



Leucemias y linfomas

*José Andrés Moreno Nogueira, Begoña Pérez Valderrama
y Concepción Moreno Rey*

Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Las leucemia y los linfomas son procesos malignos que engloban una amplia variedad de tipos, cuyo diagnóstico se realiza solamente estudiando células malignas en sangre, médula ósea, y en biopsias de ganglios linfáticos o de otros órganos afectados. Los síntomas varían mucho: fiebre, pérdida de peso, hemorragias, ganglios palpables, etc., o son asintomáticos, por ello el diagnóstico sólo puede realizarse estudiando las células, lo que iremos viendo y analizando en la lectura de este capítulo de forma separada: leucemias, linfomas no Hodgkin (LNH) y linfomas Hodgkin (LH).

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento sólo es posible en manos expertas; cada enfermedad requiere su propio tratamiento, con claras posibilidades de curación o amplia supervivencia, pero es imprescindible que se realice bajo el control de equipos bien entrenados y con amplia experiencia. En ocasiones puede ser necesario el trasplante de médula ósea, en otros una radioterapia y/o tratamientos de quimioterapia.

Dado que muchos pacientes se pueden curar, o al menos vivir mucho tiempo, es esencial aportarles un apoyo psicológico que les permita incorporarse poco a poco a la vida habitual personal, social y laboral. Indudablemente, el diagnóstico y tratamiento representan un «antes y un después», cuyo recuerdo puede ser motivo de preocupación y ansiedad, pero ello no significa que la persona no pueda realizar sus objetivos y alcanzar sus metas.

La investigación seria y rigurosa a través de los años ha aumentado la esperanza de muchos pacientes (Fig. 1).



Figura 1. La investigación.



Figura 2. Leucemias. Proliferación incontrolada de células atípicas.

¿Qué son las leucemias?

Las leucemias son proliferaciones de células sanguíneas anómalas originadas a partir de mutaciones en las células madre de la médula ósea, que son las que forman la sangre. La proliferación incontrolada y progresiva de dichas células da lugar a una sustitución de las células normales de la médula ósea, invadiendo la sangre y los diferentes órganos y tejidos (Fig. 2).

Las leucemias engloban varias enfermedades. Se han identificado leucemias derivadas de cada una de las series celulares de la médula ósea: leucemia linfoblástica (LL), leucemia mieloblástica, leucemia monocítica, leucemia mielomonocítica, etc.

Además, según su curso clínico se clasifican en: agudas, sin tratamiento llevan a la muerte del paciente en semanas o meses, y crónicas, sin tratamiento pueden causar la muerte en varios meses o años. La incidencia global es de 9,9/100.000 habitantes.

Las edades de presentación también son variables, por ejemplo: la leucemia linfoblástica aguda se da preferentemente en niños, mientras que la leucemia mieloblástica aguda es más rara en la población infantil; la leucemia mielóide crónica es más frecuente antes de los 50 años y la leucemia linfóide crónica suele aparecer a partir de los 50 años.

¿Por qué se originan? ¿Hay factores de riesgo?

Las causas son desconocidas. Lo que se conoce son factores de riesgo que parecen estar implicados en su aparición (Fig. 3):

- Exposición amplia a productos químicos: benceno, productos derivados del petróleo y determinados pesticidas.
- Radiaciones ionizantes: por ejemplo, en los supervivientes de las explosiones atómicas de Hiroshima y Nagasaki.
- Quimioterapia por un tumor anterior: el uso de determinados fármacos en el tratamiento del cáncer se asocia a un mayor riesgo de leucemias.
- Alteraciones inmunológicas: hay un aumento de incidencia de linfomas en individuos con enfermedades autoinmunes (*lupus* eritematoso diseminado, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide juvenil, etc.), tratados con inmunosupresores durante bastante tiempo.



Figura 3. Sustancias químicas. Anomalías genéticas.

- Factores genéticos: hay mayor riesgo en mongolismo, en la anemia de Faconi, en individuos con ataxia-telangiectasia, etc.
- Se conoce la relación de algunos virus en el desarrollo de leucemias.

¿Qué signos y síntomas dan?

Se podría decir que las manifestaciones clínicas de las leucemias son debidas directamente o indirectamente a la proliferación descontrolada de las células leucémicas y a su infiltración en los tejidos normales. Así, la disminución importante del número de hematíes, leucocitos normales y plaquetas es consecuencia de la infiltración de la médula ósea, lo cual puede dar lugar a hemorragias y a infecciones.

En las leucemias agudas deben destacarse los siguientes signos y síntomas:

- Efectos sobre la formación de la sangre, lo que da lugar a anemia, leucopenia (disminución de los leucocitos) y trombopenia (disminución de las plaquetas). Ello explica la aparición de astenia o cansancio, sangrado y hematomas, fiebre e infecciones.

