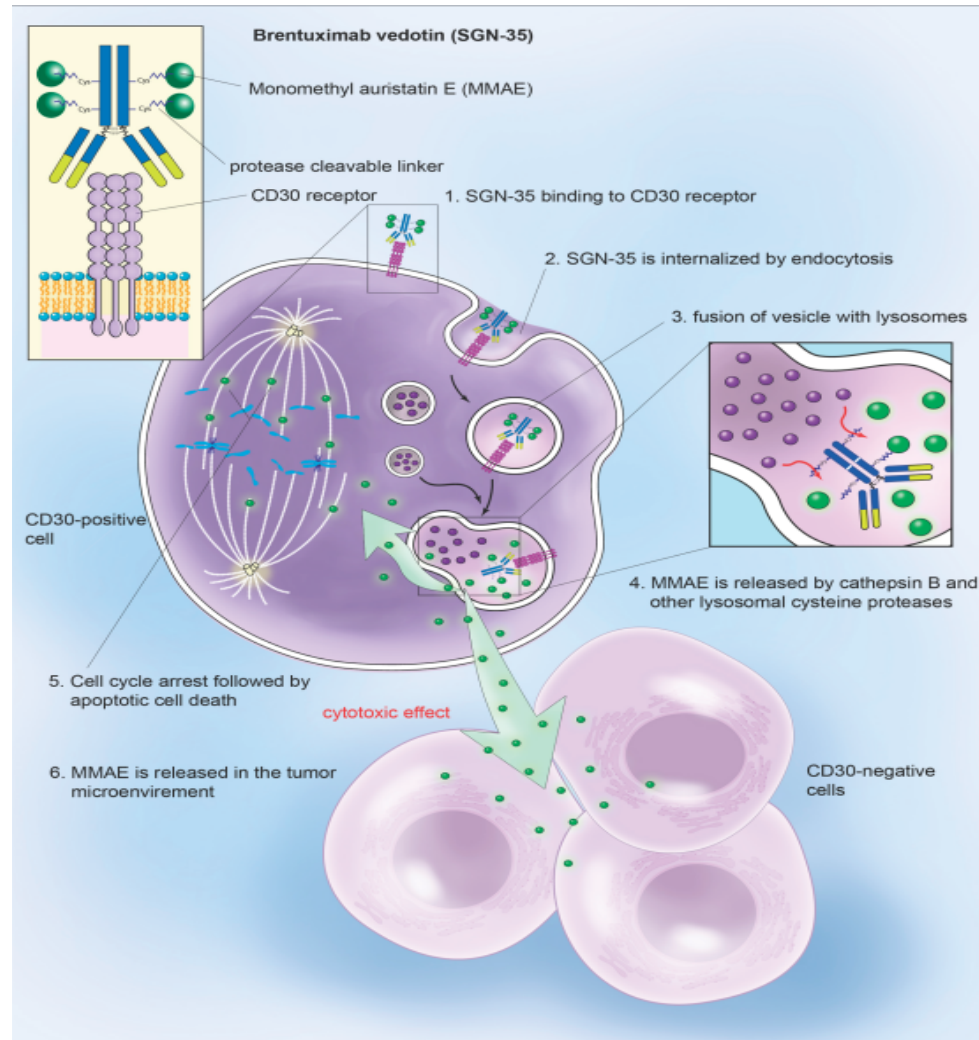
Quimioterapia

- 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.

