National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Linfomas difusos de células B grandes



Gracias al apoyo de

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

Estas NCCN Guidelines for Patients se basan en NCCN Guidelines® para linfomas de células B, versión 4.2026, 20 de mayo de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

**NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca; Genentech, Inc.; Genmab US, Inc.
y Kite, una empresa de Gilead**

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente las NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del LDCBG

8 Capítulo 2
Pruebas para el LDCBG

21 Capítulo 3
Tipos de tratamiento

32 Capítulo 4
Tratamiento complementario

39 Capítulo 5
LDCBG en estadios 1, 2, 3 y 4

45 Capítulo 6
LDCBG recidivante y resistente al tratamiento

53 Capítulo 7
Linfomas de células B grandes ALK positivo

57 Capítulo 8
Linfomas primarios mediastínicos de células B grandes

61 Capítulo 9
Linfomas de células B de alto grado

65 Capítulo 10
Linfomas mediastínicos de zona gris

68 Capítulo 11
LDCBG cutáneo primario tipo pierna

73 Capítulo 12
Otros recursos

77 Palabras que debe conocer

80 Colaboradores de NCCN

81 Centros oncológicos de NCCN

82 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados.

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1
Acerca del LDCBG

5 ¿Qué es LDCBG?

6 ¿Cómo se trata el LDCBG?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) se desarrolla a partir de los linfocitos B, un tipo de glóbulo blanco. Es un linfoma de crecimiento rápido que afecta tejidos y órganos como la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios y vasos linfáticos y otras partes del cuerpo. El LDCBG es tratable y, en muchos casos, curable. Lea esta guía para obtener más información sobre los tipos de LDCBG y cómo se tratan.

¿Qué es LDCBG?

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es un cáncer de la sangre que afecta a los linfocitos. Los linfocitos son un tipo de glóbulo blanco que ayuda a combatir y prevenir las infecciones. Se encuentran en la sangre, los vasos y ganglios linfáticos, y en todos los órganos del cuerpo. Los linfocitos normalmente se multiplican como respuesta a una infección o inflamación. Cuando se multiplican por sí solos sin una regulación adecuada, pueden convertirse en un linfoma como el LDCBG.

El LDCBG es un tipo de linfoma de células B. Hay muchos tipos de linfomas de células B. En el LDCBG, los linfocitos B crecen sin control y forman tumores. Estos tumores suelen encontrarse en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, la médula ósea u otros tejidos y órganos. El LDCBG también puede causar inflamación de los ganglios linfáticos. Los síntomas pueden incluir fiebre, sudoración nocturna excesiva, fatiga y disminución de peso. Estos síntomas se conocen como síntomas B. No todas las personas tienen los mismos síntomas, y los tumores se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo.

Muchas personas no presentan ningún síntoma cuando reciben el diagnóstico por primera vez.

Tipos de linfocitos

Hay tres tipos principales de linfocitos:

- Los **linfocitos B o células B**, que producen anticuerpos y con el tiempo se convierten en células plasmáticas. Un anticuerpo es una proteína que combate específicamente infecciones o células cancerosas y recluta otras partes del sistema inmunitario.
- Los **linfocitos T o células T** que ayudan a combatir las infecciones y el cáncer y a controlar las respuestas inmunitarias.
- Los **linfocitos citolíticos naturales (NK)**, que pueden eliminar las células tumorales o infectadas con un virus.

Algunos tumores comienzan en las células inmaduras o que todavía están en desarrollo. El LDCBG surge en las células B maduras (completamente desarrolladas).

¿Qué es el sistema linfático?

El LDCBG afecta al sistema linfático. El sistema linfático es una parte importante del sistema inmunitario del cuerpo. Es una red de tejidos y órganos que combaten los gérmenes y que incluye la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios y los vasos linfáticos.

Los vasos linfáticos son una red de tubos delgados que transportan líquido linfático (linfa) y glóbulos blancos a todos los tejidos del cuerpo. La linfa proporciona agua y alimento a las células. Los glóbulos blancos, como los linfocitos, ayudan a combatir infecciones y enfermedades.

A medida que la linfa viaja por todo el cuerpo, pasa a través de cientos de pequeñas estructuras en forma de frijol llamadas ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos generan células inmunitarias que ayudan al cuerpo a combatir las infecciones.

También filtran el líquido linfático y eliminan sustancias extrañas como bacterias y células cancerosas.

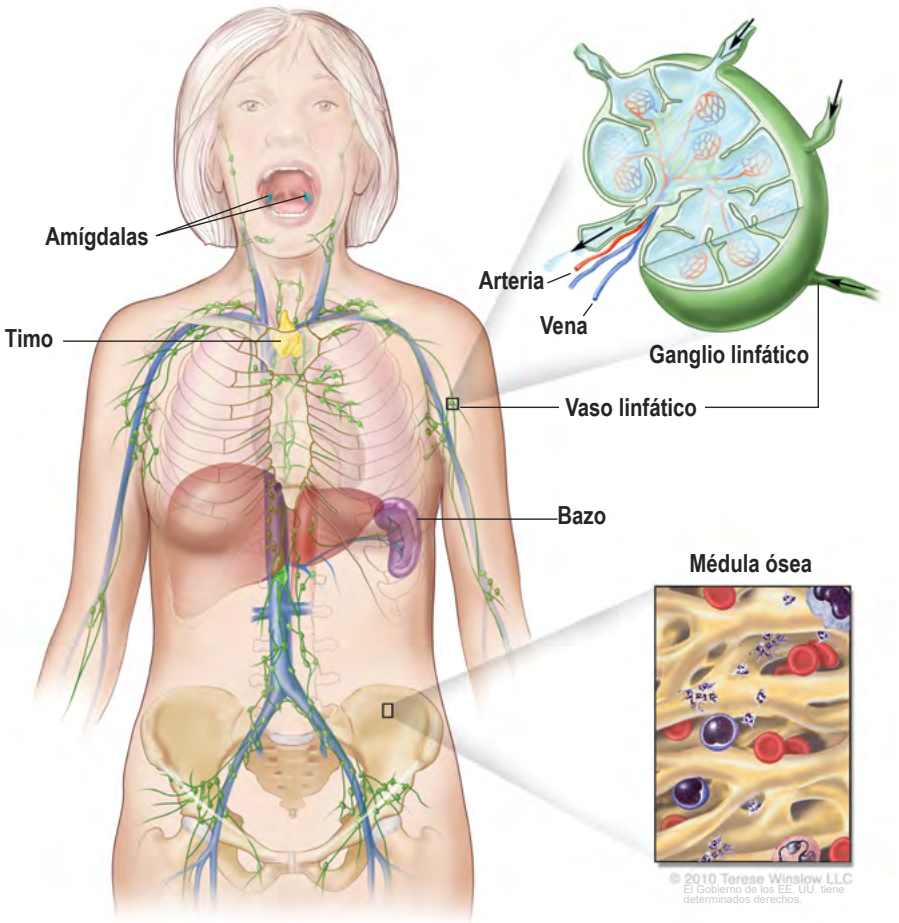
Los ganglios linfáticos pueden agrandarse debido a infecciones, inflamaciones o cáncer. Muchos tipos de linfomas, incluido el LDCBG, provocan un agrandamiento indoloro de los ganglios linfáticos debido al crecimiento de las células cancerosas.

¿Cómo se trata el LDCBG?

Para este tipo de cáncer, se indica tratamiento farmacológico (sistémico) que se distribuye por el torrente sanguíneo para eliminar las células de linfoma en todo el cuerpo. El objetivo del tratamiento es curar la enfermedad cuando es posible. Para muchas personas con LDCBG, el primer tratamiento suele ser una combinación de quimioterapia e inmunoterapia, llamada quimioinmunoterapia. La radioterapia puede administrarse tras finalizar el tratamiento sistémico, o puede considerarse la radioterapia sola como tratamiento paliativo. La cirugía no es una parte habitual del tratamiento del LDCBG.

El LDCBG es el tipo más frecuente de linfoma de células B

Los linfomas de células B comienzan en el sistema linfático. El sistema linfático es una parte del sistema inmunitario. Incluye los vasos y ganglios linfáticos, las amígdalas, el timo, el bazo y la médula ósea. La médula ósea es la principal productora de células sanguíneas, entre las que se encuentran los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas.



En esta guía, encontrará recomendaciones de tratamiento para el LDCBG y otros linfomas de células B grandes, por ejemplo:

- Linfomas de células B grandes ALK positivo
- Linfomas primarios mediastínicos de células B grandes
- Linfomas de células B de alto grado
- Linfomas mediastínicos de zona gris
- LDCBG cutáneo primario tipo pierna

Si le han diagnosticado LDCBG, considere la posibilidad de obtener la opinión de un especialista en este tipo de cáncer.

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudarle esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2
Pruebas para el LDCBG

9 Tipos de linfomas de células B grandes

10 Pruebas médicas generales

11 Fertilidad (todos los géneros)

12 Análisis de sangre

13 Biopsia

14 Inmunofenotipificación

15 Pruebas de biomarcadores y cambios genéticos del LDCBG

18 Estudios de diagnóstico por imágenes

19 Punción lumbar

19 Pruebas cardíacas

20 Puntos clave

20 Preguntas para hacer

Se deben realizar estudios precisos para diagnosticar y tratar el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG). En este capítulo, se describen las distintas pruebas y procedimientos que pueden indicarle. Puede omitir la información que no le interese.

Tipos de linfomas de células B grandes

Los linfomas de células B grandes tienen células B grandes y anormales. Hay muchos tipos de linfomas de células B grandes. El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es solo uno de ellos. Se necesitan pruebas precisas para determinar el tipo de linfoma de células B grandes. Para conocer los tipos de linfomas de células B grandes, consulte la **Guía 1**.

Guía 1
Tipos de linfomas de células B grandes

LDCBG, no especificado de otra manera (NOS)	Linfoma de células B grandes asociado a fibrina
Linfoma de células B grandes rico en células T/histiocitos	Linfoma de células B grandes asociado a hipervolemia
LDCBG/linfoma de células B de alto grado con reordenamientos de *MYC* y *BCL6*	Linfoma plasmoblástico
Linfoma de células B grandes ALK positivo	Linfoma primario de células B grandes de sitios inmunoprivilegiados
Linfoma de células B grandes con reordenamiento de *IRF4*	LDCBG cutáneo primario tipo pierna
Linfoma de células B de alto grado con aberraciones de 11q	Linfoma intravascular de células B grandes
Granulomatosis linfomatoide	Linfoma primario mediastínico de células B grandes
LDCBG asociado al virus de Epstein-Barr	Linfoma mediastínico de zona gris
LDCBG asociado con la inflamación crónica	Linfoma de células B de alto grado, NOS

Pruebas médicas generales

A continuación, se describen algunas pruebas médicas generales. Las posibles pruebas para planificar el tratamiento se encuentran en la **Guía 2**.

Guía 2
Pruebas para diagnosticar el LDCBG y planificar el tratamiento

Biopsia y análisis anatomopatológico
Inmunofenotipificación con inmunohistoquímica y citometría de flujo, y pruebas de biomarcadores como la hibridación fluorescente *in situ* (FISH)
Examen físico con especial atención a las zonas con ganglios linfáticos (inclusive el anillo de Waldeyer) y al tamaño del hígado y del bazo
Estado funcional
Síntomas B (fiebre, sudoración nocturna abundante y disminución de más del 10 % del peso corporal durante 6 meses)
Hemograma completo con fórmula leucocitaria, lactato deshidrogenasa, perfil metabólico completo, ácido úrico y análisis de hepatitis B
TEP/TC (preferido) o TC con medio de contraste de tórax, abdomen y zona pélvica
Cálculo del índice de pronóstico internacional (IPI) que predice la supervivencia general y libre de progresión del LDCBG en función de los factores de riesgo
Prueba de embarazo para personas en edad fértil
Posibles: • Pruebas cardíacas • TC o RM de cabeza o cuello con medio de contraste • Análisis de VIH • Análisis de hepatitis C • Microglobulina beta 2 • Punción lumbar para personas con riesgo de afectación del sistema nervioso central (SNC) • Biopsia de médula ósea con o sin aspiración • Charla sobre la conservación de la fertilidad

Antecedentes médicos

Es un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Indagan sobre cirugías anteriores y afecciones de salud actuales. Si tiene antecedentes de trastornos reumatológicos o de trasplante de órganos sólidos y sus tratamientos, es muy importante que comparta esta información con su equipo de atención médica. Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos interactúan y afectan a los medicamentos que su equipo de atención médica puede recetarle. Como no hay mucha información publicada sobre cómo interactúan ciertos suplementos con los medicamentos convencionales, su equipo de atención médica puede recomendar suspender muchos de ellos durante el tratamiento.

Antecedentes familiares

Al igual que otras enfermedades, algunos tipos de cáncer pueden ser hereditarios. Su equipo de atención médica le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares. Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia sobre problemas de salud, como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. Es importante saber cuál es el cáncer específico, dónde comenzó, si se encuentra en varios lugares y si se hicieron pruebas genéticas.

Examen físico

Durante un examen físico, el profesional de la salud puede:

- palpar y aplicar presión en distintas partes del cuerpo para determinar si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando los toca;
- palpar los ganglios linfáticos agrandados en el cuello, la axila y la ingle.

Estado funcional

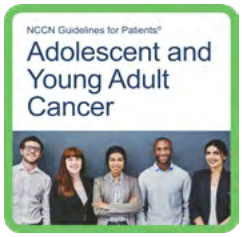
El estado funcional es una clasificación del nivel general de su aptitud física y su capacidad para realizar tareas de la vida diaria. Incluye si puede caminar, trabajar y cuidarse por su cuenta. Es un factor que se tiene en cuenta al elegir un plan de tratamiento.

Fertilidad (todos los géneros)

El tratamiento sistémico puede afectar su fertilidad o la capacidad para tener hijos. Si cree que desea tener hijos en el futuro, consulte a su equipo de atención médica la forma en que el tratamiento del linfoma podría afectar su fertilidad.

La preservación de la fertilidad consiste en dejar sus opciones abiertas, ya sea que sepa que desea tener hijos más adelante o que no tenga la certeza. Los especialistas en fertilidad y reproducción pueden brindarle ayuda para decidir qué es lo mejor en su caso.

Puede encontrar más información sobre la conservación de la fertilidad en *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer en adolescentes y adultos jóvenes* NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Prevención del embarazo durante el tratamiento

Es importante prevenir el embarazo durante el tratamiento. El tratamiento del linfoma puede afectar los ovarios, dañar los espermatozoides y perjudicar el desarrollo del bebé durante el embarazo. Por lo tanto, debe evitarse el embarazo, ya sea propio o de su pareja, durante el tratamiento. Si está gestando o amamantando en el momento del diagnóstico de linfoma, es posible que los tratamientos deban adaptarse.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Se necesita una muestra de sangre, que se toma con una aguja que se coloca en una vena.

A continuación, se describen los posibles análisis de sangre. Se enumeran en orden alfabético, pero no en orden de importancia.

Hemograma completo y fórmula leucocitaria

El hemograma completo mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. La fórmula leucocitaria cuenta la cantidad de cada tipo de glóbulo blanco (neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos). Además, verifica si las cantidades están equilibradas entre sí.

Perfil metabólico completo

El perfil metabólico completo mide distintas sustancias de la sangre. Proporciona información importante sobre el funcionamiento del hígado y los riñones, entre otros aspectos.

Índice de pronóstico internacional

El índice de pronóstico internacional (IPI) es un sistema de puntuación para la predicción del pronóstico de las personas con linfoma. El pronóstico es el curso que probablemente tomará su enfermedad. El IPI se basa en la edad, el estado funcional, el estadio del cáncer según Ann Arbor, los resultados de la lactato deshidrogenasa y si se detecta cáncer en más de una zona además de los ganglios linfáticos.

Análisis de hepatitis B y C

Las infecciones por el virus de la hepatitis B y C pueden afectar al hígado. El análisis de sangre de hepatitis muestra si tuvo esta enfermedad en el pasado o si la tiene en la actualidad. Algunos tratamientos para el linfoma pueden despertar (o reactivar) el virus. Si esto sucede, se puede dañar el hígado.

Análisis de VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debilita el sistema inmunitario, lo que incrementa el riesgo de padecer diversos tipos de cáncer. Puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La prueba de anticuerpos contra el VIH detecta anticuerpos contra este virus en una muestra de sangre. Es importante que el médico sepa si alguna vez se ha infectado con el VIH. Se recomienda la prueba de detección de VIH para las personas con un nuevo diagnóstico de linfoma.

Lactato deshidrogenasa

La lactato deshidrogenasa (LDH) o deshidrogenasa del ácido láctico es una proteína que se encuentra en la mayoría de las células, incluso en los glóbulos rojos y en las células pulmonares. Las células que mueren liberan LDH en la sangre. Las células de rápido crecimiento, como las del linfoma, también liberan LDH.

Prueba de embarazo

Si el tratamiento previsto podría afectar el embarazo, quienes puedan gestar deberán realizarse una prueba de embarazo antes de comenzar el tratamiento.

Ácido úrico

Cuando se degrada el ADN, las células liberan ácido úrico. Es un producto de desecho normal que se disuelve en la sangre y se filtra a través de los riñones, donde se expulsa del cuerpo en forma de orina. El nivel excesivo de ácido úrico en el cuerpo se denomina hiperuricemia. En el caso del LDCBG, puede deberse a una renovación rápida (muerte celular) de las células del linfoma. Un nivel alto de ácido úrico podría ser un efecto secundario del tratamiento. Los niveles muy elevados de ácido úrico en la sangre pueden causar cálculos renales, daño renal y gota (inflamación de las articulaciones).