La infiltración de la médula ósea justifica los dolores óseos.

- Signos en la exploración física del paciente: pueden presentar palidez, trastornos hemorrágicos (hematomas, hemorragias en retina y mucosa bucal), hipertrofia de las encías, hepatomegalia y esplenomegalia (aumento del hígado y del bazo), aumento de volumen de adenopatías, en algunos casos signos de afectación del sistema nervioso central (cefaleas, visión doble, parálisis de nervios craneales o neuralgia, etc.), incremento testicular doloroso (Tabla 1).

El curso clínico sin tratamiento es muy rápido, por lo que hay que instaurar un tratamiento rápidamente.

En las leucemias crónicas el curso clínico es más lento.

¿Cómo se diagnostican?

Los síntomas y signos clínicos son sólo orientativos y siempre teniendo en cuenta la edad de los pacientes.

Tabla 1. Signos y síntomas de las leucemias agudas

Síntomas	LLA (%)	LMA (%)	Signos clínicos	LLA (%)	LMA (%)
Astenia y anorexia	80	80	Hepatomegalia	70	30
Palidez	70	60	Esplenomegalia	70	50
Fiebre	60	75	Adenomegalias	60	15
Trastornos hemorrágicos	50	65	Dolor en esternón	55	45
Dolores osteoarticulares	30	–	Hematomas, petequias	50	45
Pérdida de peso	30	45	Signos neurológicos	2	–
Dolores abdominales	20	20			

Astenia: cansancio; anorexia: pérdida de apetito; hepatomegalia: aumento del hígado; esplenomegalia: aumento del bazo; adenomegalia: aumento de volumen de ganglios.

Los análisis de sangre y médula ósea son necesarios. Estos estudios comprenden la citometría, inmunoperoxidasas, inmunofenotipo, y se complementan con las muestras de sangre periférica. Se deben hacer, además, estudios analíticos generales y de coagulación, y estudios complementarios de posibles afectaciones de otros órganos. Es esencial que todo se realice en centros especializados, para tipificar qué tipo o subtipo de leucemia presenta el paciente y diferenciarlo de otras enfermedades hematológicas colindantes, lo que es clave en la planificación terapéutica, constituyendo uno de los factores pronósticos más importantes (Figs. 4 y 5).

Un dato importante en la LMC es la presencia del denominado cromosoma Philadelphia (95%), lo que tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Este cromosoma anómalo da lugar a la producción de una proteína (BCR-ABL) que desempeña un papel importante en la génesis de esta leucemia, ya que interviene en la proliferación celular y evita la muerte celular. Este tipo de leucemia tiene un riesgo de experimentar una fase de «aceleración» y de «crisis blástica» que empeoran el pronóstico de forma significativa (Tabla 2).

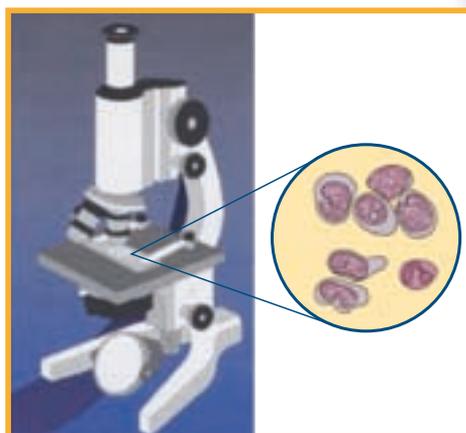


Figura 4. Diagnóstico: estudio de la médula ósea y sangre periférica.



- Preguntas que habría que contestar al paciente:
- ¿Cuál es mi diagnóstico exacto?
 - ¿Cuál es el estadio de extensión de mi enfermedad?
 - ¿Cuál es el tratamiento de elección? ¿Cuál es su recomendación y por qué?
 - ¿Cuál es el riesgo de los posibles efectos secundarios de cada tratamiento? ¿Qué se hará?
 - ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento?
 - ¿Puede haber cambios en el tratamiento programado?
 - ¿Con el tratamiento puedo realizar mi vida normal?
 - ¿Existe algún tratamiento nuevo en estudio?
 - ¿Puede ser apropiado para mí?
 - ¿Después del tratamiento que seguiré haciendo?

Figura 5. Comunicación e información.