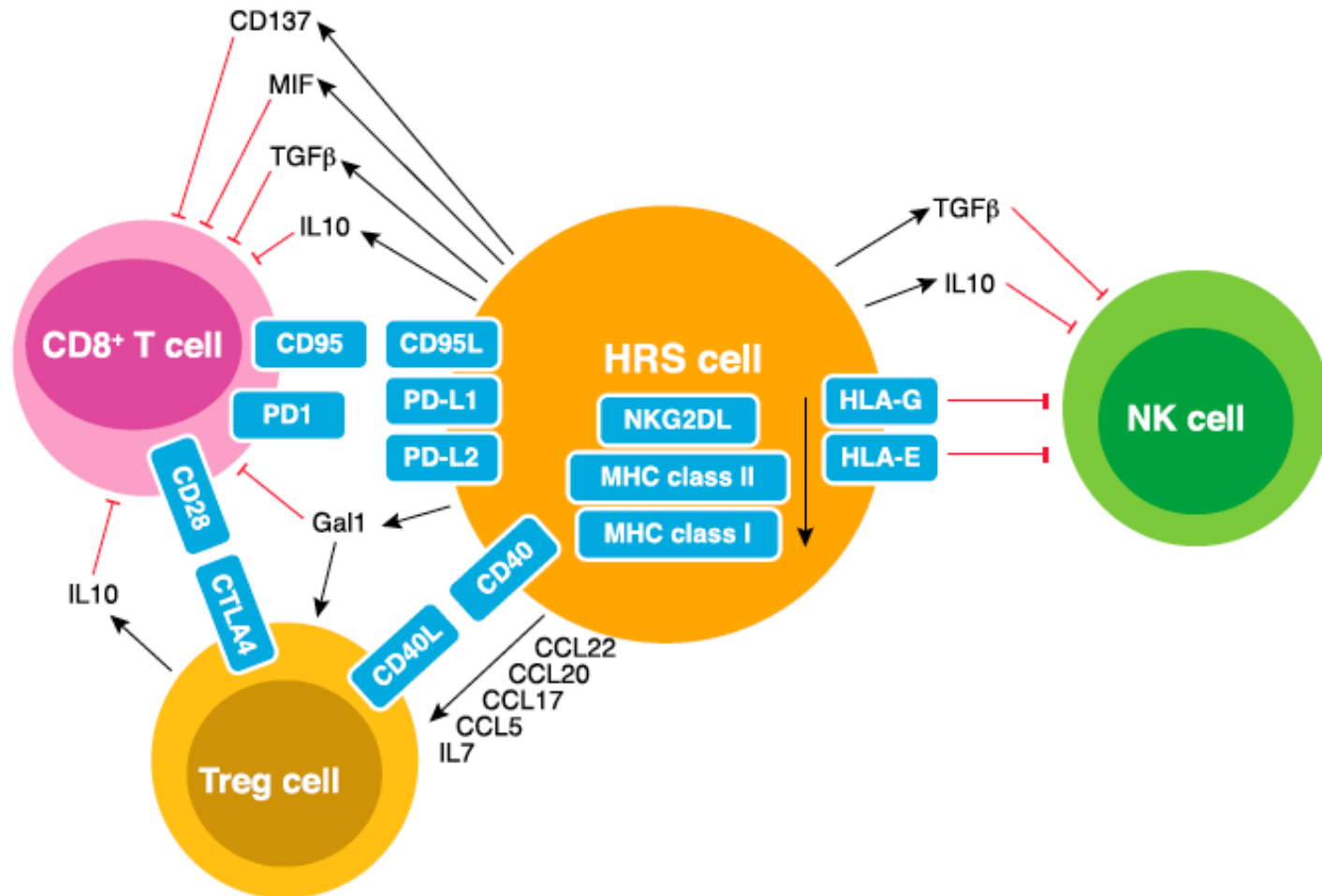
Quimioterapia a altas dosis seguida de rescate con transplante de