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®)

Linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes



Presentada con el apoyo de

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK® FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

Disponible en línea:
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.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para el linfoma de Hodgkin pediátrico (versión 1.2026, 13 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

NCCN FOUNDATION
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
Guiding Treatment. Changing Lives.

NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de 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.

Para hacer una donación, visite
NCCNFoundation.org/Donate

Para obtener más información,
visite la página
NCCN.org/patientguidelines
o envíe un correo electrónico a
PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

16 Capítulo 3
Estadificación y grupos de riesgo

22 Capítulo 4
Tipos de tratamiento

30 Capítulo 5
Tratamiento primario para el linfoma de Hodgkin clásico

36 Capítulo 6
Tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

42 Capítulo 7
Cuando el tratamiento primario finalice

48 Capítulo 8
Si el linfoma de Hodgkin reaparece o no responde al tratamiento

54 Capítulo 9
Otros recursos

57 Palabras que debe conocer

59 Colaboradores de NCCN

60 Centros oncológicos de NCCN

62 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 linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes

5 ¿Qué es el linfoma de Hodgkin?

6 ¿Cuáles son los tipos de linfoma de Hodgkin?

7 ¿Cómo se trata el linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Aunque el linfoma de Hodgkin (LH) es un cáncer poco común, es el más diagnosticado en jóvenes de 15 a 19 años.

El LH es muy tratable y, con frecuencia, puede curarse. Esto se debe a que los tratamientos para el LH se han vuelto más seguros y efectivos. Sin embargo, los efectos secundarios del tratamiento pueden ocurrir incluso después de finalizar el tratamiento. El seguimiento a largo plazo es esencial.

¿Qué es el linfoma de Hodgkin?

El linfoma de Hodgkin (LH) es un cáncer de las células llamadas linfocitos, que se encuentran en los ganglios linfáticos y el sistema linfático. El sistema linfático ayuda al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Forma parte del sistema inmunitario y cuenta con cientos de pequeñas estructuras, llamadas ganglios linfáticos, distribuidas por todo el cuerpo.

El LH se propaga a través del líquido linfático que viaja por los vasos linfáticos de un grupo de ganglios linfáticos a otro. También puede afectar otras partes del sistema linfático, como el bazo, el timo y las amígdalas. Si no se trata, se extenderá a los tejidos y órganos del sistema linfático.

LH en niños y adolescentes

A la mayoría de los pacientes se les diagnostica LH entre los 15 y los 39 años o después de los 55 años.

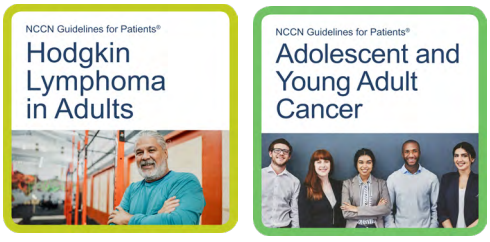
Cuando el LH se diagnostica en personas más jóvenes, se denomina LH pediátrico. Esto puede resultar confuso, ya que el LH pediátrico, así como las recomendaciones de tratamiento de esta guía, se aplican a niños, adolescentes y adultos jóvenes de hasta 39 años que han recibido el diagnóstico. Los siguientes son otros aspectos importantes sobre el LH en personas más jóvenes:

- El LH es menos frecuente en niños de entre 5 y 14 años. Es muy poco frecuente en niños menores de 5 años.
- Según el centro de tratamiento, la atención oncológica de adolescentes y adultos jóvenes (incluidos en la abreviatura AYA) puede estar a cargo de un oncólogo pediátrico o de un oncólogo para adultos. Un oncólogo es un experto en el diagnóstico y tratamiento del cáncer. Los adolescentes y adultos jóvenes son aquellos que tienen entre 15 y 39 años en el momento del diagnóstico inicial de cáncer. Los adolescentes y adultos jóvenes tienen necesidades y desafíos únicos.
- En esta guía, algunas recomendaciones de tratamiento se aplican a personas de entre 18 y 39 años.

Obtenga más información sobre lo siguiente:

- tratamientos para el LH en adultos;
- problemas que pueden ser específicos de adolescentes y adultos jóvenes

en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



¿Cuáles son los tipos de linfoma de Hodgkin?

El LH se divide en 2 tipos: linfoma de Hodgkin clásico y linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular.

Linfoma de Hodgkin clásico

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de LH tienen linfoma de Hodgkin clásico (LHC). Existen 4 tipos de LHC:

- Esclerosis nodular (más común)
- Celularidad mixta
- Rico en linfocitos
- Con depleción linfocítica (menos común)

Si bien estos tipos se consideran LHC, tienen un aspecto diferente bajo el microscopio. También pueden comportarse de manera diferente. Por ejemplo, algunos tipos tienen más probabilidades de causar síntomas que otros. La información sobre el tratamiento del LHC en esta guía se aplica a los 4 tipos.

¿Qué son los linfocitos?

Los linfocitos son un tipo de glóbulo blanco.

Son parte del sistema inmunitario que ayuda al cuerpo a combatir el cáncer y otras enfermedades.

Linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

Solo cerca de 1 de cada 20 personas con LH tiene linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN). Este tipo poco frecuente tiende a crecer lentamente. Sin embargo, con el tiempo, el LHPLN puede convertirse en un tipo agresivo de linfoma no hodgkiniano llamado linfoma difuso de linfocitos B grandes.

Apoyo entre pares

Los adolescentes y adultos jóvenes que conviven con el cáncer pueden beneficiarse del apoyo social y emocional de sus pares.



¿Cómo se trata el linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes?

Los primeros pasos incluyen un análisis de laboratorio y estudios de diagnóstico por imágenes. Los resultados se utilizarán para desarrollar un plan de tratamiento, que puede incluir un ensayo clínico.

Plan de tratamiento

El tratamiento sistémico con quimioterapia y, posiblemente, inmunoterapia es efectivo y se utiliza mucho para el linfoma de Hodgkin. En personas con LHPLN, se suele realizar la cirugía antes del tratamiento sistémico para eliminar el cáncer.

Otros tratamientos que puede recibir:

- Radioterapia.
- Quimioterapia de dosis alta con trasplante de células hematopoyéticas (TCH), que puede administrarse para tratar el cáncer que reaparece tras el tratamiento inicial. Puede leer más sobre el TCH en el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.

Después del tratamiento

El LH y su tratamiento pueden causar graves problemas de salud muchos años después. La atención de seguimiento a largo plazo es esencial. Esto se trata más en detalle en el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*. En el Capítulo 8, encontrará información sobre lo que sucede si el LH reaparece después del tratamiento primario.