Tabla 2. Síntomas y signos de las leucemias crónicas

LLC	LMC
Edad superior a 50 años	Edad entre 50-60 años
Astenia y malestar general	Palidez
Debilidad	Astenia
Pérdida de peso	Fiebre y facilidad para infecciones
Sudoración nocturna	Pérdida de peso
Dolores abdominales	Gran esplenomegalia en la mayoría de los casos
Adenomegalias múltiples (20-30%)	Hepatomegalia (10-40%)
Hepatomegalia y esplenomegalia (40-50%)	Dolor óseo a la presión del esternón
Fiebre y facilidad para infecciones	Anemia
Linfocitosis en sangre periférica de 30.000-50.000 μ l. Se valora a partir de 5.000 μ l	Si el número de leucocitos es muy grande puede presentarse priapismo, estupor, hemorragias de retina, etc. Leucitosis en sangre periférica de $\geq 30.000 \mu$ l en el 70-90% y con células inmaduras en $< 20\%$
Anemia y trombocitopenia	Aumento del número de plaquetas en un 30-50%
Asintomáticos en un 20%. Diagnosticados por un examen de rutina de sangre	Asintomáticos en un 20-40%. Diagnosticados en un examen de rutina de sangre Un 20-40% desarrolla «crisis blástica, asemejándose a una LMA

¿Cuál es el tratamiento? ¿Tiene efectos tóxicos?

Es indudable que en las dos últimas décadas han ocurrido cambios espectaculares en el tratamiento de las leucemias, existiendo diferencias de estrategias según los diferentes tipos de leucemias: agudas y crónicas.



Figura 6. Tratamiento con quimioterapia.

Leucemias agudas

- En la leucemia linfoblástica aguda (LLA), aproximadamente el 80% de niños diagnosticados pueden llegar a curarse en la actualidad.

El tratamiento debe planificarse según los distintos grupos de riesgo. De forma global se podría sintetizar de la siguiente forma: inducción de la remisión, tratamiento del sistema nervioso central, intensificación-consolidación y mantenimiento.

En la inducción lo que se pretende es lograr la respuesta completa y recuperar la formación normal de la sangre. La medicación utilizada son los glucocorticoides junto a quimioterapia. Es esencial también el tratamiento de apoyo, lo que permite unas respuestas del 96-99%, siendo el fracaso un acontecimiento raro (Fig. 6).

El tratamiento del sistema nervioso central debe iniciarse precozmente, en todos los casos, dado que este órgano puede ser un santuario para las células leucémicas y ser causa del fracaso terapéutico. Dicho tratamiento es con «quimioterapia intratecal», mediante punciones lumbares.

El tratamiento de intensificación-consolidación, tras el tratamiento de inducción, consiste en una repetición del tratamiento de inducción a los 3 meses de lograr la respuesta completa. En situaciones de alto riesgo se repite dos veces.

El tratamiento de mantenimiento tiene como objetivo eliminar la enfermedad mínima oculta.

En los últimos años han tomado relieve los trasplantes de médula ósea, pero sólo parece estar claro en aquellos casos que presentan determinadas alteraciones cromosómicas y en los pacientes que no logran la remisión completa en la inducción.

- El tratamiento de la leucemia mieloide aguda (LMA) comprende dos fases: tratamiento de inducción y tratamiento posremisión (consolidación, intensificación y trasplante).

La inducción pretende lograr la respuesta completa. De la misma forma que en la LLA debe hacerse la profilaxis del sistema nervioso central mediante punción.

En el tratamiento de posremisión es una pieza esencial, ya que más del 90% volverían a recaer si no se realizara. La consolidación consiste en realizar un segundo ciclo igual a la inducción. Posteriormente debe realizarse la intensificación con el objetivo de eliminar en lo posible la enfermedad residual microscópica, la cual puede ser valorada por técnicas especiales. La intensificación, incluyendo o no el trasplante, se valora cuando existe mucho riesgo de reaparición de la enfermedad.

Leucemias crónicas

- La leucemia linfocítica crónica (LLC) no es una enfermedad curable. Se da sobre todo en ancianos, por lo que el tratamiento debe reservarse para pacientes sintomáticos. La planificación terapéutica debe individualizarse en cada caso.
- El tratamiento de la leucemia mieloide crónica LMC en la fase crónica se basa en la obtención de una remisión completa inicial con diferentes productos (p. ej. imatinib mesilato). Sin embargo, el único tratamiento curativo es el trasplante alogénico, aunque tiene más riesgo. Su indicación se hace prioritaria en fase acelerada o en la crisis blástica.

Toxicidades

La toxicidad inmediata son náuseas, vómitos, mucositis, alopecia, toxicidad hematológica, neurológica, etc., que se pueden prevenir o al menos reducir.