Biopsia

La biopsia consiste en la extracción de una muestra de tejido del cuerpo para su análisis. Es una parte importante para realizar un diagnóstico preciso del linfoma. Un anatomopatólogo experto en linfoma debe analizar su muestra. El anatomopatólogo (o hematopatólogo) observará el aspecto general, el tamaño, la forma y el tipo de las células y escribirá un informe. Este análisis suele denominarse análisis histológico, histopatológico o hematopatológico. Se realizan pruebas en las células obtenidas por biopsia para diagnosticar el LDCBG con precisión.

“Tuve mucha suerte de encontrar un oncólogo y un equipo de atención médica expertos con quienes pude hablar con franqueza y honestidad durante y después del tratamiento. Esto dio lugar a una toma de decisiones compartida sobre mi atención. Gracias a ello estoy aquí 35 años después”.



Estos son los tipos de biopsias:

- En la **aspiración con aguja fina**, se utiliza una aguja delgada para extraer una muestra de tejido.
- En la **biopsia por punción con aguja gruesa**, se utiliza una aguja hueca para extraer una muestra de tejido más grande.
- La **biopsia por incisión** extrae una pequeña cantidad de tejido a través de un corte en la piel o en el cuerpo.
- La **biopsia por escisión** extrae el tumor entero a través de un corte en la piel o en el cuerpo.
- La **biopsia de ganglios linfáticos** toma tejido de un ganglio linfático. Esto se explica con más detalle a continuación.

Cuando es posible, se prefieren las muestras de tejido de mayor tamaño que se obtienen mediante biopsias por escisión, por incisión o de ganglios linfáticos para diagnosticar el LDCBG.

Biopsia de ganglios linfáticos

Es posible que se necesite una biopsia de ganglios linfáticos para diagnosticar el LDCBG. Los ganglios linfáticos pueden ser demasiado pequeños para verse o palparse. En ocasiones, los ganglios linfáticos pueden estar inflamados, agrandados o duros, o bien no moverse al presionarlos (fijos o inmóviles). Se puede realizar una biopsia de ganglios linfáticos mediante punción o como procedimiento para extirpar (resecar) un ganglio linfático.

Análisis de médula ósea

Se pueden realizar análisis de médula ósea de acuerdo con su situación.

Hay dos tipos de análisis de médula ósea que suelen realizarse al mismo tiempo:

- Aspiración
- Biopsia

La médula ósea es como una esponja que retiene líquido y células. La aspiración recolecta parte del líquido y células de esa esponja, y la biopsia extrae una parte de la esponja.

La aspiración y la biopsia de médula ósea son procedimientos que se realizan en el consultorio. No son cirugías y, por lo general, no requieren el uso de quirófano. Su equipo de atención médica tratará de que sienta la mayor comodidad posible durante los procedimientos.

Normalmente, las muestras se toman de la parte posterior de la pelvis. Es probable que deba acostarse boca abajo o de costado. Para la aspiración, se introduce una aguja hueca en la médula ósea a través de la piel. La médula ósea líquida se extrae con una jeringa. Para la biopsia, se usa una aguja más ancha a fin de extraer un pequeño trocito de médula ósea. Puede sentir dolor en la cadera durante algunos días. Pueden aparecer moretones en la piel.

Inmunofenotipificación

La inmunofenotipificación es un proceso que utiliza anticuerpos para detectar la presencia o ausencia de ciertos antígenos de los glóbulos blancos, llamados biomarcadores. Estos antígenos son proteínas que se pueden encontrar en la superficie o dentro de los glóbulos blancos. Ayudan al anatomopatólogo a determinar el tipo de células presentes en el tumor. Determinados biomarcadores ayudan a identificar el LDCBG o son el objetivo del tratamiento de este cáncer.

Las agrupaciones específicas de antígenos son normales. Sin embargo, algunos patrones específicos de antígenos, llamados inmunofenotipo, se encuentran en las células anormales, incluso en las del LDCBG.

La inmunofenotipificación se puede realizar mediante técnicas especializadas llamadas citometría de flujo o inmunohistoquímica. Estas técnicas se utilizan para distinguir el LDCBG de otros tipos de linfomas. El inmunofenotipo puede cambiar a medida que avanza el linfoma.

La inmunofenotipificación se utiliza para respaldar el diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico preciso requiere que un anatomopatólogo (o hematopatólogo) capacitado examine el tejido para detectar células anormales observadas al microscopio. Es posible que se necesiten más pruebas para establecer un subtipo.

El LDCBG se divide en dos categorías amplias:

- Células B de centro germinal (GCB)
- No GCB

La inmunofenotipificación se utiliza para establecer el diagnóstico y si el linfoma se origina en el centro germinal o no. El origen influye en las opciones de tratamiento inicial.

Citometría de flujo

La citometría de flujo es un método de laboratorio que se utiliza para detectar, identificar y contar células específicas. Implica teñir las células con un tinte sensible a la luz. Las células teñidas se pasan a través de un haz de luz en una máquina. La máquina mide la cantidad de células y aspectos como su tamaño y forma.

La citometría de flujo se puede usar en células de sangre circulante (periférica), médula ósea o una biopsia. Se la utiliza con más frecuencia para identificar marcadores en las células, particularmente en el sistema inmunitario (llamado inmunofenotipificación).

Los estudios llevan tiempo. Los resultados de los estudios pueden tardar días o semanas en llegar.

Inmunohistoquímica

La inmunohistoquímica (IHQ) utiliza un proceso de tinción especial que implica incorporar marcadores químicos a las células inmunitarias. Luego, las células se estudian con un microscopio. La IHQ detecta el inmunofenotipo de las células de una biopsia o muestra de tejido.

Pruebas de biomarcadores y cambios genéticos del LDCBG

Las pruebas de biomarcadores y genéticas se utilizan para conocer más sobre su tipo de LDCBG, con el fin de orientar el tratamiento y determinar la evolución probable de su linfoma (pronóstico). Esta prueba genética es diferente del análisis genético de antecedentes familiares o el de riesgo de cáncer. Detecta cambios solo en las células del LDCBG que se han desarrollado con el tiempo y no los cambios en el resto de las células del cuerpo.

Dentro de nuestras células, hay moléculas de ADN. Estas moléculas están muy comprimidas en lo que se conoce como un cromosoma. Los cromosomas contienen la mayor parte de la información genética de la célula. Las células humanas normales contienen 23 pares de cromosomas para un total de 46 cromosomas. Cada cromosoma contiene miles de genes. La mayoría de los genes contienen información para producir una proteína específica. Una mutación se produce cuando hay errores en el código genético. Las proteínas se escriben sin cursiva, por ejemplo: BCL6. Los genes se escriben en cursiva, por ejemplo: *BCL6.* Cuando

se encuentra (expresa) un gen o una proteína, se muestra con un signo más (+), como en el caso de CD10+. Cuando no se detecta un gen o una proteína, se escribe con un signo menos (-), como en el caso de CD10-.

Las células del LDCBG a veces tienen cambios en los genes y cromosomas que se pueden observar bajo el microscopio o se pueden encontrar con otras pruebas.

- Estudiar las células del LDCBG permite reunir información específica sobre su linfoma para ayudar a orientar el tratamiento.
- Algunos resultados pueden tardar de días a semanas, pero el tratamiento puede comenzar antes de que estén todos los resultados.

Para obtener más información sobre las pruebas para diagnosticar el LDCBG, consulte la **Guía 3**.

Prueba de marcadores tumorales de microglobulina beta 2

La microglobulina beta 2 (B2M) es una proteína que se puede encontrar en la sangre, la orina o el líquido que rodea la columna vertebral y el cerebro. La B2M es un tipo de marcador tumoral. Los marcadores tumorales son sustancias producidas por células cancerosas o por células normales en respuesta al linfoma en el cuerpo.

Prueba del virus de Epstein-Barr

La hibridación *in situ* del ARN codificado por el virus de Epstein-Barr (EBER-ISH) se utiliza para detectar el virus de Epstein-Barr (VEB) en muestras de tejido. En ocasiones, el VEB puede encontrarse en personas con LDCBG. Esta prueba puede ayudar a determinar el subtipo de LDCBG.

Guía 3
Pruebas de biomarcadores y genéticas del LDCBG

Necesarias	• Biopsia con análisis hematopatológico • Perfil de IHQ: CD3, CD20, CD10, CD21, BCL2, BCL6, IRF4/MUM1 y MYC con o sin análisis de marcadores de superficie celular por citometría de flujo: kappa/lambda, CD3, CD5, CD19, CD10, CD20 y CD45 • FISH para *MYC* • FISH para reordenamientos de *BCL2* y *BCL6* si es *MYC* positivo
En algunos casos	• Estudios de IHQ adicionales para determinar el subtipo de LCBG: ciclina D1, kappa/lambda, CD5, CD30, CD45, CD138, cinasa del linfoma anaplásico (ALK), virus del herpes humano tipo 8 (HHV8), SOX11 y Ki-67 • Hibridación *in situ* de la región codificante de Epstein-Barr (EBER-ISH) • FISH para reordenamientos de *IRF4/MUM1* • Pruebas de perfil multigénico con perfil de linfoma

Análisis moleculares del LDCBG

Los análisis moleculares que utilizan métodos como la hibridación fluorescente *in situ* (FISH), la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y las pruebas de perfil multigénico (MGPT) detectan cambios o anomalías específicos de las células del LDCBG. Se puede utilizar una muestra de sangre, médula ósea o ganglios linfáticos para determinar si las células cancerosas del LDCBG tienen mutaciones o anomalías genéticas específicas.

Algunas anomalías genéticas pueden determinar el tipo de tratamiento que se administra. Con el tiempo, pueden producirse cambios sutiles, nuevos y resistentes a los medicamentos. Pueden presentarse durante determinados tratamientos y causar resistencia a ellos.

Translocaciones

La translocación es un intercambio de partes entre dos cromosomas. La translocación entre los cromosomas 14 y 18 se escribe t(14;18). También puede denominarse reordenamiento del gen *BCL2*. Las translocaciones específicas pueden ayudar a distinguir entre tipos de linfomas.

- Los reordenamientos genéticos de *MYC*, *BCL2* y *BCL6* suelen encontrarse en el LDCBG.

Reordenamiento del gen *MYC*

El gen *MYC* (protooncogén) se encuentra en el cromosoma 8. Por lo general, un reordenamiento del gen *MYC* (MYC-R) se encuentra con un reordenamiento de los genes *BCL2* o *BCL6*.

Reordenamiento del gen *BCL2*

El gen *BCL2* (linfoma de células B 2) se encuentra en el cromosoma 18. La transferencia del gen *BCL2* a un cromosoma diferente hace que la proteína BCL2 se produzca en mayores cantidades, lo que puede evitar que las células de linfoma mueran.



Cambios genéticos del LDCBG

Los genes y cromosomas de las células del LDCBG pueden presentar cambios. Las pruebas moleculares detectan estos cambios o anomalías que son exclusivos de las células del LDCBG.

Algunos ejemplos son los siguientes:

- **Amplificación**: cuando aumenta parte o todo el cromosoma o gen (por ejemplo, se duplica).
- **Supresión**: cuando se pierde parte de un cromosoma o gen.
- **Inserción**: cuando se incluye una parte nueva de un cromosoma o gen.
- **Inversión**: cuando se intercambian partes dentro de un cromosoma.
- **Mutación puntual**: cuando cambia parte de un gen.
- **Translocación de un cromosoma y reordenamiento genético**: cuando se intercambian partes entre dos cromosomas. Cuando se describe a nivel del cromosoma, se denomina translocación. Cuando se describe a nivel del gen, se llama reordenamiento.

Reordenamiento del gen *BCL6*

El gen *BCL6* (linfoma de células B 6) se encuentra en el cromosoma 3. El reordenamiento de *BCL6* es la anomalía cromosómica más frecuente en el LDCBG.

Supresiones

Cuando falta parte de un cromosoma, se denomina supresión. Por ejemplo, en del(7q), falta (se suprimió) la parte "q" del cromosoma 7. En algunos tipos de linfomas difusos de células B, se pueden encontrar supresiones cromosómicas específicas, pero también se pueden encontrar en otros trastornos y tipos de cáncer sanguíneos.

FISH

La hibridación fluorescente *in situ* (FISH) es un método en el que se utilizan tintes especiales, llamados sondas, que se adhieren a partes del ADN. Dado que esta prueba no necesita células en crecimiento, se puede realizar en una muestra de médula ósea, ganglios linfáticos o sangre.

Con la FISH, se pueden encontrar translocaciones que son demasiado pequeñas para ser vistas con otros métodos. Sin embargo, solo puede utilizarse para cambios específicos conocidos. No se pueden detectar todos los cambios posibles que se encuentran en los cromosomas o los genes.

- Por ejemplo, el método FISH se utiliza para detectar reordenamientos de los genes *MYC*, *BCL2* y *BCL6*.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En estos estudios, se toman imágenes de zonas internas del cuerpo para detectar cáncer, ganglios linfáticos agrandados y otras anomalías que pueden indicar la presencia de un linfoma. Un radiólogo, experto que interpreta las imágenes de los estudios, redactará un informe y lo enviará a su equipo de atención médica.

Los estudios de diagnóstico por imágenes se utilizan para observar zonas afectadas por el linfoma y son parte de la estadificación del LDCBG. A continuación, se describen los posibles estudios de diagnóstico por imágenes. Se incluyen en orden alfabético, no en orden de importancia. No le harán todas estas pruebas.

Medio de contraste

Es una sustancia que se usa para mejorar la calidad de las TC y RM. Se usa para que las imágenes sean más claras. No todos los estudios de diagnóstico por imágenes requieren medios de contraste, pero muchos sí.

El medio de contraste se puede tomar por boca (vía oral) o se puede administrar por una vena (vía intravenosa o IV). Los tipos varían y son diferentes para la TC y la RM.

Avise a su equipo de atención médica si ha tenido reacciones alérgicas al medio de contraste en el pasado. Esto es importante. Es posible que le administren medicamentos para evitar los efectos de dichas alergias. Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien.

TC

La tomografía computarizada (TC o TAC) usa rayos X y tecnología informática para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes se combinan para hacer una imagen detallada. La TC de cabeza, cuello, tórax, abdomen y pelvis puede ser una de las pruebas que se indican para detectar el linfoma. En la mayoría de los casos, se utiliza un medio de contraste.

RM

La resonancia magnética o RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar imágenes del interior del cuerpo. En la RM, no se utiliza radiación de alta energía (ionizante). Debido a los imanes muy potentes que se utilizan en el resonador, informe al técnico si tiene algún metal

o marcapasos en el cuerpo. Suele usarse un medio de contraste.

Las RM tardan más que las TC. El resonador magnético cerrado tiene un diseño de cápsula en la que el imán rodea a la persona. El resonador magnético abierto tiene un imán en la parte superior y en la inferior, lo que permite que haya una abertura en cada extremo. Los resonadores cerrados son más comunes que los abiertos. Por lo tanto, si tiene claustrofobia (miedo a los espacios cerrados), asegúrese de mencionárselo a su equipo de atención médica.

La RM puede utilizarse para evaluar el cerebro y la médula espinal.

TEP

Durante la tomografía por emisión de positrones o TEP, se utiliza una sustancia radiactiva llamada radiomarcador. Este se inyecta en una vena para ver en qué lugar del cuerpo se encuentran las células del linfoma y cuánta glucosa consumen, porque las células malignas metabolizan la glucosa con más rapidez que las células normales. Gracias a esto, se puede obtener una idea de qué tan rápido están creciendo estas células. El linfoma aparece como puntos brillantes en las TEP. Sin embargo, no todos los tumores aparecen en una TEP y no todos los puntos brillantes son linfoma. Es normal que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP. La inflamación o las infecciones también pueden verse como un punto brillante. Cuando la TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como TEP/TC.

Ecografía escrotal

En ocasiones, el LDCBG se puede encontrar en los testículos. La ecografía escrotal utiliza ondas sonoras para generar imágenes del escroto. El escroto es la bolsa de piel en la base del pene que contiene los testículos.

Punción lumbar

El linfoma puede llegar al líquido que rodea la columna vertebral y el cerebro. Esto puede causar síntomas como dolor de cabeza, dolor de cuello y sensibilidad a la luz. Para determinar si existen células de linfoma en el sistema nervioso central (SNC), es necesario tomar una muestra de líquido cefalorraquídeo y analizarla. La punción lumbar es un procedimiento mediante el que se extrae líquido cefalorraquídeo. También se le denomina como punción de la médula espinal. Se puede utilizar una punción lumbar para inyectar fármacos contra el cáncer en el líquido cefalorraquídeo. Esto se llama quimioterapia intratecal (IT). Cuando el tratamiento sistémico y la terapia IT se administran juntos para prevenir la enfermedad del SNC, se denomina profilaxis del SNC.

Pruebas cardíacas

Las pruebas cardíacas o del corazón se realizan para evaluar qué tan bien funciona este órgano. Estas pruebas pueden utilizarse para controlar los efectos secundarios del tratamiento o medir la función cardíaca antes de iniciar el tratamiento. Es posible que se realice la derivación a un especialista en corazón llamado cardiólogo.