¿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 ayudar 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. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer, elaboradas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y las prácticas 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 detectar el linfoma de Hodgkin

9 Síntomas indicativos de linfoma de Hodgkin

10 Pruebas para confirmar el linfoma de Hodgkin

10 Pruebas y cuidados esenciales

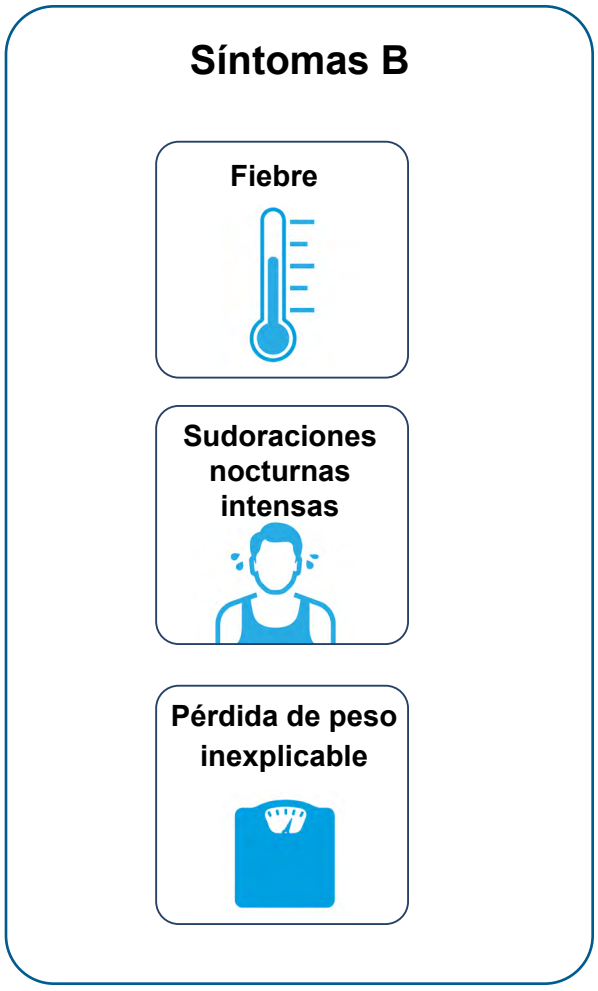
14 Pruebas que suelen ser útiles

15 Puntos clave

15 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin (LH) puede causar síntomas, pero no siempre es así. El hecho de presentar síntomas puede afectar cómo se trata el LH. En este capítulo, podrá aprender sobre estos síntomas.

También podrá informarse sobre las pruebas que se utilizan para diagnosticar y estadificar el LH en personas de hasta 39 años.
Las pruebas ayudan a su equipo de atención médica a determinar si tiene linfoma de Hodgkin clásico (LHC) o linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) y a decidir el tratamiento.



Síntomas indicativos de linfoma de Hodgkin

El linfoma de Hodgkin (LH) puede causar síntomas. Con frecuencia, el primer síntoma es la inflamación de uno o más ganglios linfáticos.

Los ganglios linfáticos son pequeñas estructuras con forma de frijol que filtran partículas extrañas, gérmenes y células dañinas, incluidas las cancerosas.

El LH también puede afectar a otras partes del cuerpo.

Síntomas B

Hay tres síntomas que ayudan a diagnosticar el LH y a decidir el tratamiento. Se denominan síntomas B. Son los siguientes:

- Fiebre alta inexplicable (superior a 38 grados Celsius)
- Sudoraciones nocturnas abundantes e intensas
- Notable pérdida de peso involuntaria

Otros síntomas

Hay otros síntomas que pueden estar relacionados con el LH. Es importante que informe a su equipo de atención médica si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Picazón en la piel
- Cansancio extremo
- Reacción adversa al consumo de alcohol

Pruebas para confirmar el linfoma de Hodgkin

Biopsia de ganglios linfáticos

Puede ser necesario realizar una biopsia de los ganglios linfáticos agrandados para diagnosticar el LH. Se prefiere una biopsia por escisión o incisión.

- En una biopsia por escisión, se extirpa y analiza uno o más ganglios linfáticos completos.
- En una biopsia por incisión o abierta, se extrae una pequeña cantidad de tejido del ganglio linfático mediante una incisión en la piel.
- Puede realizarse también una biopsia con aguja gruesa. Este tipo de biopsia utiliza una aguja gruesa para extraer una muestra de tejido del ganglio linfático. El ganglio linfático en sí no se extrae.

Análisis del tejido del ganglio linfático

El tejido extraído se examina bajo el microscopio para detectar proteínas en la superficie de las células. El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) y el linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) se diagnostican según las proteínas que pueden observarse (y las que no).

Pruebas y cuidados esenciales

La mayoría de las pruebas que se explican en las siguientes 2 secciones se realizan antes de planificar el tratamiento primario. El tratamiento primario es el tratamiento oncológico principal y se analizará en los próximos capítulos.
Las pruebas esenciales, así como las que podrían realizarse, se mencionan en la **Guía 1**.

Guía 1
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin para la planificación del tratamiento

Pruebas que se le realizarán	Pruebas que podrían realizarle
Antecedentes médicos y examen físico	Pruebas de función pulmonar
Análisis de sangre	Electrocardiograma
Ecocardiograma	Pruebas de VIH y hepatitis B y C
Radiografía de tórax	Pruebas de inmunodeficiencia
TC o TC y RM	Biopsia de médula ósea
TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG	
Prueba de embarazo	
Asesoramiento sobre inquietudes relacionadas con la fertilidad	
Evaluación psicosocial	
Otro tipo de asesoramiento	

Tenga en cuenta que algunas de las siguientes pruebas podrían repetirse en otros momentos:

- Después de una biopsia.
- Durante o después del tratamiento sistémico (explicado en el Capítulo 4).

Antecedentes médicos y examen físico

Su equipo de atención médica revisará sus antecedentes médicos, como los síntomas B, y le realizará un examen físico.

Los ganglios linfáticos no suelen verse ni palparse, pero el LH puede hacer que se agranden. Usando las manos, el profesional de atención médica le palpará las áreas del cuerpo donde hay más ganglios linfáticos. Esto incluye el cuello, las axilas y la ingle. Además de estas áreas, un miembro de su equipo de atención médica le palpará el bazo, el órgano más grande del sistema linfático, y el hígado.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre proporcionan a su equipo de atención médica información importante sobre su salud.



Sistema inmunitario hiperreactivo

Se le realizarán pruebas para detectar problemas del sistema inmunitario hiperreactivo o enfermedades autoinmunitarias. Por ejemplo, pruebas para el lupus, la enfermedad de Crohn y la esclerosis múltiple. Existen muchas enfermedades autoinmunitarias que afectan a diferentes sistemas del cuerpo.

Asegúrese de informar a su equipo de atención médica si le diagnosticaron previamente una enfermedad autoinmunitaria. Esto puede afectar las decisiones sobre el tratamiento.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre proporcionan a su equipo de atención médica la siguiente información:

- Recuento de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, lo que se denomina hemograma completo. Esto incluye el recuento de cada tipo de glóbulo blanco y células sanguíneas inmaduras.
- Inflamación, infección o enfermedad en el cuerpo, mediante una o ambas de las siguientes pruebas:
  - Velocidad de sedimentación globular (VSG), que mide la rapidez con la que los glóbulos rojos se depositan en el fondo de un tubo de ensayo. Si la VSG es más rápida que la normal, puede indicar algún problema.
  - Proteína C reactiva, que se produce en el hígado cuando hay inflamación en el cuerpo.
- La salud de sus riñones, huesos y otros órganos y tejidos. Esto se denomina panel metabólico completo. También brinda información sobre el nivel de electrolitos, calcio y azúcar en sangre.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes ayudan a su equipo de atención médica a estadificar el cáncer y determinar el estado de riesgo. La estadificación y los factores de riesgo se abordarán en el Capítulo 3.

Ecocardiograma

Si se planifica administrar quimioterapia con algún medicamento que pueda afectar al corazón, se le realizará un ecocardiograma. El ecocardiograma es una ecografía del corazón. Este procedimiento es un estudio de diagnóstico que usa ondas sonoras para ver el interior del cuerpo.

Radiografía de tórax

Es posible que se realice una radiografía de tórax para evaluar el cáncer.

TC y RM

Es común realizar una tomografía computarizada (TC) de la zona desde el cuello hasta la ingle. La TC usa rayos x de varios ángulos para tomar imágenes de zonas internas del cuerpo.