Tienen mayor relieve los efectos adversos a más largo plazo, debido a que la supervivencia es cada vez más prolongada en estos pacientes. En los casos en que se utilizó en la profilaxis del sistema nervioso central radioterapia y quimioterapia, pueden aparecer anomalías neurológicas (alteración de las funciones intelectuales y psicomotoras) y neuroendocrinas (déficit hormona de crecimiento). Con el uso sólo de la quimioterapia han disminuido claramente estos efectos secundarios, pero se han descrito menor rendimiento académico y alteraciones cognitivas. Hay que cuidar también las reacciones depresiva debidas a lo prolongado del tratamiento, las repetidas hospitalizaciones y los cambios de aspecto físico.

La aparición de segundas neoplasias a los 5-24 años del diagnóstico está en un 3-12%, lo que debe vigilarse de forma cuidadosa y a largo plazo.

Los trasplantes tienen como objetivo sustituir la hematopoyesis del paciente, tras tratamientos intensivos que destruyen su médula ósea, lo que sería incompatible con la vida. Los trasplantes autólogos, cuyo límite de edad son los 65 años, requieren una selección previa para su indicación y tienen claramente muchos menos riesgos que los trasplantes alogénicos, pero éstos poseen una mayor capacidad curativa (Tabla 3).

Y si reaparecen, ¿qué posibilidades hay?

Leucemias agudas

En la LLA, la principal forma de recaer es en la médula ósea, y siempre se debe confirmar si existe o no recaída en el sistema nervioso central y testicular. La duración de la remisión completa primera es un factor importantísimo para conocer la duración de la segunda remisión. En aquellos en los que sólo se realice quimioterapia, ésta debe incluir las mismas fases que la utilizada inicialmente.

Tabla 3. Trasplantes. Complicaciones

Trasplante autólogo	Trasplante alogénico
Anorexia, náuseas y vómitos	Toxicidades más acusadas y frecuentes
Diarreas	Anorexia, náuseas y vómitos (100%)
Mucositis	Diarreas
Alopecia	Mucositis
Esterilidad	Alopecia
Alteraciones psicológicas y neurológicas	Esterilidad
Toxicidad hepática. Enfermedad venooclusiva hepática (2%)	Alteraciones psicológicas y neurológicas
Cistitis hemorrágica (ciclofosfamida/virus)	Toxicidad hepática (> 80%). Enfermedad venooclusiva hepática (5-25%). Hepatopatía crónica
Toxicidad renal, según función previa	Cistitis hemorrágica (ciclofosfamida/virus)
Toxicidad pulmonar	Toxicidad renal, según función previa
Infecciones, en la fase precoz	Cardiotoxicidad secundaria afármacos y radioterapia.
Fallo del trasplante (< 1%)	Estudio función previa
	Toxicidad pulmonar
	Infecciones, en la fase precoz y tardía
	Fallo del injerto (2-20%)
	Enfermedad del injerto contra el huésped (específico y exclusivo)
	Complicaciones tardías: cataratas, afectación tiroidea, segundas neoplasias
Tasa de mortalidad mínima	Tasas de mortalidad elevada, según casos y enfermedad base
En general, secundarias al tratamiento intensivo con quimioterapia	
Se requiere un tratamiento de apoyo intensivo en unidades con experiencia	

Las recaídas antes de los 6 meses son de mal pronóstico y requieren en general quimioterapia intensiva y trasplante.

En LMA se deberá hacer una reinducción si la recidiva aparece después del primer año, y en los casos de resistencia deben utilizarse esquemas más intensos. Si se logra la remisión completa, el mejor tratamiento a seguir es el trasplante de médula ósea. Todos estos tratamientos deben ser valorados individualmente, sobre todo en las siguientes recaídas.

Leucemias crónicas

En la LLC, en los pacientes que recidivan tras tratamiento vuelven a obtenerse buenos resultados.

En la LMC en la fase crónica, se puede iniciar el tratamiento con imatinib para evitar la progresión y lograr una remisión. En todos los pacientes menores de 65 años, debe hacerse

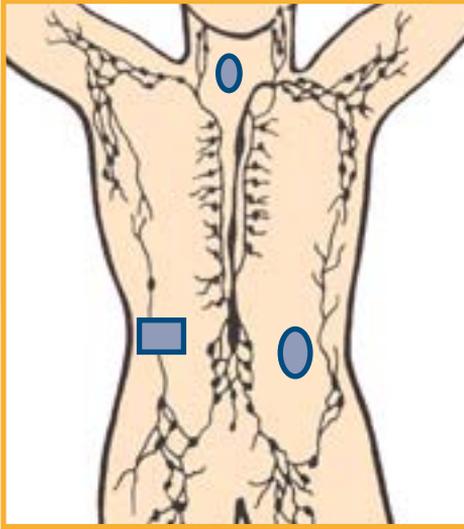


Figura 7. Sistema linfático.

la valoración de un donante compatible familiar. El alotrasplante es el arma terapéutica que más posibilidades curativas tiene, pero, como ya se ha señalado, con unas altas tasas de morbimortalidad. En otros casos de recidiva deberá hacerse una valoración individual de combinaciones con imatinib y la posibilidad del uso de nuevos fármacos.