células hematopoyéticas

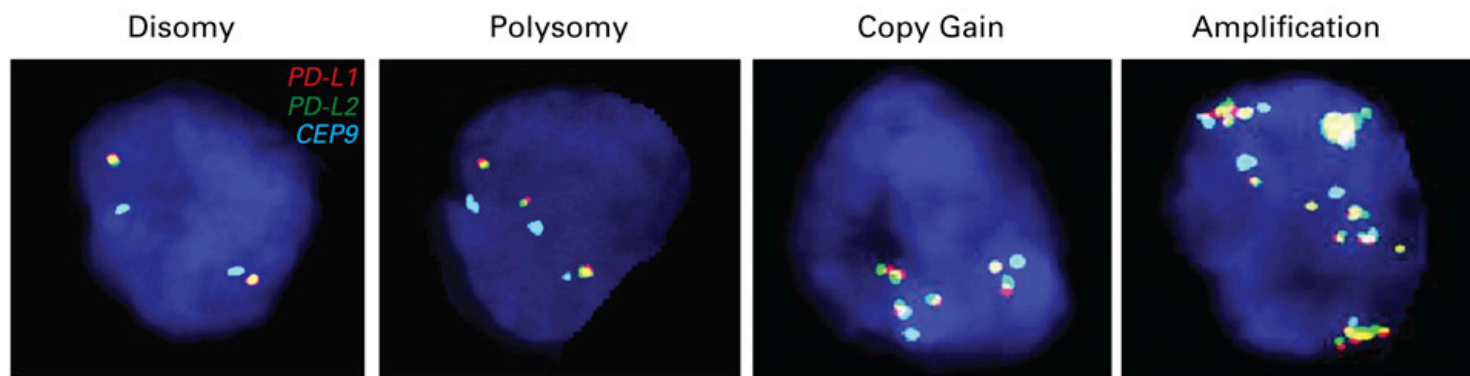
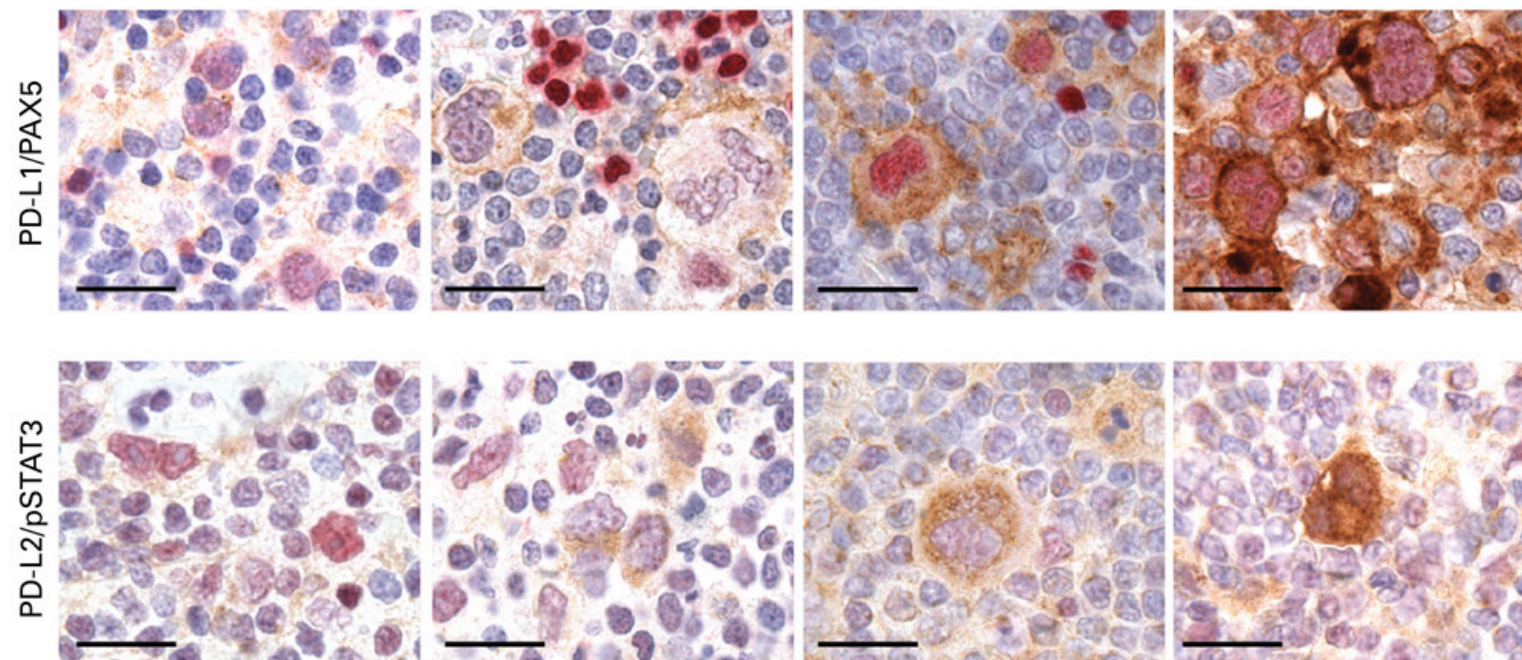