Puntos clave

- Durante el tratamiento y la recuperación del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), se utilizan análisis de sangre para verificar los valores del hemograma, los resultados del tratamiento y la salud de los órganos.
- En una biopsia, se extrae tejido o fluido para analizarlo. Es una parte importante de un diagnóstico preciso del LDCBG.
- Pueden realizarse análisis de laboratorio a la muestra de su biopsia para obtener más información sobre el LDCBG y elegir el mejor tratamiento para usted.
- La inmunofenotipificación se utiliza para diagnosticar e identificar el subtipo específico de LDCBG.
- Las pruebas genéticas y de biomarcadores se utilizan para tener más información sobre el subtipo de LDCBG, dirigir el tratamiento y determinar el curso probable que tomará el linfoma.
- En el LDCBG, pueden encontrarse reordenamientos de los genes *MYC*, *BCL2* y *BCL6*.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes se utilizan para observar zonas afectadas por el linfoma y son parte de la estadificación del LDCBG.

Preguntas para hacer

- ¿Qué me puede decir sobre mi tipo de LDCBG y su estadio? ¿Cuál es el pronóstico?
- ¿Qué sitios web sobre mi afección me recomienda? ¿Tiene alguna información que pueda llevarme a casa para leer?
- ¿Hay algún hospital o centro oncológico cercano que se especialice en el tratamiento del linfoma?
- ¿A qué tipo de biopsia me someteré?
- ¿Qué tipos de pruebas genéticas y de biomarcadores se realizarán en la muestra de biopsia? ¿En cuánto tiempo recibiré los resultados?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se proporciona información sobre los tipos de tratamiento y qué esperar de ellos.

3
Tipos de tratamiento

22 Su equipo de atención médica

22 Fases de tratamiento

23 Tratamiento sistémico

24 Quimioterapia

24 Quimioinmunoterapia

24 Inmunoterapia

26 Tratamiento dirigido

26 Otros tratamientos sistémicos

27 Radioterapia

28 Trasplante de células hematopoyéticas

28 Cirugía

29 Ensayos clínicos

31 Puntos clave

31 Preguntas para hacer

Hay más de un tratamiento para los linfomas difusos de células B grandes (LDCBG). En este capítulo, se presenta una descripción general de los tipos posibles de tratamiento y qué puede esperar. No todas las personas reciben el mismo tratamiento. Las opciones de tratamiento se basan en muchos factores. Juntos, usted y su equipo de atención médica elegirán un plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Su equipo de atención médica

El tratamiento del linfoma requiere un abordaje en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo de profesionales de atención médica y atención psicosocial de diferentes entornos que tengan conocimiento y experiencia sobre su tipo de linfoma. Este equipo debe reunirse para planificar e implementar su tratamiento.

Fases de tratamiento

El objetivo del tratamiento es la remisión, lo que significa que no hay indicios de linfoma. Es posible que escuche a su equipo de atención médica usar los siguientes términos.

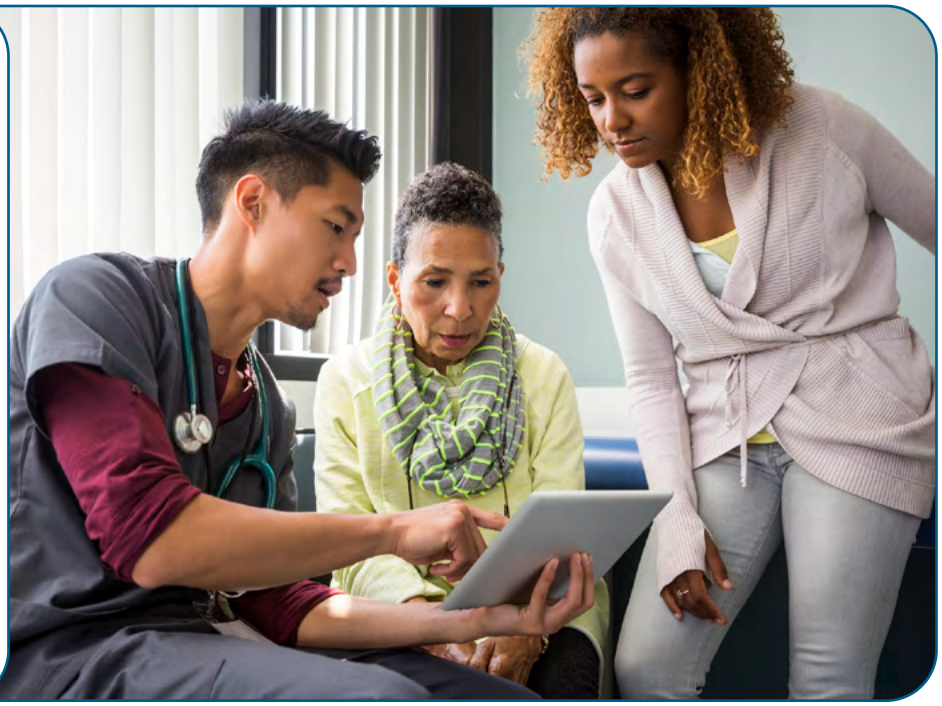
Tratamiento de primera línea

El tratamiento de primera línea es la primera fase del tratamiento. El objetivo es la respuesta completa o la remisión total. Después de completar el tratamiento de primera línea, le harán pruebas para detectar una respuesta (remisión).

Remisión

Hay distintos tipos de remisión. Cuando no hay indicios de linfoma, se denomina respuesta completa o remisión total. La remisión puede ser a corto plazo (temporal) o de larga duración (permanente). En la respuesta parcial, el linfoma

El tratamiento habitual es la mejor manera que se conoce para tratar una enfermedad particular de acuerdo con los ensayos clínicos anteriores. Puede haber más de un esquema terapéutico que se considere el tratamiento habitual. Pregúntele a su equipo de atención médica las opciones de tratamiento con las que cuenta y si podría participar de un ensayo clínico.



aún está presente, pero se ha reducido en tamaño o cantidad.

Recidiva

Cuando el LDCBG reaparece después de un período de remisión, se denomina recidiva. El objetivo del tratamiento es volver a lograr la remisión. La recidiva es muy grave. Es importante que pregunte sobre su pronóstico.

Resistente al tratamiento

Cuando el LDCBG persiste y no responde al tratamiento, se denomina cáncer resistente al tratamiento. El LDCBG puede ser resistente al comienzo del tratamiento o volverse resistente durante el tratamiento. La enfermedad resistente es muy grave. Es importante que pregunte sobre su pronóstico.

Vigilancia y seguimiento

Se le hará un seguimiento durante el tratamiento y después de este. Durante la vigilancia, se supervisa cualquier cambio en su afección. Se le realizarán pruebas durante el período de vigilancia para verificar si hay signos de recidiva. Es posible que también se lo conozca como seguimiento activo.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Quimioterapia, quimioinmunoterapia, inmunoterapia y tratamiento dirigido son algunos tipos. Este tipo de tratamiento puede usarse solo o en combinación con otras terapias. Los objetivos del tratamiento sistémico pueden ser curativos o paliativos y se deben analizar antes de comenzarlo.

Acerca de las recomendaciones de la NCCN para el tratamiento

Para el LDCBG se indica tratamiento sistémico, radioterapia o una combinación de ambos.

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía se consideran recomendados y adecuados por los miembros de nuestro comité de expertos de la NCCN para el LDCBG. Este comité suele asignar niveles de preferencia a las recomendaciones de tratamiento como se describe a continuación.

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y pueden ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos** que funcionan mejor para individuos cuyo cáncer presenta determinadas características o circunstancias de salud específicas.

La elección del tratamiento tiene en cuenta muchos factores, como la edad, otros problemas de salud graves y las posibilidades de tratamiento futuras (como un trasplante de células hematopoyéticas o un tratamiento con células T-CAR). Sus preferencias sobre el tratamiento son importantes. Si tiene creencias religiosas o personales sobre ciertos tipos de tratamiento, ahora es el momento de compartirlas con su equipo de atención médica.

Quimioterapia

La quimioterapia elimina las células de rápida división en todo el cuerpo, tanto las de linfoma como algunas de las normales. Se puede utilizar más de un medicamento de quimioterapia para tratar el LDCBG. Cuando se usa solo un medicamento, se lo denomina monoquimioterapia. Cuando se utilizan dos o más medicamentos de quimioterapia, se denomina biquimioterapia o poliquimioterapia.

Algunos medicamentos de quimioterapia son líquidos que se administran a través de una vena o se inyectan debajo de la piel con una aguja. Otros medicamentos de quimioterapia se administran por vía oral como comprimidos. La dosis difiere entre las personas porque se basa en la altura y el peso corporal.

La quimioterapia intratecal se inyecta en el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal.

La mayoría de las quimioterapias se realizan en ciclos con días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del próximo ciclo. La duración de los ciclos varía según los medicamentos que se utilicen. La cantidad de días de tratamiento por ciclo y la cantidad de ciclos que se administran también varían. Es posible que pase algún tiempo en el hospital durante el tratamiento.

Quimioinmunoterapia

La quimioinmunoterapia, también llamada inmunoquimioterapia, incluye medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia para tratar el linfoma. Se utilizan varios esquemas de quimioinmunoterapia para tratar el LDCBG.

Estos son algunos ejemplos:

- **RCHOP**: rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona
- **Pola-R-CHP**: polatuzumab vedotina-piiq (Polivy), rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina y prednisona

Inmunoterapia

La inmunoterapia aumenta la actividad del sistema inmunitario. Al hacerlo, mejora la capacidad del cuerpo para detectar y destruir células del linfoma. La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con otros tipos de tratamiento.

Tratamiento con anticuerpos

Los tratamientos con anticuerpos monoclonales y con anticuerpos biespecíficos usan anticuerpos para ayudar al sistema inmunitario del organismo a combatir el linfoma, las infecciones u otras enfermedades. Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario que se unen a marcadores específicos (proteínas) en células o tejidos.

Tratamiento con anticuerpos monoclonales

El anticuerpo monoclonal (AcM) se produce a partir de un único glóbulo blanco, como una célula B o una célula plasmática. Los anticuerpos monoclonales que se utilizan en el tratamiento del LDCBG pueden destruir las células del linfoma directamente o ayudar al sistema inmunitario a eliminarlas.

Tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos a CD19

Tafasitamab-cxix (Monjuvi) se utiliza para tratar el LDCBG al dirigirse a la proteína CD19.

Tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos a CD20

Los anticuerpos monoclonales dirigidos a CD20 (también llamados AcM anti-CD20), como el rituximab (Rituxan o biosimilares) y el obinutuzumab (Gazyva), se dirigen a la proteína CD20 que se encuentra en la superficie de los células B y del LDCBG. El fármaco se une a la proteína CD20 y alerta al sistema inmunitario sobre el LDCBG. Esto hace que las células inmunitarias normales destruyan las células del linfoma.

Tratamiento con anticuerpos monoclonales dirigidos a PD-1

El pembrolizumab (Keytruda) y el nivolumab (Opdivo) con o sin brentuximab vedotina (un conjugado de anticuerpo y fármaco) podrían utilizarse para tratar el linfoma primario mediastínico de células B grandes recidivante o resistente al tratamiento. Estos medicamentos bloquean la capacidad de las células cancerosas de esconderse del sistema inmunitario del organismo.

Tratamiento con anticuerpos biespecíficos

Los anticuerpos biespecíficos se unen a dos proteínas diferentes (antígenos CD20 y CD3) al mismo tiempo, uno a las células T inmunitarias y el otro a las células del linfoma. El tratamiento con anticuerpos biespecíficos involucra a las células T, las activa y las redirige al lugar del linfoma para tratarlo. Algunos ejemplos de tratamientos biespecíficos son epcoritamab-bysp (Epkinly), glofitamab-gxbm (Columvi) y mosunetuzumab-axgb (Lunsumio).



Advertencias sobre interacciones de los medicamentos y suplementos

Algunos suplementos y alimentos pueden afectar la capacidad de un medicamento para tratar el linfoma. Esto se conoce como interacción farmacológica. Como no hay mucha información publicada sobre cómo interactúan ciertos suplementos con los medicamentos convencionales, su equipo de atención médica puede recomendar suspender muchos de ellos durante el tratamiento.

Además, ciertos medicamentos pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Los antiácidos, los medicamentos para el corazón o la presión y los antidepresivos son solo algunos de los medicamentos que pueden interactuar con el tratamiento sistémico o los medicamentos del tratamiento complementario que se dan durante el tratamiento farmacológico sistémico.

Por eso, es muy importante que informe a su equipo de atención médica sobre todos los medicamentos, vitaminas, medicamentos de venta libre, suplementos herbarios u otros que esté tomando.

Lleve una lista con usted a cada consulta.

Tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19

El tratamiento con células T-CAR es una forma personalizada de inmunoterapia llamada tratamiento celular. Las células T de su cuerpo se extraen mediante un proceso llamado aféresis. Luego, se añade un CAR (receptor de antígeno quimérico) a sus células T. Esto programa las células T para que detecten y ataquen las células del linfoma. Las células T programadas se infunden nuevamente en el cuerpo después de un breve ciclo de quimioterapia (llamado quimioterapia linfocitorreductora). Se necesita quimioterapia para preparar el cuerpo para recibir las células T-CAR. Este tratamiento no es para todos los pacientes.

El tratamiento con células T-CAR es una manera de dirigirse a la proteína CD19 que se encuentra en casi todos los linfomas de células B, incluido el LDCBG. Las opciones de tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 para el LDCBG son axicabtagén ciloleucel (Yescarta), lisocabtagén maraleucel (Breyanzi) y tisagenlecleucel (Kymriah).

Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido afecta a características específicas o únicas de las células de linfoma. Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células de linfoma se desarrollan, se dividen y se desplazan en el cuerpo. Detienen o inhiben la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento o la supervivencia de las células de linfoma. Por ejemplo, el alectinib (Alecensa) y el lorlatinib (Lorbrena) actúan sobre la actividad de la proteína ALK presente en las personas con una mutación del gen *ALK*.

Otros tratamientos sistémicos

Conjugado de anticuerpo y fármaco

El conjugado de anticuerpo y fármaco (CAF) administra quimioterapia para células específicas. Se une a una proteína que se encuentra fuera de la célula cancerosa y, luego, penetra en la célula. Una vez dentro de ella, se libera la quimioterapia. Loncastuximab tesirine-lpyl (Zynlonta) es un CAF que se dirige a la proteína CD19. Polatuzumab vedotina-piiq (Polivy) se dirige a la proteína CD79b. Brentuximab vedotina (Adcetris) se dirige a la proteína CD30.

Inhibidor de enzimas

Un inhibidor de la topoisomerasa inhibe las enzimas involucradas en la división celular. Un ejemplo es el etopósido (Etopophos). Un inhibidor de la enzima topoisomerasa puede utilizarse con otros tipos de quimioterapia.

Inmunomodulador

Un inmunomodulador cambia el sistema inmunitario para que pueda atacar las células del linfoma de manera más eficaz. La lenalidomida (Revlimid) es un ejemplo de un inmunomodulador.

Es muy importante que siga tomando su medicamento según lo prescrito; no omita ni saltee ninguna dosis.

Radioterapia

En la radioterapia (RT), se utiliza radiación de alta energía para destruir las células de linfoma y reducir el tamaño de los tumores. La mayoría de los LDCBG son sensibles a la radiación. Por este motivo, la radioterapia puede utilizarse como tratamiento curativo tras finalizar la quimioterapia para el cáncer incipiente, o como tratamiento paliativo en cualquier estadio. La dosis de radioterapia que suele prescribirse para el LDCBG es relativamente baja.

La primera etapa de la RT es la simulación (o mapeo), una TC específica que se realiza en el departamento de radioncología. Su radiooncólogo utiliza ese estudio y un programa informático para crear un plan de radioterapia en 3D. Durante el tratamiento, un dispositivo administra la radioterapia desde fuera del cuerpo en forma de haces dirigidos hacia la zona del tumor.

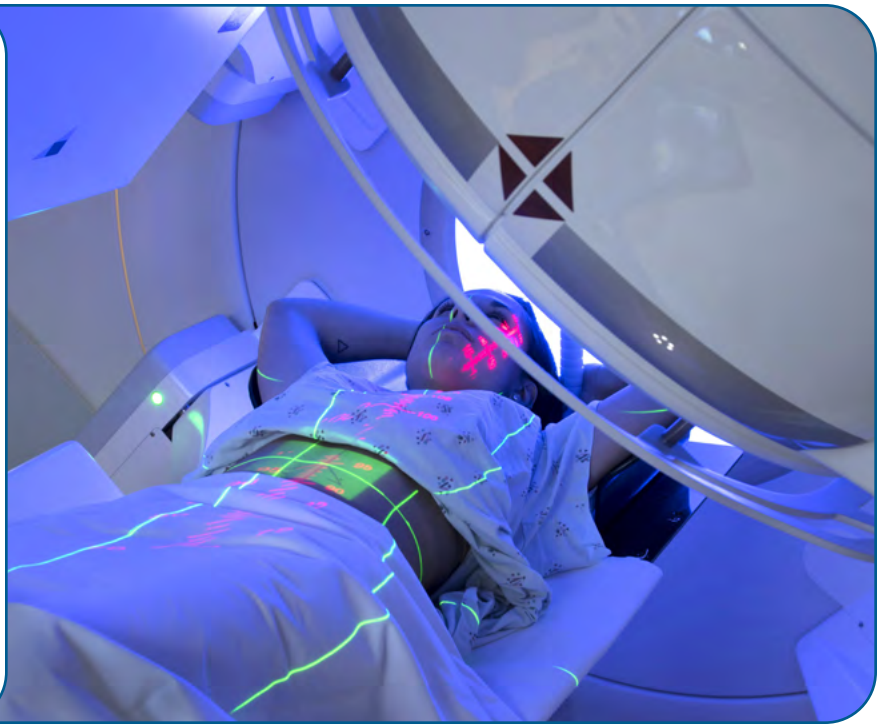
Según su situación, puede recibir un solo tratamiento o hasta 20 o más. El tratamiento se administra en pequeñas dosis diarias, normalmente de lunes a viernes. Algunas personas reciben dos tratamientos por día.