También se le puede realizar una TC de tórax y una resonancia magnética (RM) del cuello, el abdomen y la pelvis. La RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

Medio de contraste

En las TC se puede utilizar un medio de contraste. Es una sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes sean más claras. El medio de contraste se introduce en el torrente sanguíneo a través de una vena y también se puede administrar como bebida.

TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG

Las tomografías por emisión de positrones (TEP) se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Se hablará sobre la estadificación más adelante en este capítulo.

Las TEP utilizan una pequeña cantidad de un radiomarcador llamado fluorodesoxiglucosa (FDG). El marcador emite una pequeña cantidad de energía que se detecta con el escáner.

TC

La TC toma muchas imágenes de una parte del cuerpo desde distintos ángulos utilizando rayos X. Una computadora combina estas radiografías para formar imágenes detalladas.



Prueba de embarazo

Si puede quedar embarazada, se le realizará una prueba de embarazo como parte de los estudios de chequeo del linfoma de Hodgkin antes de comenzar cualquier tratamiento de quimioterapia.

Otros aspectos que se pueden analizar

Fertilidad

La fertilidad es la capacidad de una persona de tener hijos. Si piensa tener hijos en el futuro y no sabe si el tratamiento afectará su fertilidad, hable de esto con su equipo de atención médica. Es posible que le sugieran consultar con un especialista en fertilidad antes de comenzar el tratamiento.

Tabaquismo, vapeo y consumo de sustancias

Su equipo de atención médica le preguntará si fuma o vapea. Si lo hace, pueden proporcionarle recursos para dejar de fumar. Dejar este hábito produce muchos beneficios.

Para las personas con cáncer, dejar de fumar tiene beneficios adicionales. Esto incluye mejores resultados en el tratamiento del cáncer y menos efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

Su equipo de atención médica también le preguntará sobre el consumo de alcohol y sustancias ilegales. El consumo de alcohol y sustancias ilegales aumenta el riesgo de que las personas que han dejado de fumar vuelvan a hacerlo.

Supervivencia

La supervivencia comienza en el momento del diagnóstico de cáncer y continúa a lo largo de la vida.

Los sobrevivientes de LH incluyen a las personas recién diagnosticadas, a quienes están en tratamiento y a quienes han recibido tratamiento para el LH y no presentan cáncer. Los sobrevivientes pueden tener diferentes necesidades e inquietudes, según, en parte, de la fase de supervivencia en la que se encuentren.

Las personas que se enfrentan a un tratamiento oncológico pueden tener inquietudes sobre lo siguiente:

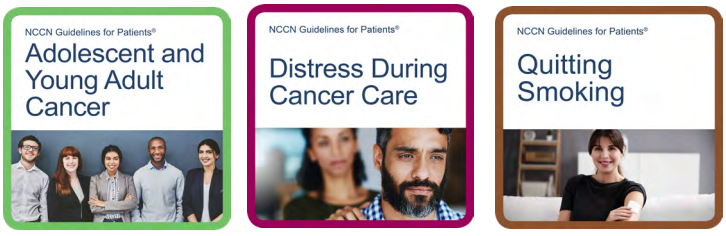
- Vivienda, alimentación y transporte
- Ansiedad, depresión y cómo afrontar el diagnóstico
- Problemas familiares, sociales y culturales

Su equipo de atención médica puede hablar con usted sobre estos temas, pero comuníqueles si tiene alguna inquietud específica.

Para obtener más información sobre cuestiones de supervivencia, consulte el Capítulo 7.

Obtenga más información sobre las inquietudes de fertilidad, cómo afrontar el malestar emocional y cómo dejar de fumar en:

NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Pruebas que suelen ser útiles

Pruebas de función pulmonar

Si el tratamiento incluye quimioterapia, un medicamento que puede dañar los pulmones, se recomienda realizar pruebas de función pulmonar antes del tratamiento. Se someterá a una prueba de difusión de gases que consiste en inhalar un gas inocuo y medir la cantidad exhalada. Estas pruebas indican la cantidad de oxígeno que llega a la sangre desde los pulmones.

A los niños que no pueden someterse a estas pruebas se les realizará una prueba simple con un oxímetro de pulso para detectar ciertos síntomas.

Electrocardiograma

En algunos casos, un electrocardiograma (ECG) puede ser útil. Este muestra los cambios eléctricos en el corazón y proporciona información sobre la frecuencia y el ritmo cardíacos. En esta prueba, se colocan pequeños electrodos en el pecho para registrar los latidos del corazón.

Biopsia de médula ósea

Si tiene un recuento de células sanguíneas inferior al normal y la TEP con FDG no indica cáncer en la médula ósea, se podría necesitar una biopsia de médula ósea de ambas caderas.

La médula ósea es el tejido blando y esponjoso que se encuentra en el centro de la mayoría de los huesos. La médula ósea produce nuevas células sanguíneas, incluido un tipo de glóbulo blanco llamado linfocito B (células B).

Hepatitis B y C

Es posible que le realicen pruebas para detectar las infecciones virales de hepatitis B y C.

Sistema inmunitario hipoactivo

Las personas con un sistema inmunitario hipoactivo, lo que se conoce como inmunodeficiencia, tienen problemas para combatir las infecciones. Es posible que le realicen pruebas para detectar VIH, que es un virus de inmunodeficiencia.

Se pueden solicitar pruebas adicionales para otras afecciones de inmunodeficiencia en personas:

- menores de 5 años;
- con infecciones recurrentes;
- con signos o síntomas atípicos;
- con antecedentes personales o familiares de inmunodeficiencia.

Vacunas

Si necesita vacunas y se planea radioterapia, debe vacunarse antes o después del tratamiento, no durante este. Las vacunas específicas recomendadas se describen en el Capítulo 4.

La lista de problemas y el termómetro de malestar emocional de NCCN

La lista de problemas y el termómetro de malestar emocional de NCCN son herramientas de detección reconocidas entre los profesionales de la atención oncológica. Se ha demostrado que ayudan a detectar el malestar emocional y evaluar su intensidad, así como la forma en que este problema lo afecta.

La Lista de problemas evalúa las causas de su malestar emocional, como las inquietudes sobre necesidades básicas, el tratamiento oncológico y las relaciones. Su equipo de atención médica puede ayudarlo a controlar los síntomas de malestar emocional, proporcionarle otros recursos que le resulten útiles o ambas cosas.

Para obtener más información sobre la lista de problemas y el termómetro de malestar emocional de NCCN, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer*.

Puntos clave

- Los síntomas B incluyen fiebre alta, sudoraciones nocturnas intensas y pérdida de peso.
- Como las zonas del cuello, las axilas y la ingle tienen la mayor cantidad de ganglios linfáticos, su médico examinará estas áreas para detectar ganglios agrandados.
- Se necesita una biopsia de ganglios linfáticos para el diagnóstico del linfoma de Hodgkin (LH).
- Los análisis de sangre y los estudios de diagnóstico por imágenes forman parte de los estudios de control del LH.
- En algunos casos, un electrocardiograma (ECG) puede ser útil.
- Si puede quedar embarazada, se le realizará una prueba de embarazo.
- Su equipo de atención médica puede responder a sus preguntas sobre fertilidad, cómo dejar de fumar y otras inquietudes que puede tener.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tipo de LH tengo?
- ¿Las pruebas estarán cubiertas por mi seguro?
- ¿A qué tipo de biopsia me someteré?
- ¿Tendré que hacer ayuno para alguna de las pruebas?
- ¿Dónde puedo conseguir ayuda para dejar de fumar?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el próximo capítulo, aprenderá cómo se clasifica el LH en niños y adolescentes, y cómo se determinan los grupos de riesgo. Estos aspectos ayudan a su equipo de atención médica a decidir cómo tratar el LH.