¿Qué son los linfomas?

Los linfomas son un tipo de cáncer que se desarrolla en el sistema linfático.

El sistema linfático incluye la red de vasos linfáticos y los ganglios linfáticos distribuidos por todo el organismo y en conexión con el sistema sanguíneo. Por los vasos linfáticos circulan los linfocitos que combaten las infecciones. Otras estructuras del sistema linfático son: bazo, timo, amígdalas y médula ósea. También se encuentra en la mucosa del estómago e intestino y en la propia piel, lo que explica que los linfomas puedan aparecer en cualquiera de estas áreas, en especial los linfomas no Hodgkin (Fig. 7).

El denominarse linfomas Hodgkin y no Hodgkin es en reconocimiento al médico inglés Thomas Hodgkin, que en 1832 describió la conocida enfermedad de Hodgkin.

El punto de partida es el tejido linfoide, la mayoría de ellos de estirpe B, y en mucha menor frecuencia de T. Los linfocitos B normales son las células encargadas de la inmunidad ligada a los anticuerpos, tan importantes en las defensas contra las infecciones bacterianas. Los linfocitos T están ligados a la inmunidad mediada por células, contra infecciones por virus, hongos, etc.

¿Por qué se originan? ¿Hay factores de riesgo?

Para una mejor comprensión por parte del lector se hará un análisis por separado de las dos grandes entidades.

Linfomas Hodgkin (LH)

Su incidencia es de 2-3/100.000 habitantes, con una distribución por edades en dos picos: el primero entre los 15-30 años, y el segundo en mayores de 50 años, predominando en varones.

La causa etiológica es desconocida; recientemente se ha relacionado con el virus de Epstein-Barr. Es muy posible que se deba a una combinación de factores ambientales y genéticos; un ejemplo es el mayor riesgo en hermanos en que uno de ellos padece la enfermedad, en especial en gemelos homocigóticos.

Otro hecho interesante es que, en individuos positivos para el VIH con linfoma de Hodgkin, la inmensa mayoría son positivos para el virus de Epstein-Barr, responsable de la mononucleosis infecciosa. Los pacientes que han presentado mononucleosis infecciosa tienen un mayor riesgo de padecer este tipo de linfoma.

Linfomas no Hodgkin

Es un conjunto muy heterogéneo de procesos.

El 80% de estos linfomas son de origen B y sólo un 20% de T.

La causa etiológica es desconocida; se ha puesto de manifiesto la relación con otros virus o con una bacteria del estómago (Tabla 4).

¿Que síntomas dan?

Linfoma Hodgkin

Suele comenzar con crecimiento de uno o varios ganglios, indoloros, sobre todo en cuello, axilas e ingles. También puede ocasionar fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, prurito pertinaz (Fig. 8). Es importante señalar al lector que la presencia persistente de estos síntomas no es suficiente para realizar el diagnóstico, ya que puede ser debido a otros procesos no relacionados con el cáncer. Sin embargo, son signos de alarma que debe llevarles a una consulta médica.

Hay situaciones en las que el engrosamiento ganglionar es a nivel del mediastino (entre ambos pulmones), produce tos seca o incluso hinchazón de cuello y cara. En todas las situaciones se requiere siempre el diagnóstico anatomopatológico por biopsia ganglionar.

Linfomas no Hodgkin

Como en el LH, el hallazgo de aumento de tamaño de los ganglios linfáticos es el signo más frecuente (indoloros, de gran tamaño), pudiendo afectar a una o más regiones linfáticas a la vez. A veces, el primer signo es un bazo grande y/o hígado grande que con frecuencia se acompaña de crecimiento ganglionar intraabdominal. También puede existir afectación de órganos (estómago, intestino, hueso, pulmón, piel, etc. Los síntomas constitucionales (pérdida de peso, sudoración, etc.) son similares a los descritos en el LH y que aparecen en la figura 8.

¿Cómo se diagnostican?

Aunque el cuadro clínico pueda sugerir la presencia de un linfoma, es absolutamente necesaria la biopsia. Esto permite no sólo el diagnóstico de linfoma, sino también la variedad del mismo.