- La **radioterapia dirigida al lugar afectado**, una técnica que trata la zona que rodea al tumor, es actualmente el enfoque habitual en el tratamiento del LDCBG.

Verá al radiooncólogo al menos una vez por semana durante la RT. Durante estas consultas, el médico le realizará exámenes y le preguntará cómo se siente.

La mayoría de los LDCBG son sensibles a la radioterapia

La radioterapia se indica como tratamiento curativo tras finalizar la quimioterapia en el LDCBG en etapa temprana, o como tratamiento paliativo en cualquier estadio.



Trasplante de células hematopoyéticas

El trasplante de células hematopoyéticas (TCH) es un tratamiento celular que sustituye la médula ósea y el sistema inmunitario de una persona por sus propias células sanas o por células de un donante. Más específicamente, el TCH reemplaza las células madre hematopoyéticas que han sido destruidas por las altas dosis de quimioterapia o radioterapia como parte del proceso de trasplante. Una célula madre hematopoyética es una célula inmadura que puede transformarse en cualquier tipo de célula sanguínea. Los TCH se realizan en centros especializados.

Hay dos tipos de TCH:

- **Autógeno**: se toman células madre de su cuerpo. También se denomina tratamiento de dosis alta con rescate de células madre autógenas (TDA/RCMA). Antes de la quimioterapia en dosis altas, se extraen (rescatan) sus células madre sanas de la sangre o la médula ósea.
- **Alogénico**: las células madre provienen de un donante compatible. Estas células madre pueden ser capaces de detectar y eliminar las células del linfoma mejor que su propio sistema inmunitario.

Antes de un trasplante autógeno, se extraen (rescatan) sus células madre sanas de la sangre o la médula ósea. Luego, se utiliza un tratamiento llamado acondicionamiento para destruir las células dañadas de la médula ósea. La quimioterapia, y a veces la radioterapia, se utiliza como parte del tratamiento de acondicionamiento. Después del acondicionamiento, recibirá una transfusión de sus células madre sanas.

Antes de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas, se necesita un tratamiento llamado acondicionamiento para destruir las células de la médula ósea. El acondicionamiento crea espacio para las células madre trasplantadas del donante. También debilita el sistema inmunitario para que su cuerpo no destruya las células trasplantadas. Después del acondicionamiento, recibirá una transfusión de las células madre sanas de un donante compatible con usted.

Después del acondicionamiento

La transfusión es una inyección lenta de hemoderivados a través de una vena. Esto puede llevar varias horas. Las células madre trasplantadas llegan a la médula ósea y se multiplican. Se forman células sanguíneas nuevas y sanas. Esto se denomina injerto y suele tardar entre 2 y 4 semanas. Hasta entonces, tendrá poca o ninguna defensa inmunitaria. Es posible que deba permanecer en una habitación muy limpia en el hospital o que le den antibióticos para prevenir o tratar infecciones. También se pueden necesitar transfusiones. Las transfusiones de glóbulos rojos se realizan para prevenir el sangrado y para tratar la anemia (cantidad de glóbulos rojos por debajo de lo normal). La transfusión de plaquetas se realiza para tratar la baja cantidad de plaquetas o el sangrado. Mientras espera que las células incorporen el injerto, es probable que sienta cansancio y debilidad. Este tratamiento tiene efectos secundarios muy graves y posiblemente mortales.

El objetivo del trasplante es que el nuevo sistema inmunitario reconozca el linfoma como un cuerpo extraño y lo destruya, además de proporcionarle un sistema inmunitario nuevo y sano.

Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. La cirugía no es una parte habitual del tratamiento del LDCBG. Si necesita cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. Los hospitales que hacen muchas cirugías suelen tener mejores resultados. Puede pedir una derivación a un hospital o centro oncológico con experiencia en el tratamiento de su tipo de cáncer.

Ensayos clínicos

También podría recibir tratamiento mediante un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de tratar el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estas garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el linfoma. Es común recibir un placebo o un nuevo medicamento junto con un tratamiento habitual.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Los costos habituales de los ensayos clínicos suelen estar cubiertos por terceros pagadores. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. La mayoría de los ensayos clínicos cubren las TC de rutina u otros estudios de diagnóstico por imágenes. Los estudios por imágenes específicos del ensayo no están cubiertos. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Esta atención suele estar cubierta por el seguro.

Puntos clave

- El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es muy tratable. El objetivo del tratamiento es curar la enfermedad.
- La elección del tratamiento tiene en cuenta muchos factores, como la edad, otros problemas de salud graves y las posibilidades de tratamiento futuras (como un trasplante de células hematopoyéticas o un tratamiento con células T-CAR).
- El LDCBG se trata con tratamiento sistémico con o sin radioterapia.
- El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- En la radioterapia, se utiliza haces de alta energía para destruir las células de linfoma y reducir el tamaño de los tumores.
- Un ensayo clínico es un tipo de investigación que estudia un tratamiento para determinar qué tan seguro es y qué tan bien funciona.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tipo de LDCBG tengo?
- ¿Cuánta experiencia tiene en el tratamiento del LDCBG?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento y en qué orden se administrará?
- ¿Pasaré algún tiempo en el hospital?
- ¿Existen recursos que ayuden a pagar el tratamiento u otros cuidados que pueda necesitar?

¿Cuál es el siguiente paso?

Ahora que ha leído sobre los diferentes tipos de tratamiento y qué esperar, en el siguiente capítulo se mencionan algunos de los efectos secundarios generales de los tratamientos y qué se puede hacer para controlarlos.

4

Tratamiento complementario

33 ¿Qué es el tratamiento complementario?

34 Efectos secundarios

38 Puntos clave

38 Preguntas para hacer

4 Tratamiento complementario

El tratamiento complementario ayuda a controlar los síntomas del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) y los efectos secundarios del tratamiento. En este capítulo, se describe el tratamiento complementario para los posibles efectos secundarios.

¿Qué es el tratamiento complementario?

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

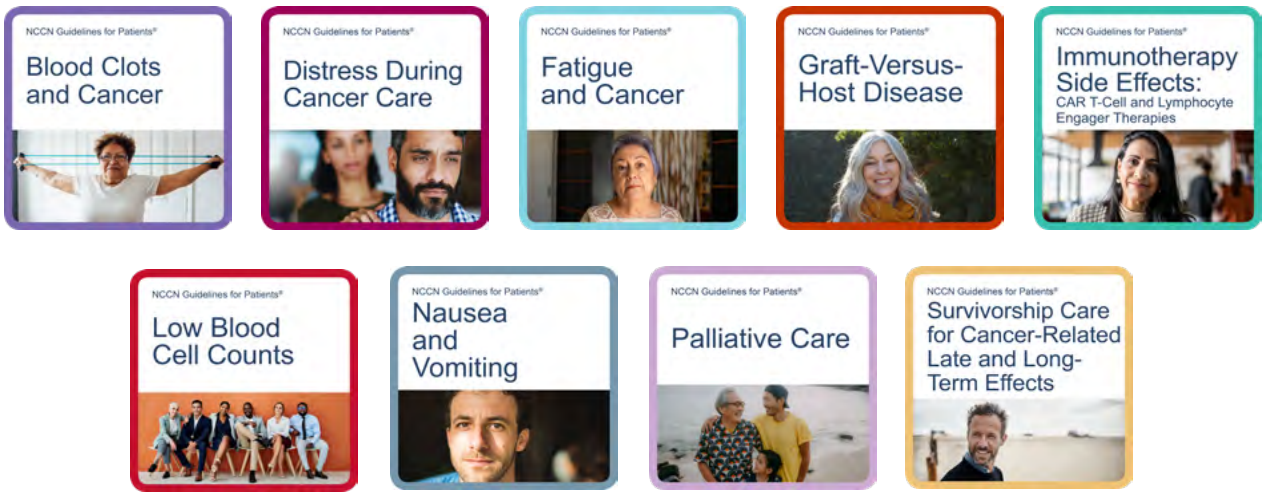
El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pago de la atención médica
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida

Algunos profesionales de la salud se refieren a los cuidados paliativos como tratamiento complementario. Consideran que estos tipos de tratamientos son similares o que se superponen. Otros creen que existen diferencias importantes, pero ambos ayudan a las personas con cáncer a vivir de la mejor manera posible. Su centro oncológico puede contar con especialistas en cuidados paliativos, que pueden darle asistencia

Recursos sobre el tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



adicional y coordinar sus necesidades de tratamientos complementarios.

Consulte más información sobre los tipos de tratamientos complementarios que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Informe a su equipo de atención médica si tiene síntomas nuevos o si estos se agravan para que se puedan tratar.

Efectos secundarios

Todos los tratamientos para el linfoma causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona. Algunos efectos secundarios son muy graves. Avise a su equipo de atención médica si tiene síntomas nuevos o si estos se agravan.

A continuación, se describen algunos posibles efectos secundarios. No se enumeran en orden de importancia.

Coágulos sanguíneos

El cáncer puede causar coágulos sanguíneos. Estos pueden obstruir el flujo sanguíneo y el oxígeno a las diferentes partes del cuerpo. Los coágulos sanguíneos pueden desprenderse y desplazarse a otras partes del cuerpo donde pueden causar problemas respiratorios, derrames cerebrales u otros problemas de salud.

Síndrome de liberación de citocinas

Este síndrome solo ocurre durante el tratamiento con células T-CAR o con anticuerpos biespecíficos. Es causado por una liberación grande y rápida de citocinas de las células inmunitarias. Las citocinas son proteínas que el cuerpo produce y libera en respuesta a infecciones, inflamación o algunos tratamientos. Los signos y síntomas son fiebre, dolores musculares, náuseas, dolores de cabeza, erupciones, taquicardia, hipotensión y dificultad para respirar.

Diarrea o estreñimiento

La diarrea, evacuaciones intestinales regulares y acuosas, es un efecto secundario frecuente. Su equipo de atención médica le dirá cómo tratarla. Cuando se presenta, es importante beber mucho líquido.

El estreñimiento se refiere a evacuaciones menos frecuentes y más difíciles. El estreñimiento también es frecuente, especialmente si toma ciertos analgésicos y algunos medicamentos contra las náuseas. A menudo, se recomienda beber líquidos, mantenerse en actividad y tomar medicamentos para el estreñimiento.

Malestar emocional

Es frecuente tener depresión, ansiedad y problemas para dormir al recibir un diagnóstico de linfoma. Hable con su equipo de atención médica y con quienes se encuentra a gusto sobre cómo se siente. Hay servicios, personas y medicamentos que pueden ayudar a aliviar el malestar.

Fatiga

La fatiga es un estado de cansancio físico o mental que se siente por una falta de energía, motivación o resistencia. La fatiga es compleja y puede estar causada por el linfoma. Puede ser un efecto secundario del tratamiento o puede deberse a otras causas. Hágale saber a su equipo de atención médica cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, yoga, acupuntura y recibir masajes puede ayudar.

Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para que le brinde ayuda con la fatiga. Es importante intentar mantenerse en actividad.

EICH

La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es un posible efecto secundario de los trasplantes de células hematopoyéticas (TCH). En la EICH, las células del donante atacan su tejido normal y sano como sus órganos y la piel. Existen tratamientos para la EICH.

Caída del cabello

La quimioterapia puede causar caída del cabello (alopecia) en todo el cuerpo, no solo en el cuero cabelludo. Algunos medicamentos de quimioterapia tienen más probabilidades que otros de provocar caída del cabello. La dosis también podría afectar la cantidad de cabello que se caiga. La mayoría de las veces, la caída del cabello por la quimioterapia es temporal. El cabello a menudo vuelve a crecer de 3 a 6 meses después de finalizado el tratamiento. El cabello puede tener un tono o textura diferente al principio. El enfriamiento del cuero cabelludo (o hipotermia del cuero cabelludo) puede ayudar a disminuir la caída del cabello en las personas que reciben ciertos tipos de quimioterapia. Sin embargo, el enfriamiento del cuero cabelludo no se recomienda para el LDCBG.

Síndrome mano-pie

El síndrome mano-pie es un efecto secundario frecuente de la quimioterapia. Pequeñas cantidades de quimioterapia se filtran por vasos sanguíneos muy pequeños, llamados capilares, en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Causan enrojecimiento, inflamación y dolor. En ocasiones, aparecen ampollas. Puede proteger las manos y los pies con una loción o crema hidratante.

Hipersensibilidad, alergia y anafilaxia

La hipersensibilidad es una respuesta exagerada del sistema inmunitario a un medicamento u otra sustancia. Esta respuesta puede incluir urticaria, ronchas en la piel y dificultad para respirar. La alergia es una reacción inmunitaria a una sustancia que normalmente es inofensiva o que no provocaría una respuesta inmunitaria en la mayoría de las personas. Una respuesta alérgica podría causar síntomas como picazón o inflamación (hinchazón). La anafilaxia o el shock anafiláctico es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal.

Infecciones

Las infecciones son más frecuentes y graves en las personas con un sistema inmunitario debilitado. El tratamiento farmacológico para el linfoma puede reducir las defensas naturales del cuerpo contra las infecciones. Si no se tratan a tiempo, pueden ser letales.

La neutropenia, una baja cantidad de glóbulos blancos, puede causar infecciones frecuentes o graves. Cuando una persona con neutropenia también presenta fiebre, se denomina neutropenia febril (NF). Con la NF, su riesgo de contraer infecciones puede ser más elevado de lo normal. Esto se debe a que un número bajo de glóbulos blancos reduce su capacidad de combatir infecciones. La NF es un efecto secundario de algunos tipos de tratamientos sistémicos. **Notifique inmediatamente a su equipo de atención médica la aparición de fiebre mientras pueda presentar neutropenia.**

Inapetencia

Los efectos secundarios del tratamiento del linfoma y el estrés de tener LDCBG pueden hacer que no tenga apetito o sienta malestar estomacal (náuseas). Es posible que tenga la boca dolorida o dificultades para tragar.

Comer de forma saludable es importante durante el tratamiento. Incluye consumir una alimentación equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Un nutricionista matriculado que sea experto en nutrición y alimentos puede ayudar.

Baja cantidad de células sanguíneas

Algunos tratamientos para el linfoma provocan baja cantidad de células sanguíneas.

- La **anemia** es una afección en la que su cuerpo no tiene una cantidad suficiente de glóbulos rojos sanos, lo que causa que se transporte menos oxígeno a los órganos. Puede cansarse fácilmente si tiene anemia.
- La **neutropenia** hace referencia a una disminución de neutrófilos, un tipo de glóbulo blanco. Esto implica un riesgo de sufrir infecciones.
- La **trombocitopenia** es una afección en la que no hay suficientes plaquetas. Esto implica un riesgo de sufrir sangrado.

Linfedema

El linfedema es una afección en la que se acumula líquido linfático en los tejidos y causa hinchazón. Puede producirse cuando parte del sistema linfático está dañado u obstruido. Los linfomas que obstruyen los vasos linfáticos también pueden provocar linfedema en los brazos o las piernas. La hinchazón en general aparece lentamente con el tiempo. Si presenta linfedema, es posible que se ordene derivación a un experto en el tratamiento de esta afección. La inflamación se puede reducir mediante ejercicios, masajes, dispositivos de compresión y demás.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios frecuentes del tratamiento. Puede que se le administren medicamentos para prevenirlos.

Neuropatía y neurotoxicidad

Algunos tratamientos pueden dañar el sistema nervioso (neurotoxicidad) y causar neuropatía y problemas de concentración, memoria y actividad mental (confusión). La neuropatía es un problema nervioso que causa dolor, entumecimiento,

“Mi doctor me recordó que el estrés no puede ayudarme, ¡pero sí puede perjudicarme! Me ayudó a recordar que debía controlar aquello que sí estaba a mi alcance y relajarme frente aquello que escapaba de mi control”.



hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. Por lo general, comienza en las manos o los pies y empeora con ciclos adicionales de tratamiento. La mayoría de las veces, la neuropatía mejora gradualmente y puede desaparecer después del tratamiento.

Problemas en los órganos

El tratamiento puede alterar el funcionamiento de los riñones, el hígado y el corazón.

Dolor

Informe a su equipo de atención médica si sufre dolores o molestias. Es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o con un especialista en dolor para controlarlo.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son adecuados para todas las personas, independientemente de la edad, el estadio del cáncer o la necesidad de recibir otros tratamientos. Se enfoca en las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que afectan la calidad de vida.

Radiodermatitis

Este es un efecto secundario frecuente de la radioterapia. Puede causar cambios de color en la piel, sequedad, picazón, dolor, descamación, ampollas o inflamación. El profesional de atención médica puede brindarle ayuda para encontrar el mejor tratamiento contra la radiodermatitis.