3

Estadificación y grupos de riesgo

17 Estadificación del linfoma de Hodgkin

19 Grupos de riesgo según el LHC

21 Puntos clave

21 Preguntas para hacer

Cada cáncer es diferente. Es posible que las características del linfoma de Hodgkin (LH) en una persona no se presenten en otra con el mismo diagnóstico.

La planificación del tratamiento se basa en estas características. En este capítulo, aprenderá sobre estas características, que incluyen los estadios y los grupos de riesgo.

En general:

- Para el **linfoma de Hodgkin clásico (LHC)**, la estadificación y los grupos de riesgo determinan el tratamiento.
- Para el **linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN)**, la estadificación y otros factores (no los grupos de riesgo) determinan el tratamiento. El LHPLN, un tipo menos común de LH, se explica en el Capítulo 6.

Los tipos de tratamientos se explican en el Capítulo 4.

Estadificación del linfoma de Hodgkin

Antes de comenzar el tratamiento, es importante determinar si el cáncer se ha extendido y en qué medida. Este proceso se conoce como estadificación. Para asignar el estadio, se evalúan los resultados del examen físico y de los estudios de diagnóstico por imágenes.

El LH suele comenzar en la parte superior del cuerpo, en los ganglios linfáticos del cuello, el tórax o las axilas.

La función del diafragma en la estadificación

El diafragma es un músculo delgado que se encuentra debajo de los pulmones y el corazón. Se puede considerar como una línea divisoria entre el pecho y el abdomen (vientre).

Estadios

Los estadios del LH se describen en la **Guía 2**.

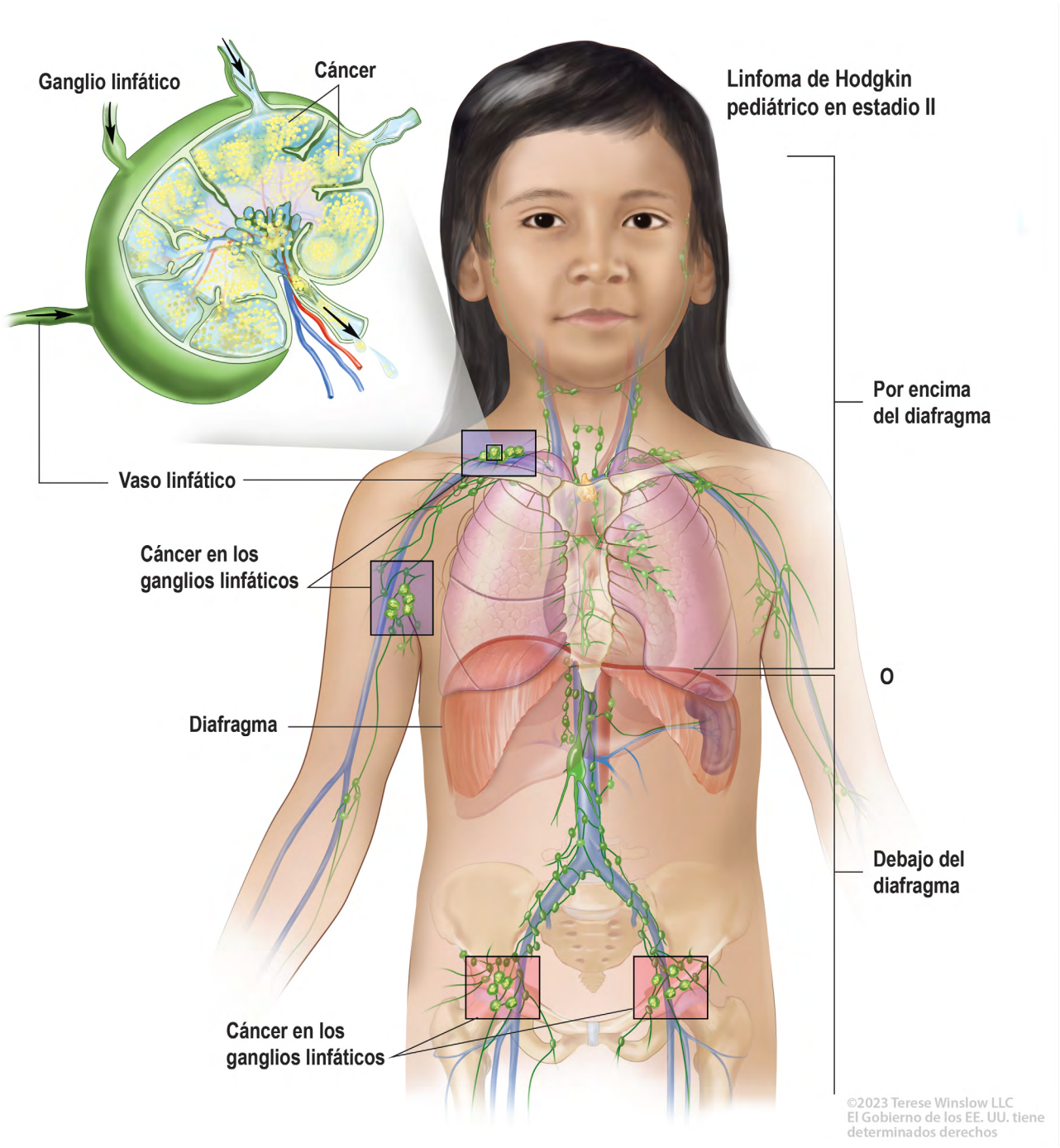
Guía 2
Linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes: estadios del cáncer

Estadio		Se detecta cáncer
Temprano	1	1 grupo de ganglios linfáticos o 1 órgano linfático
	2	2 o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma
Avanzado	3	Ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma
	4	Órganos fuera del sistema linfático

Linfoma de Hodgkin en estadio 2

El linfoma de Hodgkin (LH) se estadifica, en parte, según si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos u otras zonas del lado opuesto del diafragma.

La imagen a continuación muestra el LH en estadio 2. Hay cáncer en dos o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.



La estadificación utiliza números del 1 al 4 según la ubicación del cáncer en el cuerpo.

- **Estadio 1**: cáncer en un grupo de ganglios linfáticos o en un órgano linfático, como el bazo o el timo.
- **Estadio 2**: cáncer en dos o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma (ya sea arriba o abajo).
- **Estadio 3**: cáncer en los ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma.
- **Estadio 4**: cáncer que se ha extendido a órganos fuera del sistema linfático, como los pulmones, los huesos, el cerebro o el hígado.

Subestadios

Se puede utilizar una o más de las letras que aparecen a continuación con el estadio. Estas marcan subestadios. Proporcionan información adicional sobre el cáncer. Consulte la **Guía 3**.

Guía 3
Linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes: subestadios

Subestadio	Característica
A	Asintomático
B	Síntomas B
X	Los ganglios linfáticos con cáncer están agrandados
E	El cáncer se encuentra fuera de los ganglios linfáticos

A significa que el cáncer no causa síntomas.

B se refiere a la presencia de síntomas B:

- Fiebre
- Sudoraciones nocturnas
- Pérdida de peso

X significa que los ganglios linfáticos con cáncer son voluminosos (grandes).

E significa “extralinfático”, y “extra” significa “fuera”. Por lo tanto, una lesión extralinfática significa que se han encontrado células cancerosas fuera del tejido linfático adyacente o que rodea los ganglios linfáticos.