Tabla 4. Factores de riesgo de los linfomas no Hodgkin

Inmunodeficiencias primarias o congénitas

Ataxia-telangiectasia
Síndrome de Wiskott-Aldrich
Inmunodeficiencia común variable y grave combinada
Síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X

Inmunodeficiencias adquiridas

SIDA
Pacientes con trasplante de órganos
Pacientes tratados con inmunosupresores

Otras enfermedades

Síndrome seco o de Sjögren
Tiroiditis de Hashimoto
Artritis reumatoide
Celiaquía del adulto

Agentes físicos y químicos

Radioterapia en el LH
Tratamiento con hidantoínas en la epilepsia
Herbicidas

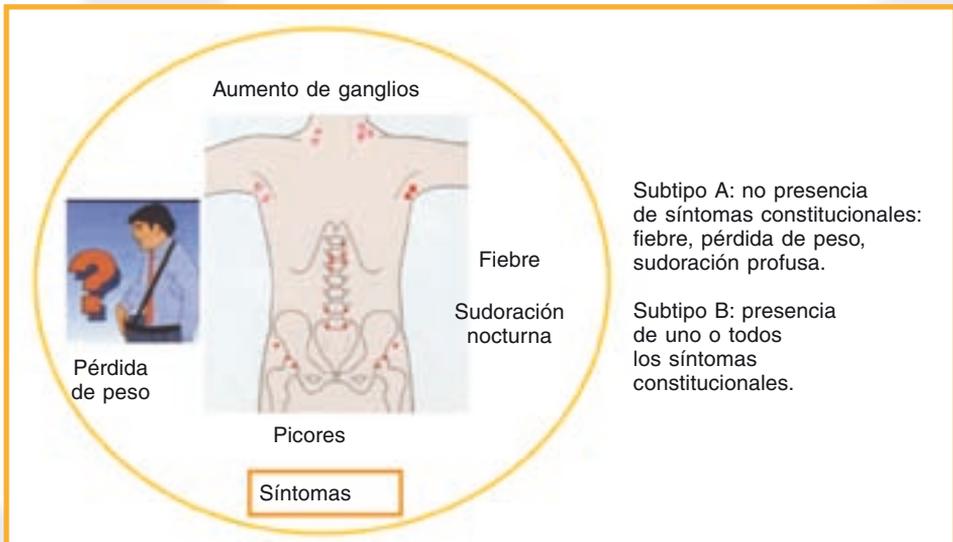


Figura 8. Síntomas de los linfomas. Variedades sintomáticas.

Tabla 5. Diagnóstico y estudios de extensión

Biopsia ganglionar adecuada

Historia clínica completa con exploración física detallada, en especial de las regiones linfáticas, periférica, hígado y bazo

Estudios de laboratorio: hemograma, VS, función hepática y renal. LDH

Radiología: radiografía de tórax. TC de tórax, abdomen y pelvis

PET



Figura 9. Linfoma de Hodgkin. Estadios de extensión.

Linfoma Hodgkin

La biopsia permite saber el subtipo histológico, que tiene valor pronóstico.

El diagnóstico debe completarse con una historia clínica y una exploración física cuidadosa de todas las regiones linfáticas accesibles, valorando el tamaño del hígado y bazo. Se realizarán pruebas de laboratorio, estudios radiológicos (TC o PET) y biopsia/aspirado de la médula ósea (Tabla 5). Todo esto conduce a conocer los estadios de extensión que tienen un valor pronóstico y son importantes a la hora de la planificación terapéutica. Los estadios van desde formas localizadas a formas extensas (Fig. 9).

Linfomas no Hodgkin

Igualmente es fundamental la biopsia. Ello permite identificar los diferentes subtipos (linfomas indolentes o de crecimiento lento, linfomas agresivos y linfomas altamente agresivos) (Tabla 6).

Es importante realizar pruebas radiológicas y de laboratorio que nos ayudarán a estimar el riesgo. Permite agrupar en: bajo riesgo, en riesgo intermedio-bajo, intermedio-alto y alto, que serían los de peor pronóstico y tendrían implicaciones en el tratamiento.

¿Cuál es el tratamiento? ¿Tiene efectos tóxicos?

Una vez hecho el diagnóstico de certeza y realizados los estudios de extensión tumoral para agrupar a los pacientes en estadios y en grupos pronósticos, debe plantearse la planificación terapéutica, lo que debe ser comunicado con toda claridad a los pacientes y familiares (Fig. 10).

Tabla 6. Linfomas no Hodgkin: clasificación simplificada

Linfomas indolentes o de crecimiento lento

Linfoma de linfocitos pequeños
Linfomas foliculares
Linfomas MALT

Linfomas agresivos

Linfomas del manto
Linfomas difusos de células grandes

Linfomas altamente agresivos

Linfoma de Burkitt
Linfoma linfoblástico
Linfomas relacionados con el SIDA

Linfomas cutáneos



Preguntas a su doctor.