Tumores secundarios

La quimioterapia, la inmunoterapia, la radioterapia y el trasplante de células hematopoyéticas pueden aumentar el riesgo de contraer un cáncer diferente en el futuro. Por lo tanto, es muy importante continuar con las consultas de seguimiento con sus médicos.

Toxicidad relacionada con el tratamiento

Muchos de los tratamientos farmacológicos que se usan para tratar los linfomas pueden ser nocivos para el cuerpo. Se controlará de cerca su salud para controlar la toxicidad relacionada con el tratamiento.

Síndrome de lisis tumoral

El tratamiento del linfoma provoca la muerte celular. En el síndrome de lisis tumoral (SLT), los desechos expulsados por las células muertas se acumulan en el cuerpo y causan daño renal y trastornos electrolíticos graves en la sangre. Los cambios en los niveles de creatinina, ácido láctico, ácido úrico, fósforo, potasio y calcio pueden ser signos de SLT. El SLT puede ser potencialmente mortal.

Aumento de peso

El aumento de peso es un efecto secundario de los corticoides. Esto puede ser incómodo y causar angustia. Es importante para mantener la masa muscular. Busque una actividad física que disfrute. Pregunte a su equipo de atención médica qué puede hacer para controlar el aumento de peso.

Puntos clave

- El tratamiento complementario es atención médica cuyo objetivo es aliviar los síntomas causados por el tratamiento. Además, mejora la calidad de vida.
- Todos los tratamientos para el linfoma causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.
- Algunos efectos secundarios son muy poco frecuentes. Pregunte a su equipo de atención médica qué puede esperar.
- Avise a su equipo de atención médica si tiene síntomas nuevos o si estos se agravan.
- Durante el tratamiento y después de este, se controlará su salud para detectar efectos secundarios y la reaparición del linfoma difuso de células B grandes.

Preguntas para hacer

- ¿Quién coordinará mi atención?
- ¿A quién debo llamar si tengo dudas o noto cambios en mi estado?
- ¿Cuánto debo esperar si noto cambios en mi estado?
- ¿Qué debo hacer los fines de semana y fuera del horario de atención?
- ¿Podrá mi equipo de atención médica comunicarse con el equipo del servicio de emergencias o de urgencias?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se explica cómo se estadifica y se trata el LDCBG.

5
LDCBG en estadios 1, 2, 3 y 4

40 Descripción general de la estadificación del LDCBG

41 Estadios 1 y 2 de cáncer sin gran masa tumoral (limitado)

41 Estadios 1 y 2 de cáncer con gran masa tumoral (limitado)

42 Estadios 3 y 4 (avanzado)

43 Pruebas de seguimiento

43 Puntos clave

44 Preguntas para hacer

El tratamiento del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) se basa en los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas. El tratamiento suele ser una combinación de quimioinmunoterapia y radioterapia.

Descripción general de la estadificación del LDCBG

La estadificación del cáncer se usa para reflejar el pronóstico y para orientar las decisiones sobre el tratamiento. El pronóstico es el curso que probablemente tomará su linfoma. En el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), su edad, la cantidad y la ubicación de las zonas afectadas por el cáncer, los resultados de los análisis de sangre y otros factores influyen en el pronóstico.

Se realiza una TEP o una TC, o ambas, para estadificar el LDCBG. Además de los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes, las decisiones de tratamiento se basan en la histología y en los resultados de las pruebas genéticas y de biomarcadores. La histología es el aspecto general y el tamaño, la forma y el tipo de las células del linfoma.

Hay diferentes tipos de sistemas de estadificación del cáncer. Para el LDCBG, se utiliza la modificación de Lugano del sistema de estadificación de Ann Arbor.

En general, los estadios son los siguientes:

- **Estadio 1**: la enfermedad se encuentra en un ganglio linfático o en un grupo de ganglios linfáticos cercanos.
- **Estadio 2**: la enfermedad se encuentra en dos o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.
- **Estadio 3**: la enfermedad se encuentra en los ganglios linfáticos por encima y por debajo del diafragma en el mismo lado del cuerpo o en los ganglios por encima del diafragma y en el bazo.
- **Estadio 4**: la enfermedad se ha propagado fuera del sistema linfático a otras partes del cuerpo.

“Cuando esté pasando por un tratamiento difícil, recuerde que se trata del cáncer. ¡No se concentre en sus efectos secundarios!”.



Estadios 1 y 2 de cáncer sin gran masa tumoral (limitado)

El tratamiento inicial del cáncer sin gran masa tumoral en estadio 1 o 2 limitado suele ser de tres ciclos de RCHOP. Esto se llama quimioinmunoterapia de primera línea. Se vuelve a estadificar el LDCBG mediante TEP/TC después de tres ciclos de RCHOP y nuevamente después del último ciclo.

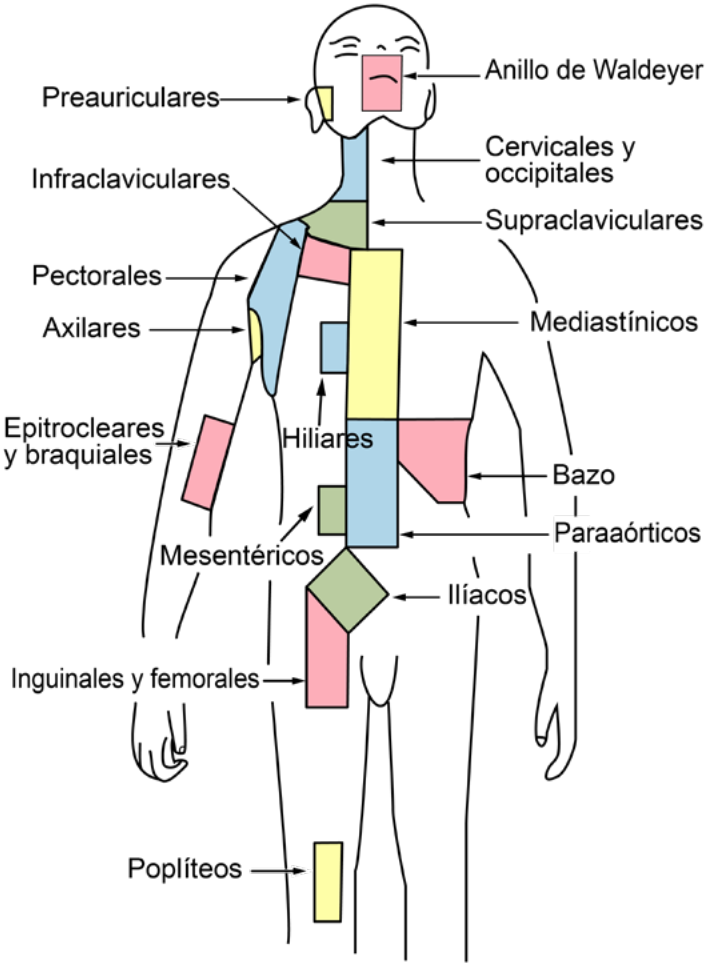
- Si hay una respuesta completa, recibirá un ciclo más de RCHOP por un total de cuatro ciclos o radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA). Luego, entrará en un período de vigilancia y se le realizará un seguimiento para detectar posibles recidivas.
- Si hay una respuesta parcial, recibirá de uno a tres ciclos más de RCHOP por un total de cuatro a seis ciclos o RTDLA en el caso de que la TEP determine que existe presencia de la enfermedad después de tres ciclos de RCHOP.
- Si la enfermedad avanza, se le realizará otra biopsia y recibirá tratamiento para el cáncer resistente al tratamiento, como se explica en el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Estadios 1 y 2 de cáncer con gran masa tumoral (limitado)

El cáncer con gran masa tumoral es una lesión de 7,5 cm o más. El tratamiento para el cáncer con gran masa tumoral en estadio 1 o 2 limitado es de seis ciclos totales de RCHOP. Esto se llama quimioinmunoterapia de primera línea. Se puede agregar un tipo de radiación llamada radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA).

Las regiones de ganglios linfáticos se basan en el sistema de estadificación de Ann Arbor.

Adaptado de las siguientes fuentes: Lymph_node_regions.jpg: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lymph_node_regions.svg



Se vuelve a estadificar el LDCBG mediante TEP/TC después de tres o cuatro ciclos de RCHOP y nuevamente después del último ciclo (el sexto).

- Para obtener una respuesta completa, terminará el tratamiento previsto. Si está en remisión, entrará en un período de vigilancia y se le realizará un seguimiento para detectar posibles recidivas.
- Para obtener una respuesta parcial, completará el tratamiento previsto.
- Si no hay respuesta o si la enfermedad ha avanzado, se le realizará otra biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente al tratamiento, como se explica en el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Estadios 3 y 4 (avanzado)

Para los estadios 3 y 4, se recomienda y se prefiere la quimioinmunoterapia con RCHOP o Pola-R-CHP. Los esquemas de quimioterapia, como DA-EPOCH-R, pueden utilizarse en personas con ciertos tipos de LDCBG y en quienes tienen VIH. Se puede realizar una TC o una TEP después de dos a cuatro ciclos para volver a estadificar el linfoma. Para conocer todas las opciones de tratamiento de primera línea, consulte la **Guía 4**.

Guía 4
Opciones de tratamiento de primera línea

Tratamientos preferidos	• CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona) más rituximab (o RCHOP) • Pola-R-CHP (polatuzumab vedotina-piiq más rituximab más ciclofosfamida, doxorrubicina, prednisona)
Otros tratamientos recomendados	• EPOCH con dosis ajustada (etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorrubicina) más rituximab (o DA-EPOCH-R)
Tratamientos para personas con problemas cardíacos	• DA-EPOCH más rituximab • CDOP (ciclofosfamida, doxorrubicina liposomal, vincristina, prednisona) más rituximab • CEOP (ciclofosfamida, etopósido, vincristina, prednisona) más rituximab • GCVP (gemcitabina, ciclofosfamida, vincristina, prednisona) más rituximab
Tratamientos para personas que no se sienten bien o tienen más de 80 años y otros problemas de salud	• CDOP más rituximab • Mini-CHOP más rituximab • GCVP más rituximab

Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse en lugar de algunos tratamientos.

- Para obtener una respuesta completa o parcial, completará los ciclos restantes de tratamiento hasta un total de seis ciclos. Luego, entrará en un período de vigilancia para detectar posibles recidivas.
- Si no hay respuesta o si la enfermedad ha avanzado, se le realizará otra biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente al tratamiento, como se explica en el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Pruebas de seguimiento

Después de completar todos los ciclos de tratamiento, se realizará una TC/TEP. Según el estadio inicial de la enfermedad o la respuesta al tratamiento, puede considerarse la radioterapia. La vigilancia es un período de prueba que comienza después de la remisión para controlar la reaparición del LDCBG. Incluye examenes físicos, historiales de salud y análisis de sangre cada tres a seis meses durante cinco años. Después de cinco años, las pruebas se realizan una vez al año o según sea necesario.

Los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia podrían utilizarse para realizar el seguimiento de aquellas personas que no presentan síntomas (asintomáticos). Esto puede incluir una TC de tórax/abdomen/pelvis cada seis meses durante dos años. Después de dos años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario. Analice con su equipo de atención médica si los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia son adecuados para usted.

Puntos clave

- La quimioinmunoterapia, como RCHOP y Pola-R-CHP, es el tratamiento habitual para el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG). Otros tratamientos pueden incluir algunos o todos los medicamentos de RCHOP.
- Se puede agregar un tipo de radioterapia llamada radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA). La RTDLA trata una región pequeña o una zona del cuerpo.
- El tratamiento del cáncer sin gran masa tumoral en estadio 1 o 2 es de entre cuatro y seis ciclos de RCHOP.
- El cáncer con gran masa tumoral es de 7,5 cm o más. El tratamiento para el cáncer con gran masa tumoral en estadio 1 o 2 suele ser de seis ciclos de RCHOP.
- Para los estadios 3 y 4, la opción recomendada y preferida es seis ciclos de RCHOP o Pola-R-CHP. Se pueden usar otros esquemas de quimioinmunoterapia.
- La vigilancia es un período de pruebas que comienza después de la remisión para controlar la recidiva o la reaparición del LDCBG.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tamaño tienen las zonas afectadas por el linfoma y dónde se ubican en mi cuerpo?
- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Pasaré algún tiempo en el hospital?
- ¿Prevé un trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o un tratamiento con células T-CAR en el futuro?
- ¿Qué efectos secundarios podría sufrir con este tratamiento?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se explican las opciones de tratamiento para el LDCBG que reaparece después del tratamiento o que avanza durante el tratamiento.



Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

6

LDCBG recidivante y resistente al tratamiento

46 Recidiva: menos de 12 meses

49 Recidiva: más de 12 meses

50 Enfermedad resistente al tratamiento

51 Dos o más recidivas

52 Pruebas de seguimiento

52 Puntos clave

52 Preguntas para hacer

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) que reaparece se denomina recidiva. El objetivo del tratamiento es volver a lograr la remisión. Cuando el LDCBG avanza durante el tratamiento, se denomina resistente al tratamiento. En el cáncer recidivante y resistente al tratamiento, las opciones de tratamiento dependen de si se prevé un trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o un tratamiento con células T-CAR.

En el cáncer recidivante y resistente al tratamiento, el orden, o secuencia, del tratamiento es muy importante. Depende del momento en que se produzca la recidiva y de las opciones, como si puede y desea someterse a un trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o a un tratamiento con células T-CAR, y de si en su zona se dispone de tratamientos como este último o un ensayo clínico. Algunos tratamientos se realizan en centros especializados y requieren tiempo y planificación para acceder a ellos. Se tienen en cuenta múltiples factores al elegir qué tratamiento administrar, en qué momento y en qué orden.

Recidiva: menos de 12 meses

Las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante se basan en el tiempo transcurrido desde que se completó el último tratamiento. Si el LDCBG reapareció menos de 12 meses después de su último tratamiento, las opciones de tratamiento dependen de si se prevé o no un tratamiento con células T-CAR. Un ensayo clínico también es una opción.

Se prevé un tratamiento con células T-CAR

El tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 es una opción para las recidivas producidas en menos de 12 meses desde que finalizó el tratamiento. Las opciones de tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 incluyen el axicabtagén ciloleucel y el lisocabtagén maraleucel.

Todo el proceso del tratamiento con células T-CAR puede tardar varias semanas. Esto incluye la cita para extraer sus células T, el tiempo que tarda el laboratorio en crear las células T-CAR y la consulta para infundirlos en el cuerpo. Mientras espera el tratamiento con células T-CAR, puede administrarse tratamiento sistémico o radioterapia para evitar que el LDCBG avance.

- El **tratamiento de contención** es el tratamiento sistémico o la radioterapia que se administra antes de extraer los células T del cuerpo (preaféresis).
- El **tratamiento puente** es el tratamiento sistémico o la radioterapia que se administra después de extraer los células T del cuerpo (posaféresis) y mientras se espera que las células T-CAR se creen en el laboratorio.

Después de completar el tratamiento con células T-CAR, se le realizarán pruebas de seguimiento para controlar la aparición de una recidiva.

Las opciones de tratamiento de contención se encuentran en la **Guía 5A**.

Las opciones de tratamiento puente se encuentran en la **Guía 5B**.

Guía 5A **Opciones de tratamiento de contención (antes de extraer las células T)**
DHA (dexametasona y citarabina) más quimioterapia con derivados del platino (carboplatino, cisplatino u oxaliplatino) con o sin rituximab
GDP (gemcitabina, dexametasona, carboplatino o cisplatino) más rituximab
GemOx (gemcitabina, oxaliplatino) con o sin rituximab
ICE (ifosfamida, carboplatino, etopósido) con o sin rituximab
Polatuzumab vedotina-piiq con o sin rituximab
Radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)

Guía 5B **Opciones de tratamiento puente (después de extraer las células T)**
DHA (dexametasona y citarabina) más quimioterapia con derivados del platino (carboplatino, cisplatino u oxaliplatino) con o sin rituximab
GDP (gemcitabina, dexametasona, carboplatino o cisplatino) más rituximab
GemOx (gemcitabina, oxaliplatino) con o sin rituximab
ICE (ifosfamida, carboplatino, etopósido) con o sin rituximab
Polatuzumab vedotina-piiq con o sin rituximab con o sin bendamustina
Radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)

No se prevé tratamiento con células T-CAR

Si no se prevé realizar un tratamiento con células T-CAR, estas son las opciones:

- Ensayo clínico.
- Tratamiento de segunda línea, consulte la **Guía 6**.
- Radioterapia paliativa dirigida al lugar afectado (RTDLA) para tratar los ganglios linfáticos donde se detectó el linfoma originalmente o el linfoma ubicado en una región pequeña o en una sola zona del cuerpo.
- El mejor tratamiento complementario para mejorar su calidad de vida.

Guía 6
Opciones de tratamiento de segunda línea: no se prevé tratamiento con células T-CAR

Tratamientos preferidos	• GemOx más epcoritamab-bysp • GemOx más glofitamab-gxbm • GemOx más polatuzumab vedotina-piiq más rituximab • Lenalidomida más tafasitamab-cxix • Polatuzumab vedotina-piiq con o sin bendamustina con o sin rituximab • Mosunetuzumab-axgb más polatuzumab vedotina-piiq • Glofitamab-gxbm más polatuzumab vedotina-piiq
Otros tratamientos recomendados	• CEOP más rituximab • DHA (dexametasona y citarabina) más quimioterapia con derivados del platino (carboplatino, cisplatino u oxaliplatino) con o sin rituximab • ESHAP (etopósido, metilprednisolona, citarabina, cisplatino) con o sin rituximab • GDP con o sin rituximab • GemOx con o sin rituximab (si no puede recibir epcoritamab-bysp, glofitamab-gxbm o polatuzumab vedotina-piiq) • ICE con o sin rituximab
Tratamientos utilizados en determinados casos	• Brentuximab vedotina • Ibrutinib (para el LDCBG de células B que no son del centro germinal) • Lenalidomida con o sin rituximab (para el LDCBG de células B que no son del centro germinal)

Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse en lugar de algunos tratamientos.