Grupos de riesgo según el LHC

Además del estadio y subestadio del cáncer, el tratamiento del LHC se basa en los grupos de factores de riesgo de cáncer. Los grupos de riesgo para el LHC se definen por estadios y factores de riesgo.

Es importante saber que el tratamiento del LHPLN no se basa en los grupos de factores de riesgo.

Factores de riesgo para los estadios 1 y 2

Algunas personas jóvenes con LHC, el tipo más común de LH, presentan cáncer con factores de riesgo. Se ha demostrado que estos factores de riesgo influyen en la manera en que el cáncer responde al tratamiento. Los factores de riesgo se utilizan para los estadios 1 y 2 y, a veces, para el estadio 3.

Estos son los factores de riesgo:

- Síntomas B (fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso).
- Ganglios linfáticos voluminosos (agrandados) con cáncer.
- Cáncer fuera de los ganglios linfáticos.
- Masa grande en el centro del tórax.
- Análisis de sangre que indican inflamación.

El **LHC en estadios 1 y 2 sin factores de riesgo** generalmente requiere un tratamiento menos intensivo para controlar el cáncer.

El **LHC en estadios 1 y 2 con factores de riesgo** generalmente requiere un tratamiento más intensivo para controlar el cáncer.

¿A qué grupo de riesgo corresponde el cáncer que tengo?

Hable sobre esto con su equipo de atención médica. No existe un sistema único que todos los expertos en cáncer utilicen para asignar un grupo de riesgo al cáncer. Su equipo de atención médica también puede considerar la cantidad de ganglios linfáticos afectados al tomar decisiones sobre los grupos de riesgo. Los grupos siempre están cambiando a medida que hay nuevos datos disponibles.



Su equipo de atención médica

Su equipo de atención oncológica puede incluir a los siguientes especialistas (entre otros):

Hematólogo u oncólogo hematólogo: experto en enfermedades de la sangre y tipos de cáncer de la sangre.

Oncólogo pediátrico o de adultos: diagnostica y trata el cáncer. Los tipos de oncólogos son médicos, radiooncólogos y cirujanos.

Anatomopatólogo: analiza las células, los tejidos y los órganos extirpados durante una biopsia o cirugía.

Radiólogo: interpreta los resultados de la TC, RM y otros estudios de diagnóstico por imágenes, y realiza biopsias con aguja guiadas por imágenes cuando es necesario.

Trabajador social o profesional de la salud mental: brinda apoyo emocional, información sobre recursos financieros y asesoramiento.

Endocrinólogo y especialista en fertilidad/reproducción: explica las opciones de preservación de la fertilidad, como la manera en que se realiza, los índices de éxito, el momento oportuno y el costo.

Puntos clave

- Los resultados del examen físico y de los estudios de diagnóstico por imágenes se utilizan para determinar el estadio del cáncer.
- El estadio del cáncer describe la extensión del cáncer en el organismo.
- Los estadios 1 y 2 se consideran cáncer en estadio temprano.
- Los estadios 3 y 4 se consideran cáncer en estadio avanzado.
- El cáncer se clasifica en estadios según si se ha extendido a ambos lados del diafragma o fuera del sistema linfático.
- Hay otros factores de riesgo que afectan el tratamiento del LHC, como el tamaño y la ubicación del tumor, así como la presencia de síntomas B y signos de inflamación.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra el cáncer?
- ¿Cuáles son mis otros factores de riesgo además del estadio?
- ¿Qué otros estudios deberé hacerme?
- ¿Debo consultar con un oncólogo pediátrico o de adultos?

¿Cuál es el siguiente paso?

Siga leyendo para obtener información sobre los ensayos clínicos y los tipos de tratamientos que se utilizan para el LH.

4

Tipos de tratamiento

23 Ensayos clínicos

25 Tratamientos estándares

29 Puntos clave

29 Preguntas para hacer

Es muy recomendable que los niños y adolescentes con linfoma de Hodgkin (LH) participen en un ensayo clínico.

En este capítulo, encontrará información sobre los ensayos clínicos. También se explican los tipos de tratamiento para el LH, en caso de que no haya un ensayo clínico disponible.

Ensayos clínicos

El tratamiento del linfoma de Hodgkin (LH) en niños y adolescentes ha mejorado considerablemente en las últimas décadas. La investigación continua, que incluye ensayos clínicos, puede llevar a otros avances.

¿Qué es 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 combatir 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.



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

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.

¿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. Estos 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 cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿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. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.



¡Cuéntenos qué opina!

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

Tratamientos estándares

Una vez diagnosticado y estadificado el LH, y si un ensayo clínico no es una opción, su equipo de atención oncológica decidirá el tratamiento primario.

También existen tratamientos para los casos en que el cáncer reaparece después de recibir tratamiento o no responder a este. Para obtener más información sobre los tratamientos recomendados para los casos en que el LH reaparece o no responde al tratamiento primario, consulte el *Capítulo 8: Si el linfoma de Hodgkin reaparece o no responde al tratamiento*.

Tratamiento sistémico

Con el tratamiento sistémico, los medicamentos se trasladan por el torrente sanguíneo para atacar las células cancerosas en todo el cuerpo. La quimioterapia y la inmunoterapia son tipos de tratamientos sistémicos.

Todos los tratamientos sistémicos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y 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 específicos que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

La **quimioterapia** y la **inmunoterapia** son dos tipos de tratamiento sistémico.

La **quimioterapia** elimina las células cancerosas.

La **inmunoterapia** ayuda al sistema inmunitario a combatir las células cancerosas.

Quimioinmunoterapia

Cuando se combinan la quimioterapia e inmunoterapia, este tratamiento se denomina quimioinmunoterapia. Se administra mediante un esquema terapéutico.

¿Qué es un esquema terapéutico?

Un esquema terapéutico consiste en uno o más fármacos que se toman en una dosis, horario y duración específicos. Esto se llama ciclo. Incluye días de tratamiento seguidos de días de recuperación. Los ciclos tienen diferentes duraciones según los fármacos que se utilicen.

Los siguientes son otros aspectos a tener en cuenta sobre la quimioinmunoterapia:

- Puede administrarse lentamente mediante infusión IV. En ocasiones, puede administrarse mediante inyecciones rápidas o comprimidos orales.
- Puede dañar tanto las células sanas como las cancerosas. Debido a ello, puede causar efectos secundarios graves.
- Es posible que se incluyan corticoides en el esquema de quimioinmunoterapia.
- El brentuximab vedotina es un tratamiento dirigido que puede incluirse en un esquema de quimioterapia. Si se incluye este tratamiento, se recomienda un medicamento para prevenir una infección fúngica en los pulmones.

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 la enfermedad. 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

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



Inmunoterapia

La inmunoterapia puede administrarse sola como parte del tratamiento primario para el LH. También puede administrarse si el cáncer reaparece o deja de responder al tratamiento.

Por ejemplo, si el cáncer reaparece después del tratamiento con quimioterapia y aún no se ha administrado la inmunoterapia, puede recibir este último tratamiento.

Tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario

El tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario es un tipo de inmunoterapia que suele utilizarse para el tratamiento del LH. Los inhibidores del punto de control inmunitario actúan al aumentar la actividad del sistema inmunitario. Esto mejora la capacidad del cuerpo de detectar y destruir células cancerosas.

Si tiene antecedentes de enfermedad autoinmunitaria, toma medicamentos inmunosupresores o ambos, su equipo de atención médica deberá evaluar en detalle si un inhibidor del punto de control inmunitario es adecuado para usted.