- ¿Qué clase de linfoma presento? ¿Cuál es el estadio de mi enfermedad?
- ¿Cuál es el tratamiento de elección en mi situación?
- ¿Tiene tratamientos de investigación para casos similares al mío?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento?
- ¿Qué medicinas puedo yo tomar?
- ¿Qué efectos secundarios tendré con el tratamiento? ¿Qué debo hacer?
- ¿Cuánto tiempo necesitaré el tratamiento?
- ¿Qué cuidados puedo hacer yo mismo durante el tratamiento?
- ¿Puedo seguir trabajando durante el tratamiento? ¿Cuándo podré incorporarme a mi trabajo?
- ¿Cómo puedo consultarle mis dudas o eventos que presente?.
- ¿Después del tratamiento qué plan seguiremos?

Figura 10. Linfomas no Hodgkin. Información.

El primer requisito es que todo esto se realice en centros con experiencia en este tipo de enfermedad, pues constituye en sí mismo el factor pronóstico más importante.

Linfomas Hodgkin

Los elementos básicos del tratamiento son la radioterapia, la quimioterapia, la combinación de quimio/radioterapia y el tratamiento de apoyo. La elección del tratamiento viene dada en gran parte por extensión de la enfermedad.

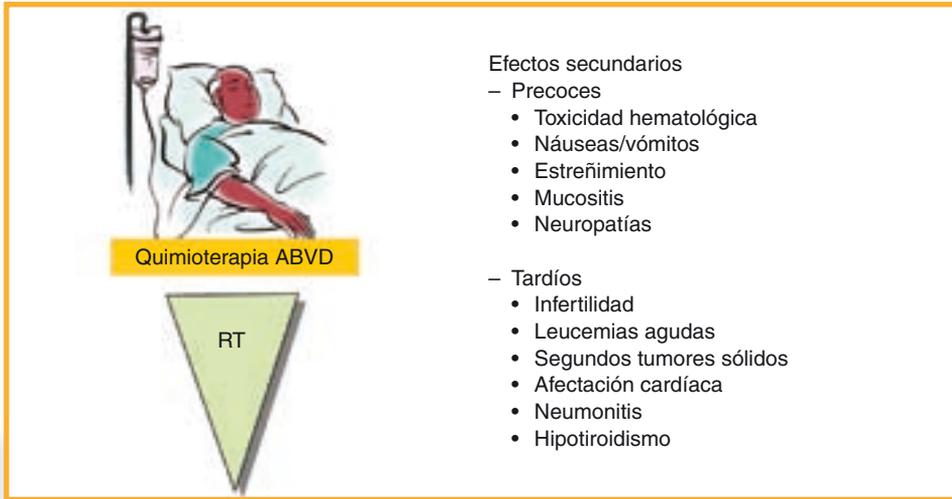


Figura 11. Linfoma de Hodgkin. Efectos secundarios.

La radioterapia es un tratamiento local, por lo que puede plantearse como único tratamiento en estadios localizados.

La quimioterapia es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos, especialmente en los estadios avanzados (III-IV). En todos los casos se puede contemplar el uso de radioterapia sobre áreas afectadas inicialmente, tras seis ciclos de quimioterapia, especialmente si existen dudas de la existencia de enfermedad residual.

Dado el alto porcentaje de curaciones, es esencial valorar sus efectos secundarios a la hora de decidir el tratamiento. Las toxicidades inmediatas comprenden las hematológicas, náuseas/vómitos, neuropatías, mucositis, alopecia, etc., que se pueden prevenir o minimizar.

En ocasiones pueden aparecer efectos secundarios tardíos como leucemias agudas, cáncer de pulmón, mama, melanomas. Otros efectos secundarios son la infertilidad, afectación cardíaca, hipotiroidismo, etc. Todo esto hace que el seguimiento sea importante en la asistencia integral de los pacientes (Fig. 11).

Linfomas no Hodgkin

La planificación terapéutica depende del tipo de linfoma, del estadio de extensión de la enfermedad, así como del índice pronóstico. En la estrategia terapéutica se contempla la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, interferón, anticuerpos monoclonales y la radioinmunoterapia. La quimioterapia de intensificación con trasplante de médula ósea debe considerarse en situaciones especiales.

La cirugía desempeña un papel principal en la toma de biopsias, pero en este tipo de linfomas puede tener indicación terapéutica en localizaciones extraganglionares como en estómago, tiroides, etc.

La radioterapia puede valorarse en estadios localizados (I-II), pero en general se utiliza quimioterapia.