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán pruebas de seguimiento.

Después de una respuesta parcial, ausencia de respuesta o avance de la enfermedad, consulte las opciones de tratamiento que se describen en “Dos o más recidivas” en la página 51.

Recidiva: más de 12 meses

A continuación, se describen las opciones de tratamiento para el LDCBG que reapareció más de 12 meses después de finalizar el tratamiento.

Se prevé realizar un TCH

Si se prevé realizar un trasplante autógeno de células hematopoyéticas, consulte el tratamiento de segunda línea en la **Guía 7**.

Después de alcanzar una respuesta completa, se incluyen las siguientes opciones:

- Trasplante autógeno de células hematopoyéticas (también llamado TDA/RCMA).
- Ensayo clínico.
- En algunos casos, trasplante alogénico de células hematopoyéticas (de un donante).
- Se puede agregar RTDLA.

Después de una respuesta parcial, se incluyen las siguientes opciones:

- Tratamiento con células T-CAR (axicabtagén ciloleucel o lisocabtagén maraleucel).
- Trasplante autógeno de células hematopoyéticas (propias).
- Ensayo clínico.
- En algunos casos, trasplante alogénico de células hematopoyéticas (de un donante).
- Se puede agregar RTDLA.

Si hay ausencia de respuesta o avance de la enfermedad, consulte “Dos o más recidivas” en la página 51.

Guía 7
Opciones de tratamiento de segunda línea: se prevé realizar un TCH

Tratamientos preferidos	• DHA más quimioterapia con derivados del platino (carboplatino, cisplatino u oxaliplatino) con o sin rituximab • GDP con o sin rituximab • ICE con o sin rituximab
Otros tratamientos recomendados	• ESHAP con o sin rituximab • GemOx con o sin rituximab

Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse en lugar de algunos tratamientos.

No se prevé realizar un TCH

Si no se someterá a un trasplante de células hematopoyéticas (TCH), estas son las opciones:

- Ensayo clínico.
- Tratamiento de segunda línea, consulte la **Guía 8**.
- RTDLA paliativa.
- Mejor tratamiento complementario.

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán pruebas de seguimiento.

Después de una respuesta parcial, ausencia de respuesta o avance de la enfermedad, consulte “Dos o más recidivas” en la página 51.

Enfermedad resistente al tratamiento

Para la enfermedad resistente al tratamiento, se puede indicar tratamiento con células T-CAR. Mientras espera el tratamiento con células T-CAR, puede recibir los tratamientos de contención y puente que se indican en la **Guía 5A** y en la **Guía 5B**.

Guía 8
Opciones de tratamiento de segunda línea: no se prevé realizar un TCH

Tratamientos preferidos	• Tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 (lisocabtagén maraleucel) (con tratamiento de contención y tratamiento puente según sea necesario) • GemOx más epcoritamab-bysp • GemOx más glofitamab-gxbm • GemOx más polatuzumab vedotina-piiq más rituximab • Lenalidomida más tafasitamab-cxix • Polatuzumab vedotina-piiq con o sin bendamustina con o sin rituximab • Mosunetuzumab-axgb más polatuzumab vedotina-piiq • Glofitamab-gxbm más polatuzumab vedotina-piiq
Otros tratamientos recomendados	• CEOP con o sin rituximab • GDP con o sin rituximab • GemOx con o sin rituximab (si no puede recibir epcoritamab-bysp, glofitamab-gxbm o polatuzumab vedotina-piiq) • Rituximab solo
Tratamientos utilizados en determinados casos	• Brentuximab vedotina • Ibrutinib (para el LDCBG de células B que no son del centro germinal) • Lenalidomida con o sin rituximab (para el LDCBG de células B que no son del centro germinal)

Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse en lugar de algunos tratamientos.

Estas son otras opciones de tratamiento:

- Ensayo clínico.
- Tratamiento de segunda línea, consulte la **Guía 6**.
- RTDLA paliativa.
- Mejor tratamiento complementario.
- La RT con o sin quimioinmunoterapia seguida de trasplante autógeno de células hematopoyéticas puede ser una opción en algunas personas con enfermedad localizada.

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán pruebas de seguimiento.

Después de una respuesta parcial, ausencia de respuesta o avance de la enfermedad, consulte las opciones de tratamiento que se describen en "Dos o más recidivas" a continuación.

Dos o más recidivas

En caso de una respuesta parcial, una segunda o tercera recidiva o avance de la enfermedad, estas son las alternativas de tratamiento:

- Tratamiento de tercera línea, consulte la **Guía 9**.
- Un tratamiento sistémico que no se haya administrado antes.
- Ensayo clínico.
- RTDLA paliativa.
- Mejor tratamiento complementario.

Si se obtiene una respuesta completa o parcial al tratamiento, el trasplante alogénico de células hematopoyéticas (donante) con o sin RTDLA podría ser una opción en algunos casos.

Guía 9
Opciones de tratamiento de tercera línea y posterior

Los tratamientos de segunda línea que no se utilizaron anteriormente son opciones.

Tratamientos preferidos	Tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 (preferido) (en orden alfabético) • Axicabtagén ciloleucel • Lisocabtagén maraleucel • Tisagenlecleucel
	Tratamiento con anticuerpos biespecíficos (incluidas las personas con avance de la enfermedad después de un TCH o del tratamiento con células T-CAR) (en orden alfabético) • Epcoritamab-bysp • Glofitamab-gxbm
Otros tratamientos recomendados	• Lenalidomida más brentuximab vedotina más rituximab • Loncastuximab tesirine-lpyl • Selinexor (incluidas aquellas personas con avance de la enfermedad después de TCH o tratamiento con células T-CAR)

Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse en lugar de algunos tratamientos.

Pruebas de seguimiento

Después de completar el tratamiento, se le realizarán las siguientes pruebas para controlar la aparición de una recidiva:

- Examenes físicos, historiales de salud y análisis de sangre cada tres a seis meses durante cinco años. Al cabo de cinco años, estas pruebas se realizan una vez al año o según sea necesario.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia podrían utilizarse para las personas que no presentan síntomas (asintomáticos). Esto puede incluir una TC de tórax/abdomen/pelvis cada seis meses durante dos años. Después de dos años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario. Analice con su equipo de atención médica si los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia son adecuados para usted.

Es importante que no falte a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes. Busque una buena atención médica de rutina, incluidas consultas periódicas al médico para atención preventiva y estudios de detección de cáncer.

Puntos clave

- El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) que reaparece se denomina recidiva. Las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante se basan en el tiempo transcurrido desde que se completó el tratamiento. El objetivo del tratamiento es volver a lograr la remisión.
- Si el LDCBG reapareció menos de 12 meses después de finalizar el tratamiento, el tratamiento depende de si se prevé indicar células T-CAR.
- Si el LDCBG reapareció más de 12 meses después de finalizar el tratamiento, el tratamiento depende de si se prevé realizar un trasplante de células hematopoyéticas (TCH).
- Cuando el LDCBG avanza durante el tratamiento, se denomina resistente al tratamiento. Para la enfermedad resistente al tratamiento, se puede indicar tratamiento con células T-CAR. Existen otras opciones de tratamiento.
- Después de completar el tratamiento, tendrá controles para detectar si el cáncer vuelve a aparecer. No falte a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Por qué se prefieren unas opciones de tratamiento en lugar de otras?
- ¿Algún tratamiento ofrece una cura? En caso negativo, ¿qué tan eficaz es el tratamiento para impedir que el LDCBG crezca?
- ¿Es importante el orden de los tratamientos?
- ¿Un TCH, un tratamiento con células T-CAR o un ensayo clínico son opciones adecuadas para mí?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se explica el tratamiento de los linfomas con un reordenamiento específico del gen *ALK*, llamados linfomas de células B grandes ALK positivo.

7

Linfomas de células B grandes ALK positivo

54 Descripción general

54 Tratamiento

56 Puntos clave

56 Preguntas para hacer

7 Linfomas de células B grandes ALK positivo

El linfoma de células B grandes ALK positivo (LCBG ALK+) está causado por un reordenamiento del gen *ALK*. Por lo general, el LCBG ALK+ se trata con radioterapia y quimioterapia.

Descripción general

El linfoma de células B grandes ALK positivo (LCBG ALK+) está causado por un reordenamiento del gen de la cinasa del linfoma anaplásico (*ALK*). El gen *ALK* indica al organismo cómo producir las proteínas que ayudan a las células a comunicarse entre sí. En el LCBG ALK+, se expresa la proteína ALK, pero por lo general carece de CD20 (es CD20-). Una fusión genética denominada *CLTC::ALK* es frecuente en el LCBG ALK+. Se indica como t(2;17)(p23;q23). El reordenamiento del gen *ALK* hace que este linfoma sea difícil de tratar.

La mayoría de las personas con LCBG ALK+ presentan una enfermedad avanzada con linfoma dentro de los ganglios linfáticos (ganglionar) y fuera de estos (extraganglionar). El LCBG ALK+ se observa con mayor frecuencia en personas de aproximadamente 40 años y de sexo biológico masculino.

Tratamiento

Actualmente, no existe un tratamiento habitual ni un consenso sobre el tratamiento del LCBG ALK+. Suele tratarse con quimioterapia. La radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) se prefiere para tratar la enfermedad localizada. Se recomienda un ensayo clínico si está disponible y es lo que usted desea. Dado que este linfoma no suele expresar CD20, no se administra rituximab.

"El tratamiento farmacológico del LDCBG fue intenso y fuerte. Y tuve efectos secundarios inusuales. Apenas noté un efecto secundario, se lo comuniqué a mi equipo de atención médica. Esto realmente ayudó. ¡Fueron muy buenos tratándolo!"



Estas son las opciones de tratamiento de primera línea:

- Ensayo clínico (recomendado si está disponible)
- RTDLA (preferido para la enfermedad localizada)
- DA-EPOCH
- CHOEP
- CHOP
- Mini-CHOP
- Hiper-CVAD
- CODOX-M/IVAC

Estas son las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante o resistente al tratamiento:

- Ensayo clínico (recomendado si está disponible).
- Quimioterapia con derivados del platino seguida de un trasplante autógeno de células hematopoyéticas (TCH) (autotrasplante). La quimioterapia con derivados del platino incluye carboplatino, cisplatino u oxaliplatino.
- Inhibidores de ALK (tratamiento dirigido), como alectinib y lorlatinib, seguidos de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas (de donante).
- Si hay expresión de CD19, considere el tratamiento con células T-CAR dirigidas a CD19 (axicabtagén ciloleucel, lisocabtagén maraleucel o tisagenlecleucel).

Esquemas de quimioinmunoterapia para el linfoma de células B grandes ALK positivo

Algunos esquemas pueden preferirse sobre otros, según su edad y otros factores.

- **DA-EPOCH** es etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorrubicina con dosis ajustada.
- **CHOEP** es ciclofosfamida, doxorrubicina, etopósido y prednisona.
- **CHOP** es ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona.
- **Mini-CHOP** es una combinación en dosis más baja de ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona.
- **Hiper-CVAD** es ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y dexametasona alternando con metotrexato en dosis alta y citarabina.
- **CODOX-M/R-IVAC** es ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y metotrexato alternando con rituximab, ifosfamida, etopósido y citarabina.

Puntos clave

- El linfoma de células B grandes ALK positivo (LCBG ALK+) está causado por un reordenamiento del gen *ALK*.
- Una fusión genética denominada *CLTC::ALK* es frecuente en el LCBG ALK+. Se indica como t(2;17)(p23;q23).
- La mayoría de las personas con LCBG ALK+ presentan una enfermedad avanzada con linfoma dentro y fuera de los ganglios linfáticos.
- Por lo general, el LCBG ALK+ se trata con radioterapia y quimioterapia.
- Se recomienda un ensayo clínico si está disponible y es lo que usted desea.
- El tratamiento para el cáncer recidivante o resistente puede ser un trasplante de células hematopoyéticas (TCH).

Preguntas para hacer

- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Algún tratamiento ofrece una cura? En caso negativo, ¿qué tan eficaz es el tratamiento para impedir que el linfoma se extienda?
- ¿Qué efectos secundarios podría sufrir con este tratamiento?
- ¿Es importante el orden de los tratamientos?
- ¿Es un trasplante de células hematopoyéticas (TCH), un tratamiento con células T-CAR o un ensayo clínico una opción para mí?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se explica el tratamiento de un tipo de linfoma de células B grandes, llamado linfoma primario mediastínico de células B grandes, que se presenta en la zona detrás del esternón.

8

Linfomas primarios mediastínicos de células B grandes

58 Descripción general

58 Tratamiento

60 Pruebas de seguimiento

60 Cáncer recidivante o resistente al tratamiento

60 Puntos clave

60 Preguntas para hacer

El linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) se presenta en la zona del tórax detrás del esternón, llamada mediastino. Se trata con quimioinmunoterapia.

Descripción general

En el linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG), el tumor suele formarse detrás del esternón. Esto puede causar tos, dificultad para respirar, molestias torácicas o hinchazón de la cabeza y el cuello, debido a que el tumor presiona la tráquea y las venas grandes ubicadas sobre el corazón (síndrome de la vena cava superior). También se pueden detectar ganglios linfáticos agrandados en esta área.
El LPMCBG puede extenderse a órganos y tejidos como los pulmones, el pericardio (saco alrededor del corazón), el hígado, el tracto gastrointestinal, los ovarios, las glándulas suprarrenales y el sistema nervioso central.

El LPMCBG se observa con más frecuencia en personas de entre 30 y 40 años y de sexo biológico femenino.

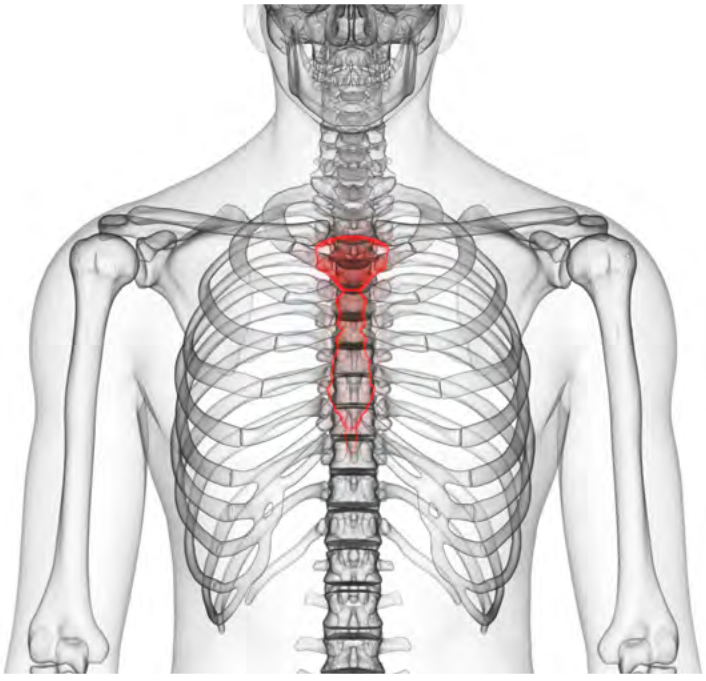
Tratamiento

Las opciones de tratamiento más utilizadas actualmente son las siguientes:

- Seis ciclos de DA-EPOCH-R (etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorrubicina con rituximab de dosis ajustada).
- De cuatro a seis ciclos de RCHOP-14 (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona).
- Seis ciclos de RCHOP-21 (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona).

Mediastino

Los linfomas mediastínicos son tumores que se encuentran en la zona del tórax que separa los pulmones, denominado mediastino. En el linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG), se suele formar un tumor detrás del esternón.



Después del tratamiento se realiza una TEP/TC para reestadificar el linfoma. Parte del tumor puede permanecer después del tratamiento, y con la TEP/TC se pueden detectar las masas residuales. Puede realizarse una biopsia.

Después de alcanzar una respuesta completa

Si hay una respuesta completa:

- después de DA-EPOCH-R, entrará en observación;
- después de seis ciclos de RCHOP-14, entrará en observación;
- después de seis ciclos de RCHOP-21, puede recibir radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) para tratar el linfoma ubicado en una zona del cuerpo;
- después de cuatro ciclos de RCHOP-14, puede recibir tres ciclos de ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE). Se puede agregar rituximab.

Después de una respuesta parcial o si el linfoma avanza

Si hay una respuesta parcial o el linfoma avanza, puede realizarse una biopsia antes del tratamiento con

- RTDLA;
- pembrolizumab;
- nivolumab con o sin brentuximab vedotina;
- las opciones incluidas en el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

“Mi diagnóstico fue repentino e inesperado. No fumo, soy corredor y acababa de completar una media maratón antes del diagnóstico. Mi único síntoma fue una tos persistente. El tumor estaba causando una acumulación de líquido en el corazón y los pulmones”.