Al igual que otros tratamientos oncológicos, la inmunoterapia con inhibidores del punto de control inmunitario puede causar efectos secundarios. Puede obtener más información sobre estos efectos secundarios y cómo se tratan en *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario*.

Significado de las abreviaturas

Las abreviaturas facilitan la lectura y pronunciación de los nombres de los medicamentos.

En la **Guía 4**, se incluyen los medicamentos que pueden formar parte de un esquema de tratamiento sistémico para el LH. Tenga en cuenta lo siguiente:

Las letras en **negrita** muestran cómo se forma la abreviatura a partir de los nombres de los medicamentos utilizados. Por ejemplo, el esquema terapéutico **OEPA** se compone de los siguientes fármacos:

- Vincristina (**O**ncovin)
- **E**topósido
- **P**rednisolona
- Doxorrubicina (**A**driamycin)

Guía 4
Medicamentos que pueden formar parte de su esquema terapéutico para el LH

Nombre del medicamento (nombre de la marca)
Vincristina (**O**ncovin)
Etopósido
Doxorrubicina (**A**driamycin)
Bleomicina
Vinblastina
Dacarbazina
Ciclofosfamida
Brentuximab vedotina (Adcetris)
Prednisona*
Dexametasona*

* Corticoides.

¿Qué es una célula hematopoyética?

Una célula inmadura que puede transformarse en cualquier tipo de célula sanguínea.

Cuando se dañan, es posible que estas células no formen las células sanguíneas que el cuerpo necesita.

Tratamiento de dosis alta con trasplante de células hematopoyéticas

El tratamiento sistémico de dosis alta puede utilizarse para tratar el LH que ha reaparecido después del tratamiento o cuando no responde a este.

La cantidad de fármaco que se administra durante el tratamiento sistémico de dosis alta puede dañar o destruir las células hematopoyéticas, que se encuentran en la médula ósea.

Para proteger las células hematopoyéticas del tratamiento sistémico de dosis alta, se extraen algunas células de la sangre antes de comenzar el tratamiento. Estas células se almacenan en un laboratorio.

Después de administrar el tratamiento de dosis alta, las células hematopoyéticas sanas se vuelven a trasplantar a la médula ósea.

Este procedimiento se denomina trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TCH) o trasplante de células precursoras. Los TCH se realizan en centros especializados.

En ciertos casos, las células hematopoyéticas se donan de otra persona para el trasplante. Esto se llama TCH alogénico.

Radioterapia

La radioterapia puede administrarse después del tratamiento sistémico para el LH. Mediante el uso de rayos X de alta energía (fotones), electrones o protones, la radioterapia destruye las células cancerosas existentes o impide la formación de nuevas células cancerosas.

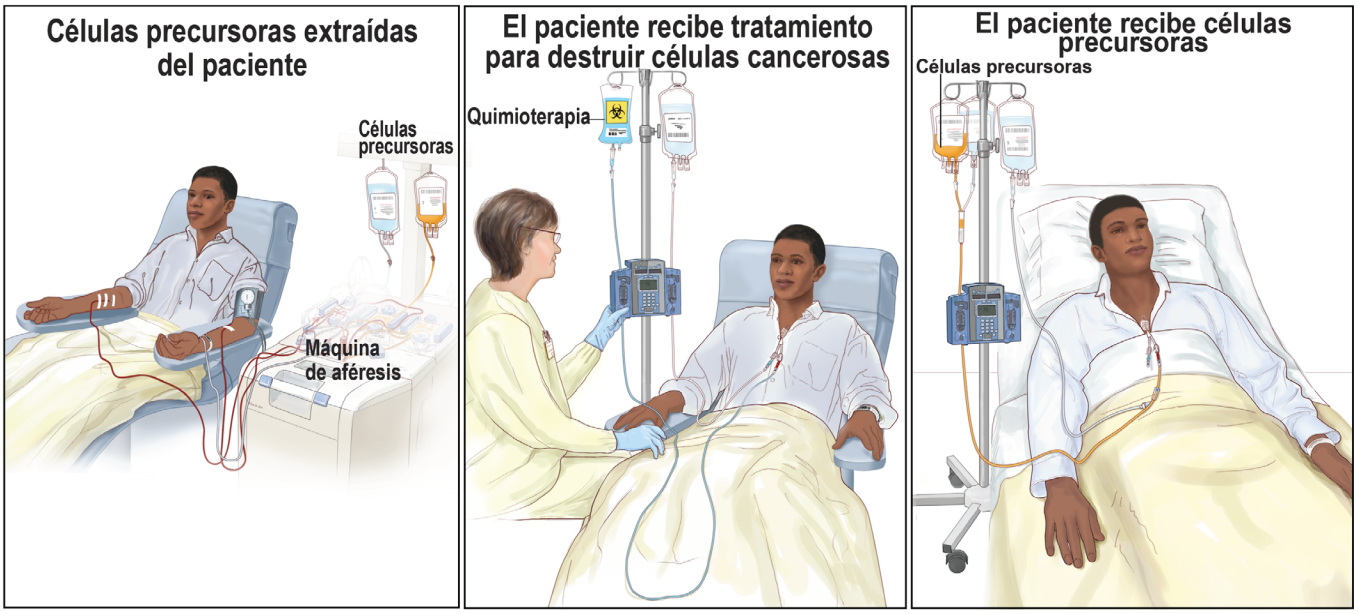
Con frecuencia, se recomienda la radioterapia dirigida al lugar afectado. Este tipo de radioterapia se dirige a los ganglios linfáticos donde comenzó el cáncer y a las zonas cercanas. Se pueden utilizar otros tipos de radioterapia después del tratamiento sistémico para tratar cualquier cáncer que quede.

Si se está tratando el bazo

Se recomiendan ciertas vacunas antes o después de la radioterapia en el bazo. Estas vacunas incluyen las de la enfermedad neumocócica y meningocócica, y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Trasplante de células hematopoyéticas

Las células hematopoyéticas, también llamadas células precursoras, pueden dañarse debido al tratamiento sistémico de dosis alta. Para proteger estas células, se pueden extraer antes del tratamiento sistémico y almacenar hasta que puedan volver a trasplantarse a la médula ósea una vez finalizado el tratamiento sistémico.



©2021 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar un tumor del cuerpo.

- Es la primera parte del tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN), un tipo poco frecuente de LH.
- La cirugía no es un tratamiento estándar para el LH clásico (LHC) porque puede que haya cáncer en todo el cuerpo. Esta es la razón por la que se necesita un tratamiento sistémico.

Algunas veces, la cirugía se denomina resección o escisión. Si se someterá a una cirugía, su equipo de atención oncológica le informará sobre todos los pasos.

El objetivo de la cirugía o resección del tumor es eliminar todo el cáncer. Lo que sucede después de la cirugía depende, en parte, del estadio del cáncer y de si se ha extirpado por completo o si queda algún resto. Para obtener información sobre el LHPLN, consulte el *Capítulo 6: Tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular*.

Puntos clave

- Es muy recomendable participar en un ensayo clínico, un tipo de estudio de investigación médica, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin (LH) en niños y adolescentes.
- Con el tratamiento sistémico, los medicamentos viajan por el torrente sanguíneo para abordar las células cancerosas en todo el cuerpo.
- El tratamiento primario para el LH clásico (LHC) comienza con el tratamiento sistémico.
- Para el LH con predominio linfocítico nodular (LHPLN), se realiza una cirugía para extirpar el cáncer. El tratamiento sistémico también puede formar parte de la terapia.
- La quimioterapia es un tratamiento sistémico.
- El tratamiento del LH también puede incluir inmunoterapia combinada con quimioterapia.
- El tratamiento del LH también puede incluir radioterapia y un trasplante de células hematopoyéticas.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento? ¿Incluyen ensayos clínicos?
- ¿Cómo puedo encontrar ensayos clínicos disponibles?
- ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de participar en un ensayo clínico?
- ¿Qué efectos secundarios del tratamiento debo prever?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a prevenir o minimizar los efectos secundarios?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el próximo capítulo, leerá sobre cómo se trata el LHC, incluidos los esquemas específicos de tratamiento sistémico que se pueden utilizar.