Brentuximab vedotin (immunotoxina)

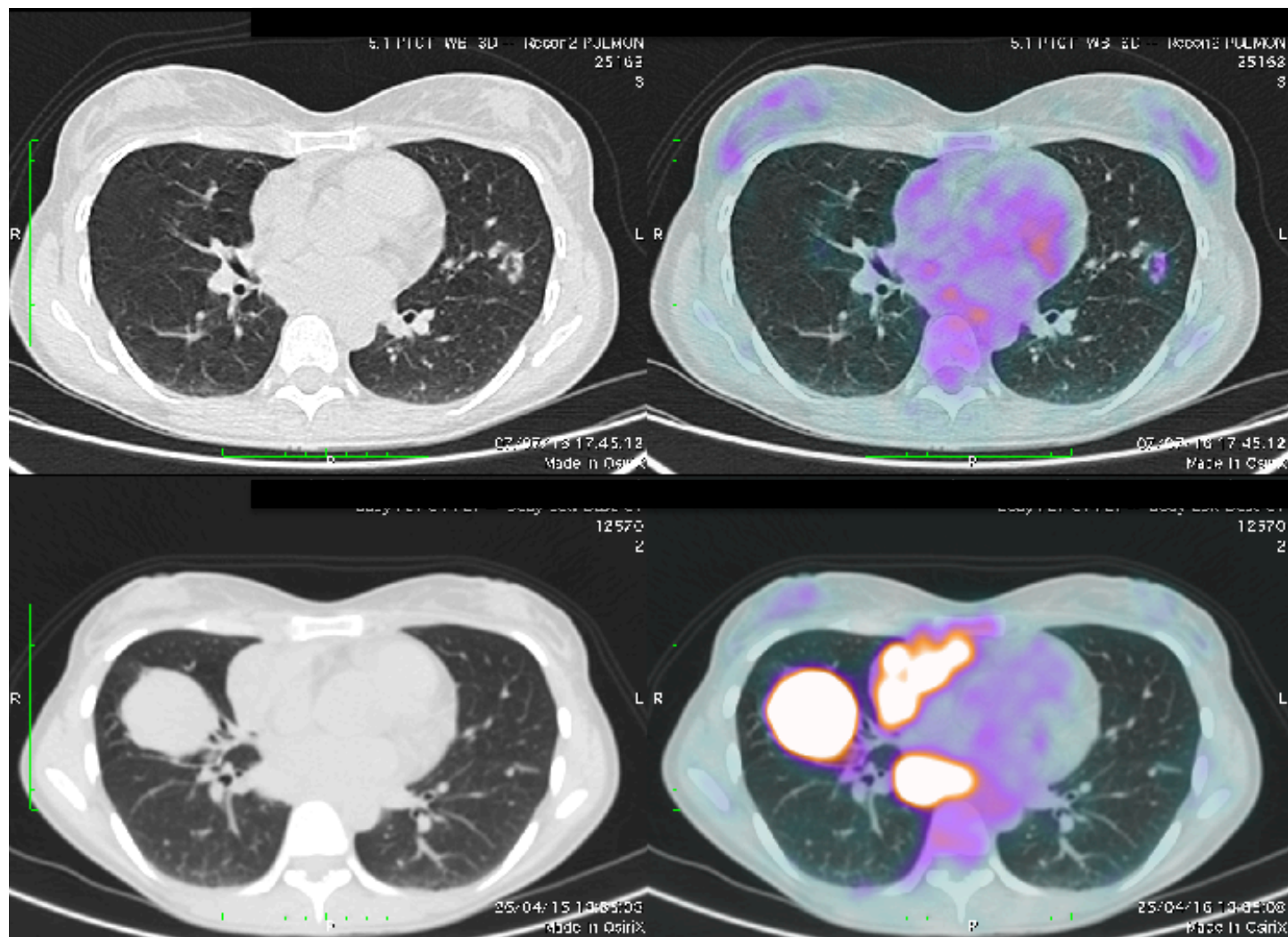


Inmunoterapia con AcMo antiPD1



B**C**





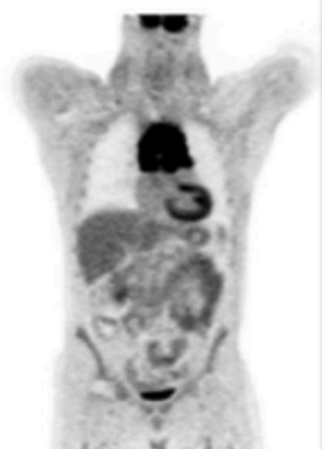
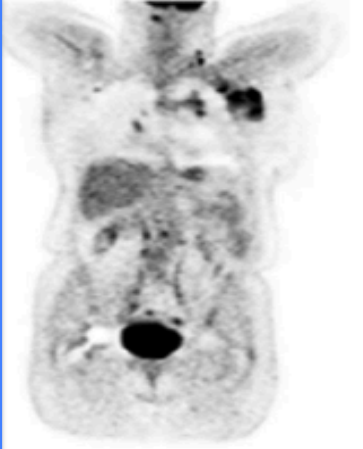