Los anticuerpos monoclonales como rituximab constituyen uno de los avances terapéuticos más importantes en los LNH de tipo B que expresan en antígeno CD20, utilizándose en combinación con quimioterapia. Otras posibilidades son interferón y radioinmunoterapia.

Los efectos secundarios del tratamiento de los LNH son los propios de la quimioterapia y de los otros procederes terapéuticos, que han sido referidos en los diferentes apartados de este capítulo. Solamente cabe comentar brevemente que los efectos de los anticuerpos monoclonales (rituximab) son mínimos, y ligados en general a la primera infusión (fiebre, reacción cutánea y náuseas/vómitos). El interferón puede presentar en el transcurso del tratamiento prolongado alteraciones psíquicas y neurológicas, toxicidad hematológica y hepática, astenia y náuseas y vómitos como lo más destacable, de los que se recupera el paciente al suspender el tratamiento.

Nuevamente debe destacarse la importancia del tratamiento de apoyo, la comunicación e información al paciente y al conjunto familiar.

Y si reaparece, ¿qué posibilidades hay?

Indudablemente, existe tratamiento de rescate para los linfomas que recaen o son refractarios al tratamiento inicial; tratamientos de los que debe asesorarse el paciente en la comunicación con su equipo asistencial o incluso en una segunda opinión de otros equipos expertos. Se podrían sintetizar las opciones en quimioterapia a dosis convencionales, quimioterapia a altas dosis con apoyo de progenitores de médula ósea y tratamientos en investigación.

Linfoma de Hodgkin

Si el paciente presenta recidiva tras radioterapia sola, la indicación es la quimioterapia.

En el caso de recidiva tras la quimioterapia primaria, si esta recidiva es tardía, más de 1 año, debe valorarse nuevamente la misma quimioterapia. Si la recidiva es más precoz deberán utilizarse esquemas de quimioterapia diferentes. En estos casos, tras la remisión completa puede valorarse la quimioterapia a altas dosis.

Los programas de investigación incluyen nuevos regímenes, trasplante alogénico, anticuerpos monoclonales, nuevos fármacos, etc.

Linfomas no Hodgkin

La historia de los linfomas de baja agresividad es de recidivas recibidas en el tiempo, pero con una amplia supervivencia. En los linfomas agresivos las recaídas suelen ocurrir en los 2 primeros años, posteriormente estas recurrencias son más raras, pudiendo alcanzar la curación entre un 40-50% de los casos.

Es fundamental conocer muy bien todos los tratamientos realizados para hacer correctas progresiones.

Decálogo de consejos para el paciente

- ▶ El único diagnóstico válido es el histopatológico. Los síntomas sólo son orientativos.
- ▶ Ante la persistencia de síntomas y signos clínicos, se deberá consultar a su médico cuanto antes.
- ▶ Todo el proceso diagnóstico y terapéutico debe realizarse en centros especializados en estas enfermedades.
- ▶ Una vez realizado el diagnóstico y la valoración global del proceso, pregunte a su médico sobre el plan terapéutico y todas aquellas cuestiones que aparecen en el texto.
- ▶ Si lo considera oportuno realice una segunda opinión, pero siempre a profesionales con experiencia.
- ▶ Se deben seguir cuidadosamente todas las recomendaciones indicadas por el equipo asistencial (medicamentosas, dietéticas, etc.).
- ▶ Comunique al equipo asistencial todos los efectos que note.
- ▶ El tratamiento puede resultar gravoso psicológicamente y necesitar ayuda psicológica personificada, incluso de familiares.
- ▶ Pida disponer de información por escrito de todo su proceso y se recomienda lo lleven siempre consigo usted o sus familiares.
- ▶ Después del tratamiento deberá seguir todo el plan de seguimiento y rehabilitación.

Páginas web recomendadas

- ▶ Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid. www.aecc.es
- ▶ Asociación Infantil Oncológica Comunidad de Madrid (ASIONM). Reyes Magos, 10, bajo. 28009 Madrid. E-mail: asion@iespana.es
- ▶ Associació de Nens amb Càncer (AFANOC). Asociación de Familiares y Amigos de Niños Oncológicos de Cataluña. www.afanoc.org/castellano.htm
- ▶ Asociación de Ligas Iberoamericanas Contra el Cáncer (ALICC). www.alicc.org
- ▶ International Union Against Cancer (UICC). Unión Internacional Contra el Cáncer. 3, rue du Conseil-General. 1205 Ginebra (Suiza). E-mail: info@uicc.org. www.uicc.org
- ▶ National Cancer Institute (NCI). www.nci.nih.gov. – www.cancertrials.nci.nih.gov
- ▶ National Comprehensive Cancer Network (NCCN). www.nccn.org
- ▶ American Cancer Society (ACS). www.cancer.org