En el Capítulo 6, se explican los tratamientos para LHPLN.

5

Tratamiento primario para el linfoma de Hodgkin clásico

31 Descripción general del tratamiento

31 Para el LHC en estadio 1 y 2

33 Para el LHC en estadio 3 y 4

34 Puntos clave

35 Preguntas para hacer

Para los jóvenes con linfoma de Hodgkin clásico (LHC), es muy recomendable recibir tratamiento en un ensayo clínico. De lo contrario, el tratamiento para el LHC comienza con el tratamiento sistémico.

En este capítulo, se utilizan abreviaturas para los esquemas de tratamiento sistémicos. Para saber a qué medicamentos corresponden las abreviaturas, consulte la **Guía 4** del *Capítulo 4*: *Tipos de tratamiento*.

Los niveles de preferencia de tratamiento de NCCN son los siguientes:

Tratamientos preferidos
Otros tratamientos recomendados
Tratamientos utilizados en determinados casos

Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los niveles de preferencia.

Los ensayos clínicos son el tratamiento preferido para el LHC.

Descripción general del tratamiento

El primer esquema de tratamiento sistémico administrado se basa en el estadio y el nivel de riesgo del cáncer. El tratamiento adicional puede incluir más ciclos de ese esquema terapéutico. El tratamiento también puede incluir otros esquemas de tratamiento sistémico, radioterapia o ambos.

Una vez completado el primer ciclo o ciclos de tratamiento sistémico, se le realizarán uno o más estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el cáncer responde de forma rápida o lenta. Estos estudios son los siguientes:

- TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG.
- TC o RM con medio de contraste de las zonas originales del cáncer (si no se incluyó en la TEP).

Si el cáncer responde de forma lenta, según el grupo de riesgo del cáncer, es posible que se le realicen uno o más de los siguientes:

- Radiación (consulte el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento* para obtener más información).
- Otro ciclo o ciclos del esquema terapéutico anterior.
- Otro esquema terapéutico.

Si el cáncer dejó de crecer rápidamente, en ocasiones no se requiere tratamiento adicional. Comenzará la atención de seguimiento. (Consulte el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*).

Para el LHC en estadio 1 y 2

En esta sección, encontrará información sobre los tratamientos para los estadios 1 y 2 con y sin factores de riesgo. Para el LHC en estadio temprano sin factores de riesgo, se recomienda un esquema terapéutico como tratamiento preferido. Para el LHC en estadio temprano con factores de riesgo, hay más de una opción.

LHC sin factores de riesgo

Los tratamientos clásicos para el LHC sin factores de riesgo detienen el crecimiento del cáncer. Los tratamientos actuales también son efectivos, pero se modifican ligeramente para prevenir los efectos secundarios, como la alteración de la fertilidad. Los tratamientos preferidos, entre otros, se incluyen en la **Guía 5**.

Tratamientos preferidos

Se prefiere el esquema terapéutico OEPA. Después de 2 ciclos de OEPA:

- Si el cáncer responde de forma lenta, se recomienda la radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA).
- Si el cáncer responde rápidamente, no se necesita más tratamiento. Comenzará la atención de seguimiento.

Otros tratamientos recomendados

En algunos jóvenes con LHC, se puede administrar el esquema terapéutico ABVD. Este esquema terapéutico también se utiliza en adultos con LHC.

Otros tratamientos pueden incluir el tratamiento sistémico, RTDLA o ambos.

Esquema útil para el LHC de celularidad mixta

Para el LHC que presenta ciertas células grandes junto con otras células anormales, se recomienda el esquema terapéutico AVPC.

Después de 3 ciclos de AVPC:

- Si el cáncer responde de forma lenta, se recomienda la RTDLA.
- Si el cáncer responde rápidamente, no se necesita más tratamiento. Comenzará la atención de seguimiento.

LHC con factores de riesgo

El tratamiento del LHC con factores de riesgo difiere del tratamiento del LHC sin factores de riesgo para lograr los mejores resultados. El tratamiento del LHC con factores de riesgo se ha adaptado a lo largo de los años para minimizar los efectos secundarios. Los tratamientos preferidos, entre otros, se incluyen en la **Guía 6**.

Guía 5
Esquemas terapéuticos para el tratamiento primario del LHC: estadios 1 y 2 sin factores de riesgo*

Tratamiento preferido	OEPA
Otros tratamientos recomendados	ABVD
Tratamientos usados para el LHC de celularidad mixta	AVPC

* Consulte las abreviaturas en la Guía 4 del Capítulo 4.

Guía 6
Esquemas terapéuticos para el tratamiento primario del LHC: estadios 1 y 2 con factores de riesgo*

Tratamientos preferidos	ABVE-PC BV-AVE-PC
Otros tratamientos recomendados	OEPA AEPA ABVD Otro esquema terapéutico para adultos (si es mayor de 18 años)

* Consulte las abreviaturas en la Guía 4 del Capítulo 4.

Tratamientos preferidos

Se administran 2 ciclos de lo siguiente:

- ABVE-PC (no para el estadio 2BX)
- BV-AVE-PC (solo para el estadio 2BX)

Luego, el tratamiento adicional se basa en la respuesta del cáncer. El tratamiento adicional puede incluir lo siguiente:

- Ciclos adicionales del tratamiento administrado anteriormente
- Otros esquemas de tratamiento sistémico
- RTDLA

Otros tratamientos recomendados

Se administran 2 ciclos de OEPA.

Luego, el tratamiento adicional se basa en la respuesta del cáncer. El tratamiento adicional:

- incluirá COPDAC (la cantidad de ciclos dependerá del estadio del cáncer y la respuesta);
- puede incluir RTDLA, según la respuesta del cáncer al tratamiento sistémico.

Solo para los estadios 2B y 2BX, se administran 2 ciclos de AEPA seguidos de un esquema terapéutico adicional (CAPDAC) y posible radioterapia en las zonas que no respondieron bien al tratamiento sistémico.

En algunos jóvenes con LHC, se puede administrar el esquema terapéutico ABVD. Este esquema terapéutico también se utiliza en adultos con LHC. En mayores de 18 años, se pueden utilizar otros esquemas terapéuticos para adultos.

Para el LHC en estadio 3 y 4

El LHC en estadio 3 y 4 se extiende más que en los estadios anteriores y requiere un enfoque diferente para lograr los mejores resultados. Todos los tratamientos que se pueden administrar se incluyen en la **Guía 7**.

Tratamiento preferido

Después de 6 ciclos de nivolumab-AVD:

- Si el cáncer no responde por completo, se puede administrar radioterapia en las zonas con respuesta lenta.
- Si el cáncer presenta una respuesta completa, comenzará la atención de seguimiento.

Guía 7
Esquemas terapéuticos para el tratamiento primario del LHC: estadios 3 y 4

Tratamiento preferido	Nivolumab-AVD
Otros tratamientos recomendados	Bv-AVE-PC OEPA AEPA
Tratamientos utilizados en determinados casos	OEPA AEPA ABVD Otro esquema terapéutico para adultos (si es mayor de 18 años)

* Consulte las abreviaturas en la Guía 4 del Capítulo 4.