**TRATAMIENTO ADAPTADO
A LOS RESULTADOS
DE UN PET/TC
REALIZADO A LAS 7-8 SEMANAS
DESDE EL INICIO DEL TRATAMIENTO**



Respuestas según criterios de Deauville

Deauville 1 a 3 se considera respuesta metabólica completa



1

2

3

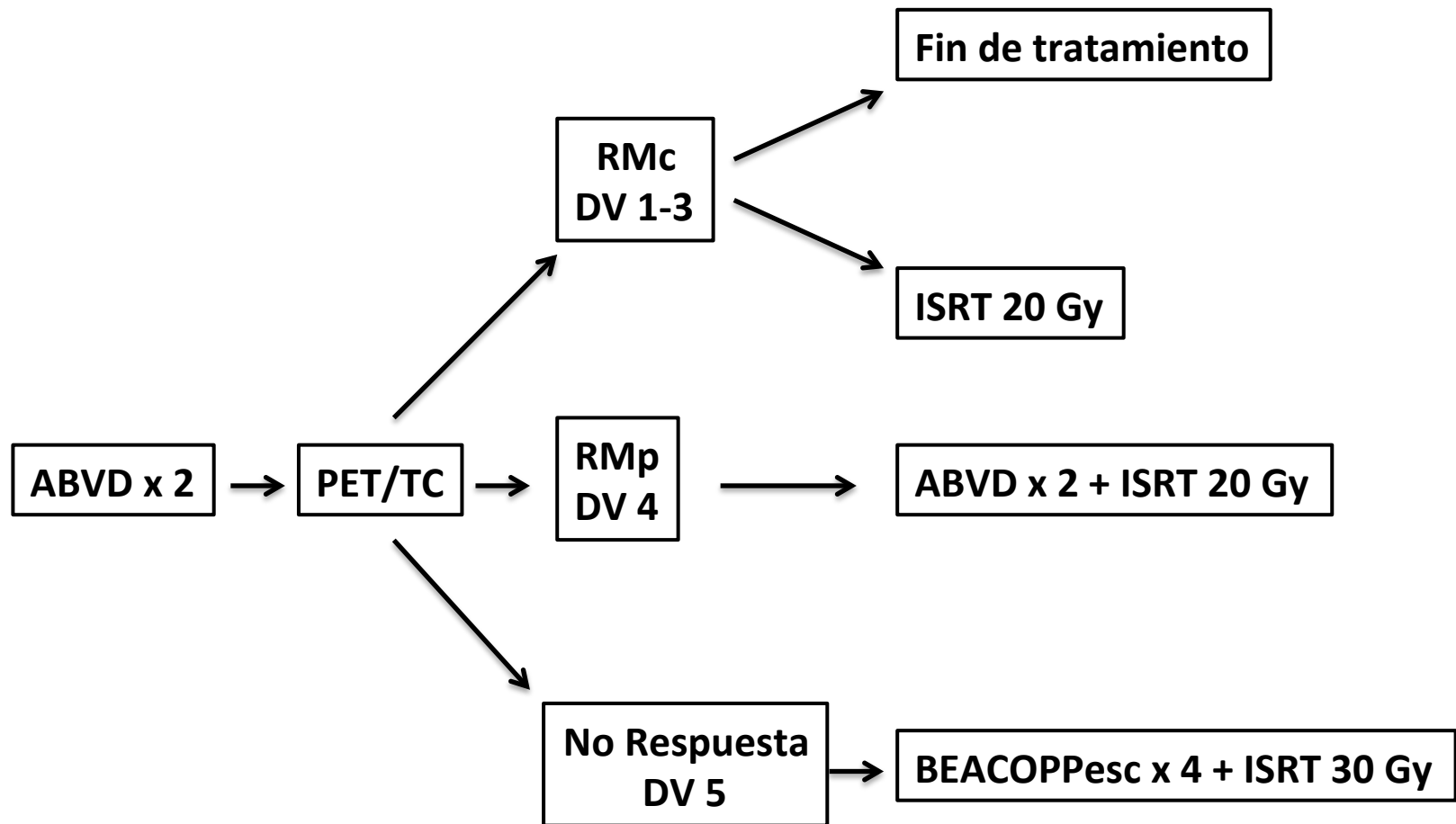
4

5



**Curaciones:
95-98%**

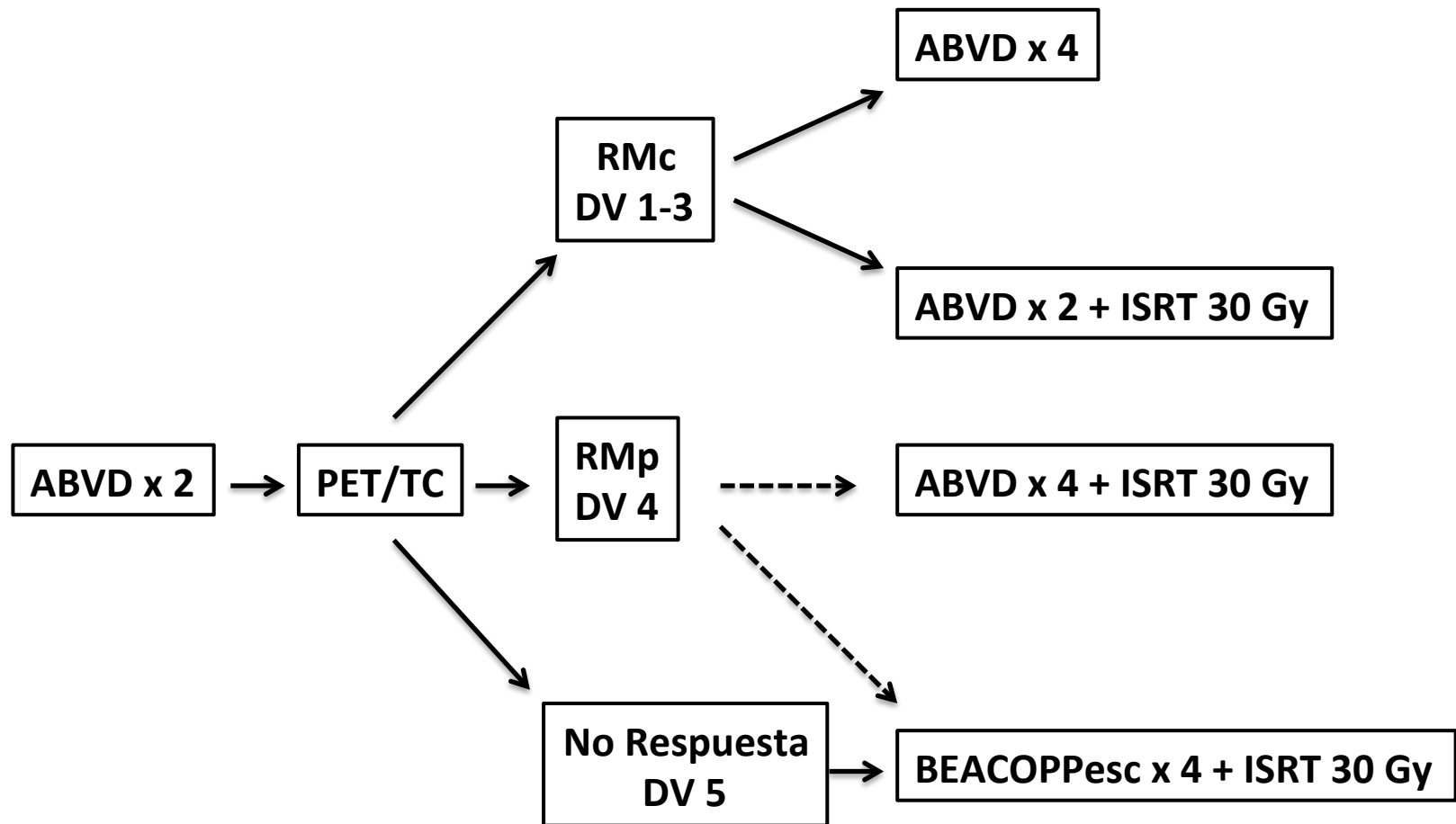
**TRATAMIENTO DE LOS
ESTADIOS INICIALES:
ESTADIOS I Y II SIN
NINGÚN FACTOR
DE RIESGO**