Pruebas de seguimiento

Después de alcanzar una respuesta completa (remisión), se le realizarán controles para detectar recidivas mediante las siguientes pruebas:

- Examenes físicos, historiales de salud y análisis de sangre cada tres a seis meses durante cinco años. Al cabo de cinco años, estas pruebas se realizan una vez al año o según sea necesario.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia podrían utilizarse para realizar el seguimiento de aquellas personas que no presentan síntomas (asintomáticos). Esto puede incluir una TC de tórax/abdomen/pelvis cada seis meses durante dos años. Después de dos años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario. Analice con su equipo de atención médica si los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia son adecuados para usted.

Cáncer recidivante o resistente al tratamiento

El linfoma que reaparece se denomina recidiva. Cuando el linfoma avanza durante el tratamiento, se denomina resistente al tratamiento.
Las alternativas de tratamiento varían según el tipo de LDCBG, el momento de la recidiva y si el cáncer era resistente al tratamiento inicial.

- El tratamiento puede incluir una quimioinmunoterapia diferente de la utilizada anteriormente, un tratamiento con células T-CAR o un trasplante de células hematopoyéticas.
- O puede tratarse como se explica en el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Puntos clave

- En el linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG), el tumor suele formarse en la zona del tórax, detrás del esternón.
- Se trata con quimioinmunoterapia.
- Después de alcanzar una respuesta completa (remisión), se le realizarán controles para detectar recidivas.
- La inmunoterapia, como el pembrolizumab o el nivolumab con o sin brentuximab vedotina (un conjugado de anticuerpo y fármaco), el tratamiento con células T-CAR o un trasplante de células hematopoyéticas (TCH), puede utilizarse para tratar el linfoma que avanza, presenta recidiva o es resistente al tratamiento.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Algún tratamiento ofrece una cura? En caso negativo, ¿qué tan eficaz es el tratamiento para impedir que el linfoma se extienda?
- ¿Qué orden de tratamientos está considerando y por qué?
- ¿Cumplo los requisitos para participar en un ensayo clínico p recibir tratamiento con células T-CAR o un TCH?
- ¿Qué probabilidad hay de que el linfoma reaparezca?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se explica el tratamiento de los linfomas de células B de alto grado.

9

Linfomas de células B de alto grado

62 Descripción general

63 LBAG con *MYC* y *BCL2*

63 LBAG con *MYC* y *BCL6*

63 LBAG no especificado de otra manera

64 Cáncer recidivante y resistente al tratamiento

64 Puntos clave

64 Preguntas para hacer

Los linfomas de células B de alto grado (LBAG) son tumores muy agresivos y de rápida división. En este capítulo, se proporcionará información sobre el LBAG con reordenamientos genéticos y el LBAG, no especificado de otra manera (LBAG-NOS).

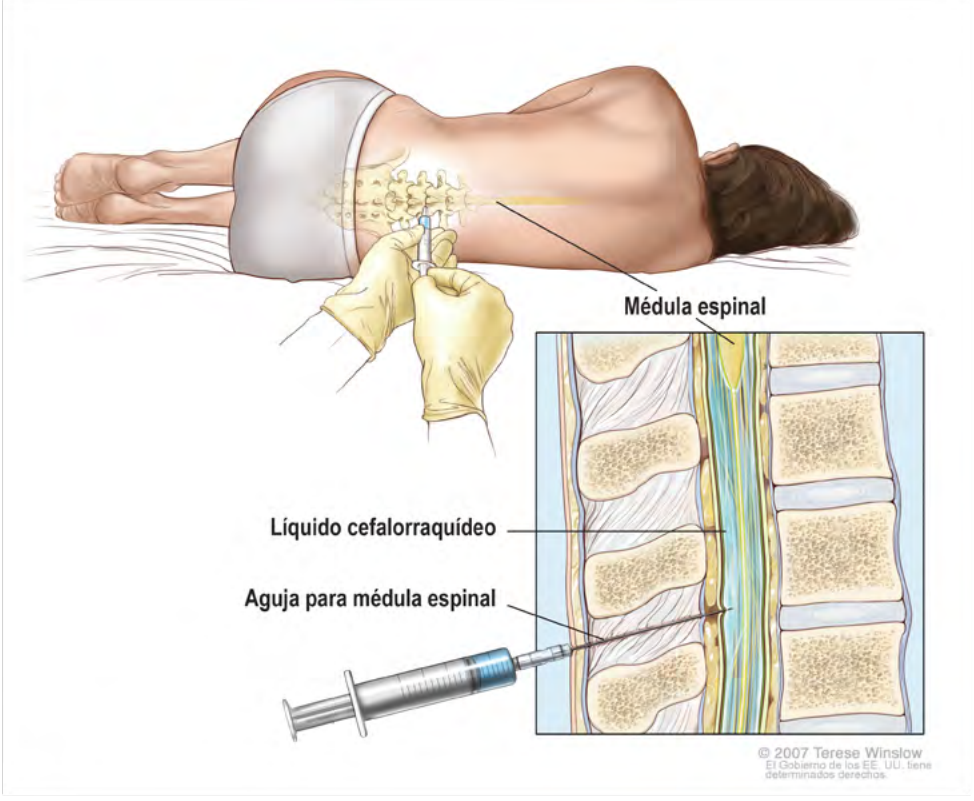
Descripción general

Los linfomas de células B de alto grado (LBAG) tienen reordenamientos genéticos, como el de *MYC*, u otras características de alto riesgo que dificultan el tratamiento. Las personas con LBAG suelen presentar un nivel elevado de lactato deshidrogenasa (LDH), afectación de la médula ósea y del sistema nervioso central (SNC) y una puntuación elevada del índice de pronóstico internacional (IPI). Debido a que el linfoma suele detectarse en la médula ósea y el sistema nervioso central, es posible que se realice una punción lumbar. Además, podría administrarse quimioterapia intratecal (IT) en el momento de la punción lumbar para prevenir la enfermedad del SNC.

Actualmente, no existe un tratamiento habitual ni un consenso sobre el tratamiento de los LBAG. Por lo general, el tratamiento es quimioinmunoterapia. Podría administrarse radioterapia. Se recomienda un ensayo clínico si está disponible y es lo que usted desea.

Punción lumbar

La punción lumbar es un procedimiento mediante el que se extrae líquido cefalorraquídeo.



LBAG con *MYC* y *BCL2*

Las personas que tienen LBAG con reordenamientos de los genes *MYC* y *BCL2* reciben el siguiente tratamiento:

- Ensayo clínico (recomendado)
- RTDLA después de la quimioinmunoterapia (preferida para la enfermedad localizada)
- DA-EPOCH-R
- RCHOP
- R-mini-CHOP
- R-Hiper-CVAD
- R-CODOX-M/R-IVAC

LBAG con *MYC* y *BCL6*

El LBAG con reordenamientos de los genes *MYC* y *BCL6* suele tratarse con DA-EPOCH-R u otros tratamientos sistémicos utilizados para el LDCBG.

LBAG no especificado de otra manera

El LBAG, sin otra especificación (LBAG-NOS) incluye tumores que no están bien definidos o que no corresponden a otra categoría de LBAG.

Estas son las opciones de tratamiento:

- Ensayo clínico (recomendado)
- RTDLA y quimioinmunoterapia para la enfermedad en etapa temprana
- DA-EPOCH-R
- Pola-R-CHP
- RCHOP
- R-mini-CHOP
- R-Hiper-CVAD
- R-CODOX-M/R-IVAC

Definiciones de los esquemas de quimioinmunoterapia para el linfoma de células B de alto grado

- **DA-EPOCH-R:** etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorrubicina y rituximab de dosis ajustada.
- **Pola-R-CHP:** polatuzumab vedotina-piiq, rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina y prednisona.
- **RCHOP:** rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona.
- **Mini-RCHOP:** una versión modificada de RCHOP en dosis inferiores.
- **R-Hiper-CVAD:** rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y dexametasona, alternando con metotrexato de dosis alta y citarabina.
- **R-CODOX-M/R-IVAC:** rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina y metotrexato alternando con rituximab, ifosfamida, etopósido y citarabina.

Cáncer recidivante y resistente al tratamiento

Para conocer las opciones de tratamiento en caso de cáncer recidivante y resistente al tratamiento, consulte el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Puntos clave

- Los linfomas de células B de alto grado (LBAG) son tumores agresivos y de rápida división.
- Las personas con LBAG presentan un nivel elevado de lactato deshidrogenasa (LDH), afectación de la médula ósea y del sistema nervioso central y una puntuación elevada del índice de pronóstico internacional (IPI).
- Se recomienda un ensayo clínico para las personas con LBAG. Las opciones de tratamiento pueden incluir radioterapia para enfermedad localizada y quimioinmunoterapia.
- El LBAG, no especificado de otra manera (LBAG-NOS) incluye tumores que no están bien definidos o que no corresponden a otra categoría de LBAG.

Preguntas para hacer

- ¿Qué indican los resultados de las pruebas sobre mi linfoma?
- ¿Qué tratamiento recomienda y por qué?
- ¿Cuántos ciclos de tratamiento cree que necesitaré?
- ¿Prevé un trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o un tratamiento con células T-CAR en el futuro?
- ¿Cumplo los requisitos para participar en un ensayo clínico?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se proporciona información sobre un tipo de linfoma llamado linfoma mediastínico de zona gris. Se trata con quimioterapia.

10

Linfomas mediastínicos de zona gris

66 Descripción general

67 Tratamiento

67 Puntos clave

67 Preguntas para hacer

El linfoma mediastínico de zona gris (LMZG) tiene características que se solapan con las del linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) y el linfoma de Hodgkin (LH). Por lo general, el tratamiento es quimioterapia. Podría agregarse radioterapia.

Descripción general

Los linfomas de zona gris tienen características que se solapan con las del linfoma primario mediastínico de células B grandes y el linfoma de Hodgkin clásico. Esto significa que los células son grandes, pero pueden variar en tamaño y pueden parecerse a las células de Hodgkin (células de Reed-Sternberg). Las células de Reed-Sternberg son células grandes y anormales que pueden contener más de un núcleo.

Linfomas mediastínicos de zona gris

Los linfomas mediastínicos se encuentran detrás del esternón, en la zona del tórax que separa los pulmones y alberga el corazón. Los linfomas mediastínicos de zona gris (LMZG) y los linfomas primarios mediastínicos de células B grandes no son iguales. Se tratan de forma diferente. Los linfomas primarios mediastínicos se analizan en el Capítulo 8.

Los LMZG se observan con más frecuencia en personas de entre 20 y 40 años y de sexo biológico masculino. Se caracterizan por la presencia de una gran masa mediastínica. Los ganglios linfáticos por encima de la clavícula (supraclaviculares) pueden verse afectados.

La revisión de un hematopatólogo experto es fundamental para confirmar el diagnóstico de LMZG.

“Defienda sus intereses. Converse con alguien que haya pasado por lo mismo que usted. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. Tiene que protegerse y cerciorarse de tomar las mejores decisiones y recibir la mejor atención para su caso en particular”.



Tratamiento

Dado que el LMZG tiene características tanto del linfoma de Hodgkin clásico (LHC) como del LPMCBG no hodgkiniano, el tratamiento es un desafío. Actualmente, no existe un tratamiento de referencia ni un consenso sobre el tratamiento. El LMZG suele tratarse con una quimioterapia con antraciclinas. Las antraciclinas incluyen la doxorrubicina y la doxorrubicina liposomal. Si las células tumorales expresan CD20, se puede agregar rituximab a la quimioterapia. Esto se llama quimioinmunoterapia. Se puede agregar radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) en casos de enfermedad localizada. El esquema Pola-R-CHP no se recomienda para el LMZG.

Puntos clave

- Los linfomas de zona gris tienen características que se solapan con las del linfoma primario mediastínico de células B grandes y el linfoma de Hodgkin clásico.
- Los linfomas mediastínicos se encuentran detrás del esternón, en la zona del tórax que separa los pulmones y alberga el corazón.
- Es imprescindible que un hematopatólogo experto revise el caso para confirmar el diagnóstico del linfoma mediastínico de zona gris (LMZG).
- El LMZG suele tratarse con quimioterapia. Se puede agregar rituximab a la quimioterapia si las células tumorales expresan CD20. Se puede agregar radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) en casos de enfermedad localizada.

Las personas con linfomas de zona gris reciben un mejor tratamiento en centros oncológicos que tengan experiencia en tratar este tipo de linfoma.

Preguntas para hacer

- ¿Por dónde cree que deberíamos comenzar con el tratamiento?
- ¿Cuántos ciclos de tratamiento cree que necesitaré?
- ¿Pasaré algún tiempo en el hospital?
- ¿Algún tratamiento ofrece una cura?
- ¿Qué efectos secundarios debo observar y cuándo debo ponerme en contacto con mi equipo de atención médica?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se proporciona información sobre un tipo de linfoma difuso de células B grandes que causa lesiones cutáneas.

11

LDCBG cutáneo primario tipo pierna

69 Descripción general

69 Tratamiento

70 Enfermedad aislada o regional

71 Enfermedad generalizada limitada a la piel

71 Enfermedad extracutánea

71 Pruebas de seguimiento

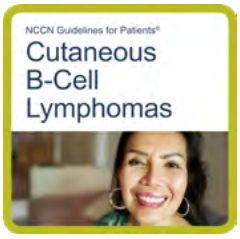
71 Cáncer recidivante y resistente al tratamiento

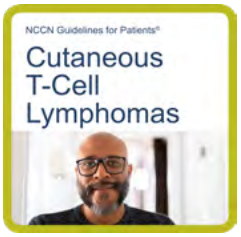
72 Puntos clave

72 Preguntas para hacer

En el linfoma difuso de células B grandes cutáneo primario (LDCBG-CP) tipo pierna, los células B anormales causan lesiones en la piel. Aunque la piel está afectada, las células de la piel en sí mismas no son cancerosas. A pesar de su nombre, esta enfermedad se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo. Las opciones de tratamiento se basan en muchos factores.

Puede encontrar más información sobre otros tipos de linfomas cutáneos primarios en *NCCN Guidelines for Patients: Linfomas cutáneos de células B* y *NCCN Guidelines for Patients: Linfomas cutáneos de células T*, en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Descripción general

El linfoma difuso de células B grandes cutáneo primario (LDCBG-CP) tipo pierna consiste en células B grandes y transformadas que suelen lucir como tumores rojos o rojo azulados en la piel. A pesar de su nombre, la enfermedad puede afectar el torso, los brazos, las piernas, los glúteos o cualquier parte del cuerpo.
El LDCBG-CP tipo pierna también puede extenderse a otras zonas además de la piel.
Es imprescindible que un hematopatólogo experto revise el caso para confirmar el diagnóstico de LDCBG-CP tipo pierna. Se realiza una biopsia de piel para distinguir entre el LDCBG-CP tipo pierna y otros tipos de linfomas cutáneos primarios (linfomas de la piel).

Tratamiento

El tratamiento se basa en la cantidad de lesiones cutáneas y su localización. Este procedimiento se llama estadificación. Las lesiones o los tumores de la piel se medirán por su profundidad, altura, tamaño y región del cuerpo. Las lesiones suelen medirse en centímetros (cm). Las regiones corporales se basan en los patrones de drenaje de los ganglios linfáticos regionales. Las regiones del cuerpo incluyen la cabeza/cuello, el tórax, el brazo, el antebrazo, la mano, el abdomen, los genitales, los muslos, las pantorrillas, los pies, la zona torácica, la zona lumbar y los glúteos.

La enfermedad puede presentar lesiones aisladas, regionales, generalizadas limitadas a la piel o fuera de ella (extracutáneas). El LDCBG-CP es un LDCBG de células B que no son del centro germinal, lo que influye en el tipo de tratamiento inicial. Al final del tratamiento, se deben realizar estudios de diagnóstico por imágenes para evaluar la respuesta.