**Curaciones:
90-95%**

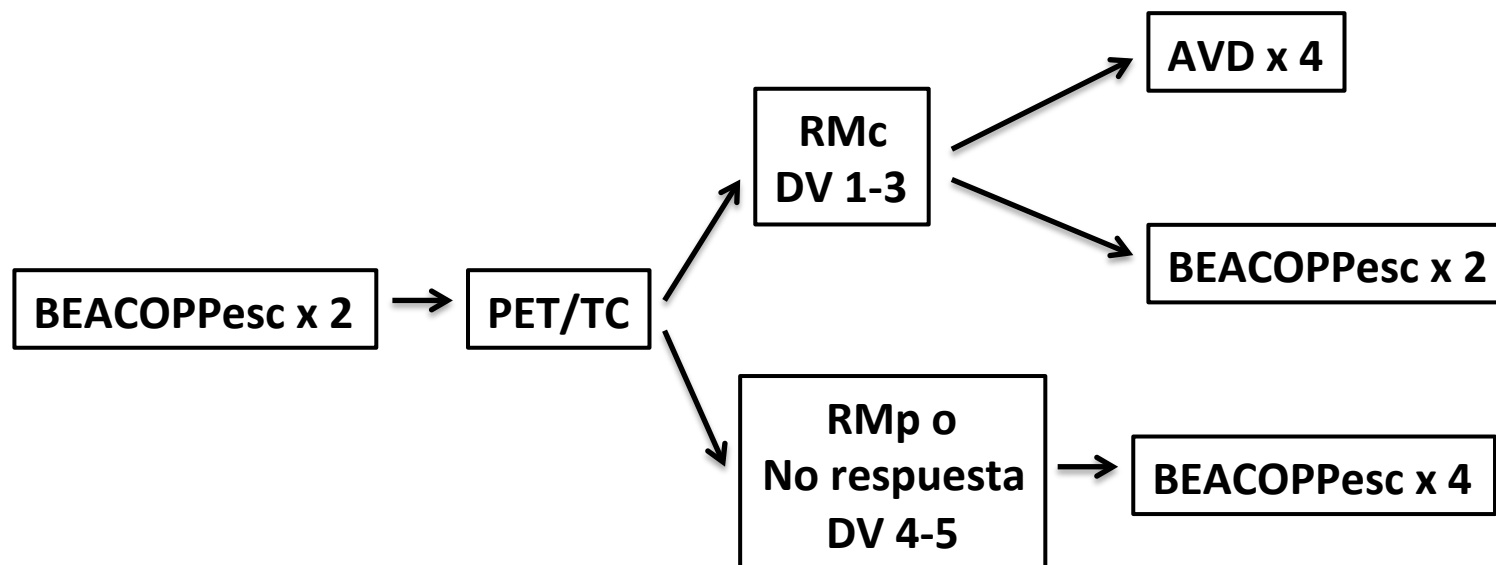
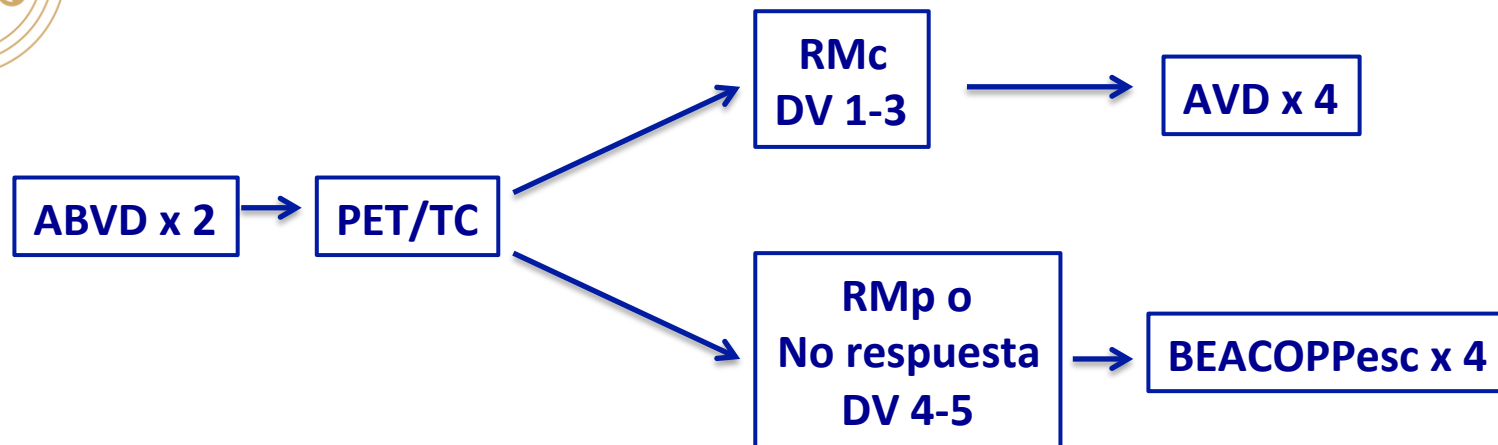
**TRATAMIENTO DE LOS
ESTADIOS INTERMEDIOS:
ESTADIOS I Y II CON
ALGÚN FACTOR
DE RIESGO**





**Curaciones:
85%**

**TRATAMIENTO DE LOS
ESTADIOS AVANZADOS:
ESTADIOS III Y IV**

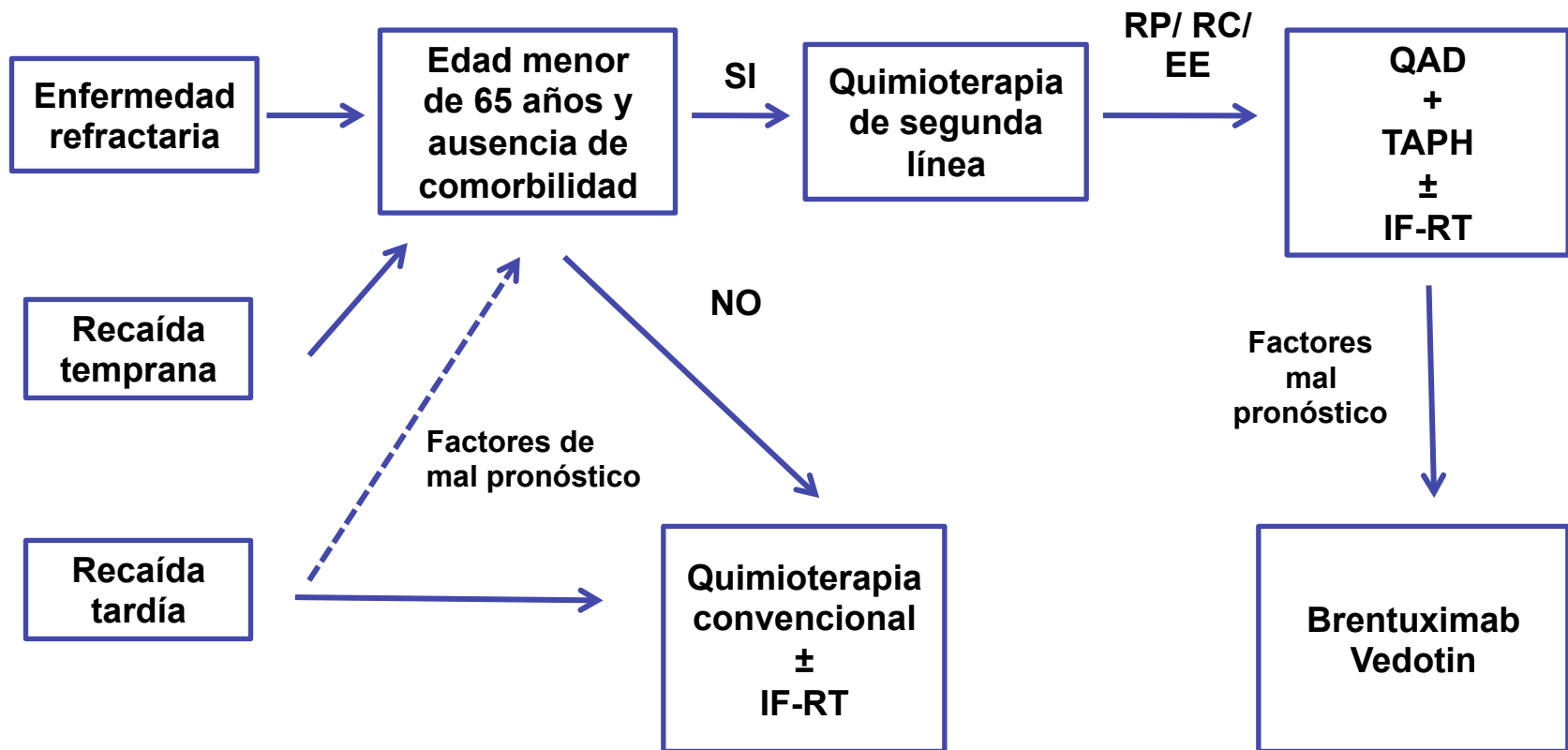


Sólo se administrará radioterapia en los pacientes con captación focal residual en el PET/TC realizado tras fin de quimioterapia