Enfermedad aislada o regional

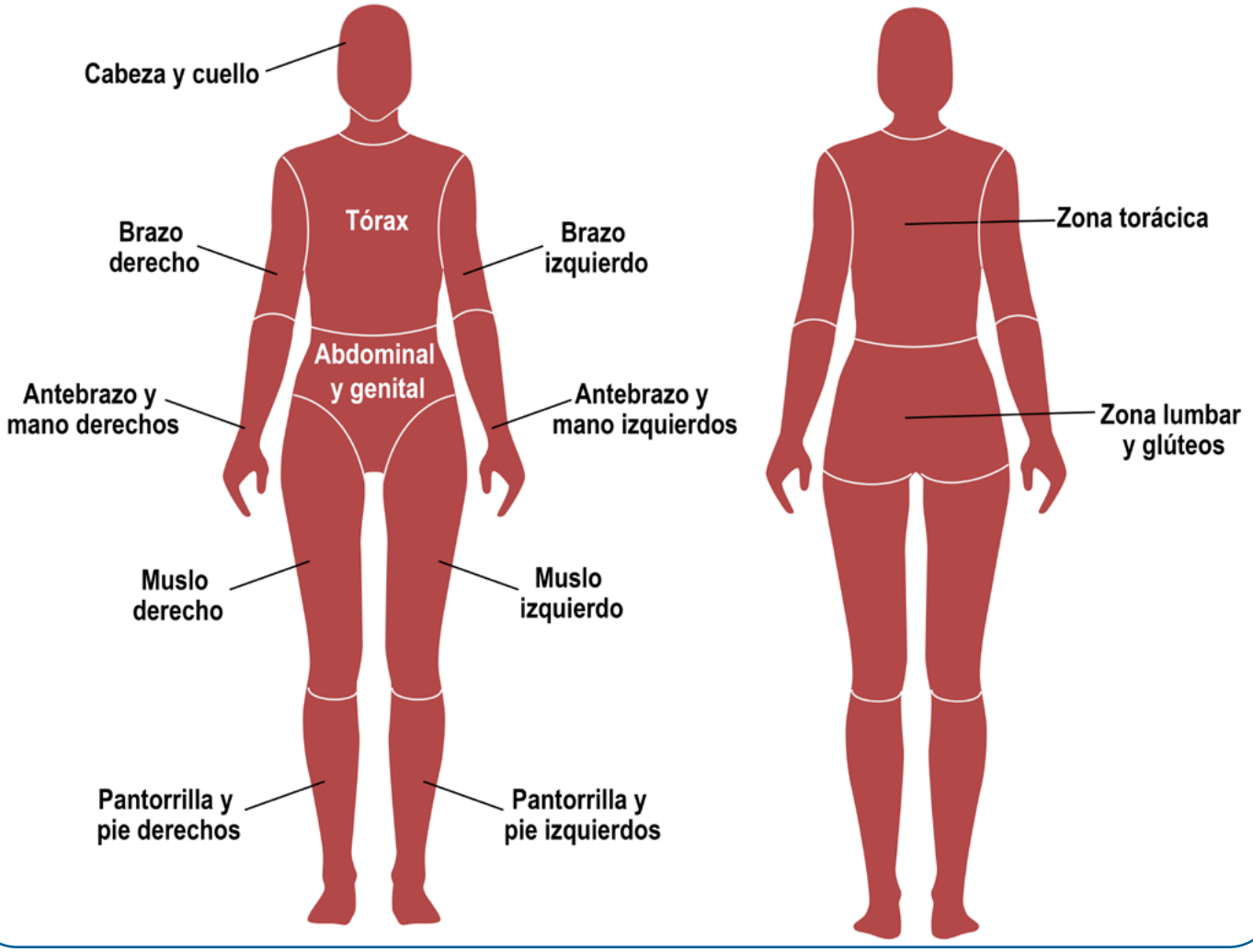
Una lesión aislada es una sola lesión.
La enfermedad regional puede consistir en múltiples lesiones limitadas a una sola región del cuerpo o a dos regiones contiguas. Se medirá el área afectada por la enfermedad.

Estas son las opciones de tratamiento:

- Pola-R-CHP (polatuzumab vedotina-piiq, rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina y prednisona) con radioterapia local dirigida al lugar afectado (RTDLA).
- RTDLA local.
- Ensayo clínico.

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán pruebas de seguimiento para vigilar la aparición de una recidiva.

Las regiones corporales se basan en los patrones de drenaje de los ganglios linfáticos regionales.



Enfermedad generalizada limitada a la piel

La enfermedad generalizada limitada a la piel cubre una zona más grande del cuerpo que la enfermedad regional. Hay múltiples lesiones que afectan dos o más regiones del cuerpo que no son contiguas. La enfermedad no se encuentra en los ganglios linfáticos, la sangre u otros órganos. El tratamiento actúa dentro del cuerpo para atacar las lesiones de la piel. La RTDLA podría administrarse para abordar un área específica de la piel.

La enfermedad limitada a la piel se trata inicialmente con Pola-R-CHP. Se puede agregar RTDLA para tratar las lesiones cutáneas. Un ensayo clínico también es una opción.

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes y controles para detectar recidivas mediante las pruebas de seguimiento.

Enfermedad extracutánea

La enfermedad extracutánea se encuentra fuera de la piel. Puede encontrarse en los ganglios linfáticos, la sangre o los órganos. El tratamiento se basa en el estadio del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG), como se explica en el *Capítulo 5: LDCBG en estadios 1, 2, 3 y 4*.

Pruebas de seguimiento

Después de alcanzar una respuesta completa, se le realizarán controles para detectar recidivas mediante las siguientes pruebas:

- Examenes físicos, historiales de salud y análisis de sangre cada tres a seis meses durante cinco años. Después de cinco años, estas pruebas se realizarán una vez al año o según sea necesario.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia podrían utilizarse para realizar el seguimiento de aquellos pacientes que no presentan síntomas (asintomáticos). Esto puede incluir una TC de tórax/abdomen/pelvis cada seis meses durante dos años. Después de dos años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario. Analice con su equipo de atención médica si los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia son adecuados para usted.

Cáncer recidivante y resistente al tratamiento

En caso de recidiva, si no se administró antes, es posible que reciba tratamiento con Pola-R-CHP o radioterapia local (RTDLA). Otras opciones de tratamiento se basan en si la recidiva ocurrió en un plazo inferior o superior a 12 meses después de finalizado el tratamiento inicial. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 6: LDCBG recidivante y resistente al tratamiento*.

Puntos clave

- El linfoma difuso de células B grandes cutáneo primario (LDCBG-CP) tipo pierna consiste en células B grandes y transformadas que suelen lucir como tumores rojos o rojo azulados en la piel. No es cáncer de piel.
- A pesar de su nombre, esta enfermedad se puede encontrar en cualquier parte del cuerpo. El tratamiento se basa en la cantidad de lesiones cutáneas y su localización. Este procedimiento se llama estadificación.
- La enfermedad puede presentar lesiones aisladas, regionales, generalizadas limitadas a la piel o fuera de ella (extracutáneas).
- Una lesión aislada es una sola lesión.
- Las lesiones regionales pueden ser múltiples y limitadas a una región del cuerpo o a dos regiones contiguas.
- La enfermedad generalizada limitada a la piel cubre una zona más grande del cuerpo que la enfermedad regional. Hay múltiples lesiones que afectan dos o más regiones del cuerpo que no son contiguas.
- La enfermedad extracutánea (fuera de la piel) puede encontrarse en los ganglios linfáticos, la sangre o los órganos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué puedo esperar del tratamiento y cuáles son los riesgos?
- ¿Cómo puedo encontrar un dermatólogo u oncólogo que se especialice en linfomas de la piel?
- ¿Qué efectos secundarios debo observar y cuándo debo ponerme en contacto con mi equipo de atención médica?
- ¿Cómo puedo prepararme para una posible recidiva?
- ¿El tratamiento que elija hoy afectará a mis opciones si el linfoma es recidivante o resistente al tratamiento?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, se ofrece información sobre los recursos y dónde puede recibir ayuda.

12
Otros recursos

74 Qué más hay que saber

74 Qué más hacer

74 Dónde obtener ayuda

75 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Encontrar un oncólogo experto en el tratamiento del linfoma.
- Tomar decisiones sobre el tratamiento, incluida la participación en un ensayo clínico.
- Conocer los detalles del tratamiento y sus posibles efectos secundarios.
- Obtener ayuda económica.
- Afrontar el estrés de tener linfoma.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

AnCan Foundation
ancan.org

Blood & Marrow Transplant Information Network
bmtinfonet.org

Blood Cancer United
bloodcancerunited.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

GRACE
cancergrace.org

HealthTree Foundation
healthtree.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Lymphoma Research Foundation
lymphoma.org

National Bone Marrow Transplant Link (nbmtLINK)
nbmtlink.org

NMDP
nmdp.org

Stupid Cancer
stupidcancer.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Qué otros servicios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?
- ¿Cómo me conecto con otras personas para crear un sistema de apoyo?
- ¿Con quién puedo hablar si no siento seguridad en mi casa, el trabajo o mi barrio?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response



Palabras que debe conocer

ácido desoxirribonucleico (ADN)
Cadena de sustancias químicas de las células que contienen instrucciones codificadas para generar y controlar las células.

anatomopatólogo
Médico experto en el análisis de células y tejidos para detectar enfermedades.

aspiración de médula ósea
Procedimiento mediante el que se extrae una muestra líquida de médula ósea para detectar una enfermedad.

biopsia
Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

biopsia de médula ósea
Procedimiento que extrae muestras de hueso y médula ósea sólida para detectar una enfermedad.

biosimilar
Fármaco que es casi idéntico a uno fabricado por otro laboratorio. Ha sido autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y debe usarse de la misma manera y en la misma dosis que el otro fármaco.

cáncer resistente al tratamiento
Linfoma que no mejora con el tratamiento.

citometría de flujo
Análisis de laboratorio que evalúa sustancias en la superficie de las células para identificar el tipo de células que está presente.

cromosoma
Estructuras dentro de las células que contienen instrucciones codificadas para la función celular.

efecto secundario
Respuesta física o emocional insalubre o desagradable frente al tratamiento.

ensayo clínico
Tipo de investigación que evalúa pruebas o tratamientos de salud.

estudio de diagnóstico por imágenes
Estudio que toma imágenes de zonas del interior del cuerpo.

ganglio linfático
Pequeña estructura en forma de frijol que combate las enfermedades.

gen
Serie de instrucciones codificadas en las células para crear nuevas células y controlar la forma en que se comportan.

glóbulo blanco
Tipo de célula sanguínea que ayuda a combatir las infecciones en el cuerpo. También se denomina leucocito.

glóbulo rojo
Tipo de célula sanguínea que lleva oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. También llamado eritrocito.

hematopatólogo
Médico que se especializa en el estudio de enfermedades de la sangre y tumores mediante un microscopio.

hibridación fluorescente in situ (FISH)
Análisis de laboratorio que usa tintes especiales para detectar cromosomas y genes anormales.

histología
El estudio de tejidos y células con un microscopio.

inmunofenotipificación
Análisis de laboratorio que detecta el tipo de células presente según las proteínas de la superficie de las células.

inmunohistoquímica (IHQ)
Estudio de laboratorio de las células cancerosas para descubrir características específicas de las

células involucradas en el crecimiento celular anormal.

lactato deshidrogenasa (LDH)
Proteína en la sangre que ayuda a generar energía en las células.

linfa
Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

linfocito
Un tipo de glóbulo blanco que forma parte del sistema inmunitario.

linfoma de células B de alto grado (LBAG)
Tipo de linfoma que crece y se extiende rápidamente y tiene síntomas graves.

linfoma mediastínico de zona gris (LMZG)
Tipo de linfoma con características superpuestas del linfoma de Hodgkin y el linfoma primario mediastínico de células B grandes que se encuentra en el mediastino (zona detrás del esternón).

linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG)
Tipo de linfoma de crecimiento rápido que se desarrolla a partir de células B en el mediastino (la zona detrás del esternón).

medio de contraste
Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico por imágenes sean más claras.

médula ósea
El tejido esponjoso en el centro de la mayoría de los huesos.

mejor tratamiento complementario
Tratamiento para mejorar la calidad de vida y aliviar el malestar.

mutación
Cambio anormal en las instrucciones de las células para fabricar y controlar las células.

plaqueta
Tipo de célula sanguínea que ayuda a controlar el sangrado. También llamado trombocito.

pronóstico
La evolución probable de una enfermedad.

pruebas de biomarcadores
Pruebas de laboratorio de cualquier molécula de su cuerpo que se pueda medir para evaluar su salud. También se denominan pruebas moleculares.

radioterapia (RT)
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)
Radioterapia que trata el cáncer ubicado en una pequeña región o en una sola zona del cuerpo.

recidiva
Reaparición del linfoma después de un período sin cáncer.

recidiva
La reaparición o el empeoramiento del linfoma después de un período de mejoría.

recuperación
El período sin tratamiento para permitir que los valores de glóbulos sanguíneos vuelvan a la normalidad.

remisión
Signos leves o inexistentes de cáncer.

resonancia magnética (RM)
Estudio que usa ondas de radio e imanes potentes para crear imágenes del interior del cuerpo.

respuesta completa (RC)
Cuando no se detectan signos de linfoma. También llamada remisión total.

respuesta parcial (RP)
El linfoma aún está presente, pero se ha reducido de tamaño.

sangre periférica (SP)
La sangre que circula por el cuerpo.

seguimiento
Período durante el cual se realizan pruebas para detectar cambios en el estado del linfoma.

síndrome de lisis tumoral (SLT)
Afección poco frecuente causada cuando los desechos expulsados por las células muertas no se eliminan rápidamente del cuerpo.

sistema inmunitario
Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

sistema linfático
Red de tejidos y órganos que combaten los gérmenes y que incluye la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios y vasos linfáticos. Parte del sistema inmunitario.

tomografía computarizada (TC)
Estudio que usa rayos X de varios ángulos para tomar imágenes del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)
Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

translocación
Intercambio de partes entre dos cromosomas.

trasplante alogénico de células hematopoyéticas
Tratamiento del cáncer que sustituye la médula ósea y el sistema inmunitario de una persona por células de un donante para combatir el linfoma.

trasplante autógeno de células hematopoyéticas
Tratamiento del cáncer que destruye la médula ósea de una persona y, luego, la reconstruye con sus propias células madre sanas. También se denomina tratamiento de dosis alta con rescate de células madre autógenas (TDA/RCMA).

trasplante de células hematopoyéticas (TCH)
Tratamiento del cáncer que sustituye la médula ósea y el sistema inmunitario de una persona por células sanas para combatir el linfoma.

tratamiento complementario
Tratamiento para los síntomas o los problemas de salud causados por el linfoma o su tratamiento. También, algunas veces llamado cuidados paliativos o mejor tratamiento complementario.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el tratamiento de linfomas de células B, versión 4.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Tanya Fischer, máster en Educación, máster en Bibliotecología y Ciencias de la Información
Redactora médica sénior

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La elaboración de NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el tratamiento de linfomas de células B, versión 4.2026, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Andrew D. Zelenetz, doctor en Medicina/presidente
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Leo I. Gordon, vicepresidente
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dr. Jeremy S. Abramson, máster en Ciencias Médicas
Mass General Cancer Center

Dra. Ranjana H. Advani
Stanford Cancer Institute

Dr. Alaa Altahan
St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Babis Andreadis, máster en Epidemiología Clínica
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Nancy L. Bartlett
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. L. Elizabeth Budde, doctora en Medicina
City of Hope National Medical Center

Dr. Paolo F. Caimi
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Sven DeVos, doctor en Medicina
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Bhagirathbhai Dholaria
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Luis E. Fayad
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Sameh Gaballa
Moffitt Cancer Center

* Dr. Thomas M. Habermann
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Francisco Hernandez-Ilizaliturri
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Boyu Hu
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dra. Manali Kamdar
University of Colorado Cancer Center

Dra. Yasmin Karimi
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Christopher R. Kelsey
Duke Cancer Institute

* Dra. Rebecca King
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Justin Kline
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

* Susan Krivacic, máster en Asuntos Públicos
Defensora de pacientes

Dra. Ann S. LaCasce, máster en Ciencias Médicas
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

* Dr. Daniel Landsburg
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dra. Megan Lim, doctora en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Marcus Messmer
Fox Chase Cancer Center

Dra. Priyanka Pophali
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Rachel Rabinovitch
University of Colorado Cancer Center

Dr. Praveen Ramakrishnan, máster en Ciencias
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dra. Erin Reid
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Peter Riedell
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Kenneth B. Roberts
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

* Dra. Aditi Saha
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

* Dr. Naoyuki G. Saito, doctor en Medicina
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. Yazeed Sawalha
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dr. Stephen D. Smith
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Lode J. Swinnen, licenciado en Medicina y Cirugía
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Joseph Tuscano
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Julie M. Vose, máster en Dirección de Empresas
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

NCCN

Mary Dwyer, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones Clínicas

Hema Sundar, doctora en Medicina
Gerente sénior de Contenido Clínico Global

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

BCL2, BCL6,* o *MYC 9, 16-17, 62-63

biopsia 13-14

biopsia de médula ósea 14

cirugía 28

conjugado de anticuerpo y fármaco (CAF) 26

DA-EPOCH-R 42, 55, 58-59, 63

efectos secundarios 33-37

ensayos clínicos 29-30

estadificación y estadios 40-43, 69

estado funcional (EF) 11

índice de pronóstico internacional (IPI) 12

inmunofenotipo 14-15

inmunoterapia 24-26

linfocitos 5

mutaciones 15-18, 26

Pola-R-CHP 24, 42, 63, 70-71

pruebas cardíacas 19

pruebas de biomarcadores 14-18

pruebas genéticas 15-18

punción lumbar 19, 62

quimioinmunoterapia 24

quimioterapia 24

radioterapia (RT) 27

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) 27

RCHOP 24, 41-42, 58-59, 63

recidiva 23

remisión 23

reordenamientos genéticos 17-18, 54

resistente 23

respuesta completa (RC) 23

respuesta parcial (RP) 23

RM 18-19

síntomas B 5, 10

sistema linfático 5-6

subtipos de linfomas de células B grandes (LCBG) 7, 9

TC 18

TEP 19

trasplante alogénico de células hematopoyéticas 28

trasplante autógeno de células hematopoyéticas 28

trasplante de células hematopoyéticas (TCH) 28

tratamiento celular 26, 28

tratamiento con anticuerpos 24-25

tratamiento con anticuerpos biespecíficos 25

tratamiento con anticuerpos monoclonales (AcM) 24-25

tratamiento con células T con receptor de antígeno quimérico (CAR) 26, 46-47

tratamiento de contención 46-47, 50

tratamiento dirigido 26

tratamiento puente 46-47, 50

tratamiento sistémico 23-26

vigilancia 23



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Linfomas difusos de células B grandes



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

NCCN Foundation agradece profundamente a los siguientes colaboradores por hacer posibles estas NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca; Genentech, Inc.; Genmab US, Inc. y Kite, una empresa de Gilead.

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1980-1026