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



Recaída tras TACPH o tras dos líneas de quimioterapia

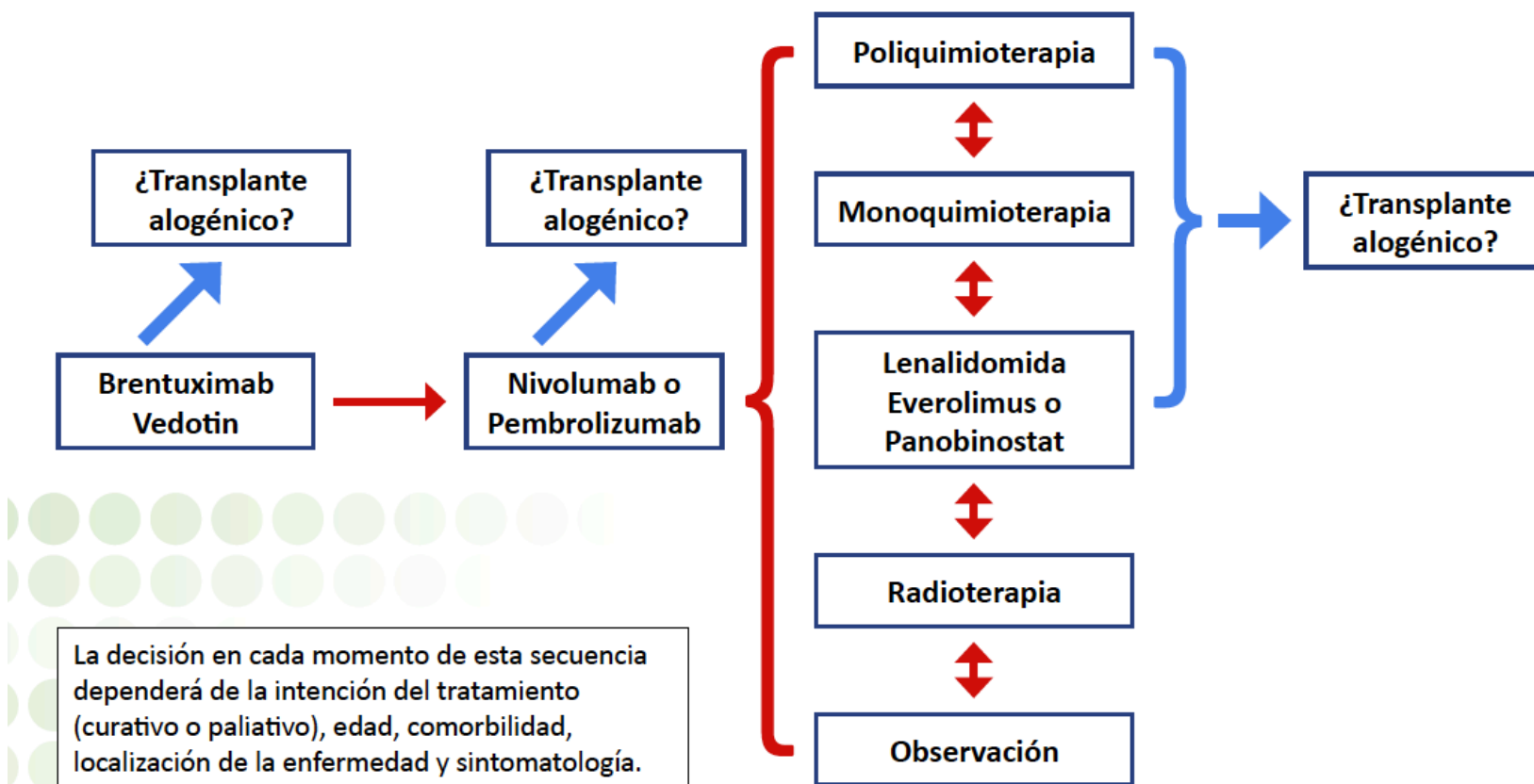


Figura 2. Secuencia terapéutica para pacientes en progresión tras TACPH o tras dos líneas de poliquimioterapia convencional (en ausencia de un ensayo clínico disponible).



SEGUIMIENTO
SEGUIMIENTO



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

Toxicidad aguda

- Habitual de la quimioterapia: vómitos, alopecia, mucositis, infecciones, etc.
- Dermografismo.
- Extravasaciones.
- Toxicidad pulmonar.
- Habitual de la radioterapia: astenia, dermatitis, esofagitis, neumonitis.

Toxicidad tardía/secuelas

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



CONGRESO DE
PACIENTES
CON **CÁNCER**

Las grandes historias comienzan aquí...

gépac
PACIENTES/
CÁNCER

f Tengocancer @GEPAC GEPAC