Otros tratamientos recomendados

Se administran 2 ciclos de uno de estos esquemas terapéuticos:

- Bv-AVE-PC (no para el estadio 3A)
- OEPA (no para el estadio 3A, excepto el estadio 3AE)
- AEPA (no para el estadio 3A)

Después de los 2 ciclos, el tratamiento adicional puede incluir lo siguiente:

- Ciclos adicionales del tratamiento sistémico previamente administrado
- Otros esquemas de tratamiento sistémico
- Radioterapia

Esquemas útiles en ciertos casos

Los siguientes esquemas de quimioterapia se utilizan con menos frecuencia. Pueden ser útiles en ciertos casos:

- Bv-AVD (6 ciclos)
- ABVE-PC (solo para el estadio 3A, 2 ciclos)
- BrECADD u otro esquema terapéutico para adultos (si es mayor de 18 años)

Después de la cantidad de ciclos recomendada, el tratamiento adicional puede incluir lo siguiente:

- Ciclos adicionales del tratamiento sistémico previamente administrado
- Radioterapia

Puntos clave

- El tratamiento para el linfoma de Hodgkin clásico (LHC) comienza con el tratamiento sistémico.
- El tratamiento también puede incluir otros esquemas de tratamiento sistémico, radioterapia o ambos.
- Puede realizarse una TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG durante o después del tratamiento sistémico para determinar si el cáncer responde de forma rápida o lenta.
- Si no se incluye con la TEP, también se le puede realizar una TC o una RM con medio de contraste de las zonas originales del cáncer.
- El tratamiento preferido para el LHC en estadio 1 sin factores de riesgo consiste en 2 ciclos de OEPA.
- Los tratamientos preferidos para el LHC en estadios 1 y 2 con factores de riesgo consisten en 2 ciclos de ABVE-PC o Bv-AVE-PC. Es posible que se necesite tratamiento adicional, según cómo responda el cáncer.
- El tratamiento preferido para el LHC en estadio 3 y 4 consiste en 6 ciclos de nivolumab-AVD.

Preguntas para hacer

- ¿Pueden ayudarme a buscar un ensayo clínico?
- ¿Cuándo comenzará el tratamiento?
- ¿Qué debo saber sobre los efectos secundarios del tratamiento sistémico?
- ¿Cuánto tiempo tengo para decidir sobre el tratamiento?
- ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el próximo capítulo, se analizará una forma poco frecuente de LH denominada LH con predominio linfocítico nodular. Aprenderá sobre esta forma de LH, su estadificación y su tratamiento.

6

Tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

37 Acerca del LHPLN

38 Descripción general del tratamiento

38 Para el LHPLN en estadio temprano

40 Para el LHPLN en estadio avanzado

40 Puntos clave

41 Preguntas para hacer

6 Tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) es un tipo poco común de linfoma de Hodgkin. Al igual que con el linfoma de Hodgkin clásico (LHC), se recomienda a los adultos jóvenes con LHPLN buscar tratamiento en un ensayo clínico.

Los niveles de preferencia de tratamiento de NCCN son los siguientes:

Tratamientos preferidos
Otros tratamientos recomendados
Tratamientos utilizados en determinados casos

Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los niveles de preferencia.

Los ensayos clínicos son el tratamiento preferido para el LHC.

Acerca del LHPLN

El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) suele localizarse en una zona específica del cuerpo y es muy tratable una vez detectado. Sin embargo, el tratamiento puede causar efectos secundarios tardíos, incluidos otros tipos de cáncer. Por esta razón, el seguimiento a largo plazo es esencial. El LHPLN también puede transformarse en un tipo de linfoma no hodgkiniano de rápido crecimiento.

A diferencia del linfoma de Hodgkin clásico (LHC), el LHPLN generalmente no presenta síntomas al momento del diagnóstico. En los jóvenes, el LHPLN también tiende a detectarse a una edad más temprana que el LHC.

Cómo se toman las decisiones de tratamiento del LHPLN

El LHPLN se estadifica de la misma manera que el LHC. Para obtener más información sobre los estadios, consulte el *Capítulo 3: Estadificación y grupos de riesgo*. El estadio del cáncer ayuda a los equipos de atención oncológica a decidir cómo tratar el LHPLN.

Los siguientes son otros factores que ayudan a los equipos de atención a tomar decisiones de tratamiento:

- Si se extirpa todo el cáncer tras la cirugía o si queda algún resto.
- Tener niveles bajos de hemoglobina (una proteína de los glóbulos rojos).
- Tener cáncer en el bazo.
- Si el cáncer afecta a uno o más ganglios linfáticos.
- Si el cáncer es voluminoso (grande).
- Edad (menor o mayor de 18 años).

El tratamiento para el LHPLN se aborda en el resto de este capítulo. Cuando se habla sobre esquemas de tratamiento sistémico, se utilizan abreviaturas para referirse a los esquemas y medicamentos involucrados. Para saber a qué medicamentos corresponden las abreviaturas, consulte la **Guía 4** del *Capítulo 4*: *Tipos de tratamiento*.

Descripción general del tratamiento

El LHPLN suele extirparse quirúrgicamente. El tratamiento posterior depende de si la cirugía eliminó todo el cáncer o si aún queda algún resto. Después de la cirugía, puede seguir la observación o el tratamiento sistémico.

Estadios 1A y 2A

El LHPLN en estadio temprano incluye los estadios 1A y 2A. La mayoría de estos tumores suelen estar contenidos en una sola zona del cuerpo (no voluminosos). La letra A después del estadio indica que el cáncer no causa síntomas.

La información de la siguiente sección se aplica al LHPLN en estadio 1A o 2A sin tumores voluminosos.

Para el LHPLN en estadio temprano

Se recomienda la cirugía para extirpar el cáncer.

Posteriormente, se realiza una TEP/TC con FDG (un estudio de diagnóstico por imágenes que se explica en el Capítulo 2) para comprobar si se ha extirpado todo el cáncer. El tratamiento posterior, si fuera necesario, depende de los resultados de dicha exploración.

Si se extirpa todo el cáncer

Si los resultados de la cirugía son muy buenos, significa que se ha extirpado todo el cáncer. Esto se denomina resección completa.

Consulte la **Guía 8** para conocer los tratamientos preferidos y otros tratamientos recomendados en casos en los que se extirpó todo el cáncer y solo hay un ganglio linfático afectado.

Guía 8
Tratamiento primario si se extirpa todo el cáncer: estadio 1A, 1 ganglio afectado

Tratamientos preferidos	Observación →	Examen clínico, posiblemente con ecografía →	**Si se sospecha que hay recidiva:** otros estudios de diagnóstico por imágenes, biopsia
Otros tratamientos recomendados	CVbP		
	Consulte las *NCCN Guidelines para el linfoma de Hodgkin (adultos)* para conocer el posible tratamiento si es mayor de 18 años, incluida la RTDLA.		

Tratamientos preferidos

El tratamiento preferido incluye la observación; posibles estudios de diagnóstico por imágenes, y biopsia, si se sospecha que el cáncer puede haber reaparecido.

La observación consiste en controlar la zona original del cáncer cada 3 o 4 meses durante 2 años. Esto puede incluir una ecografía de la zona original del cáncer. La ecografía usa ondas sonoras de alta energía para generar imágenes del interior del cuerpo.

Si su equipo de atención médica sospecha que el cáncer ha reaparecido, es posible que le realicen otros estudios de diagnóstico por imágenes y una biopsia. Si la biopsia:

- muestra signos de LHPLN, el cáncer se volverá a estadificar y el tratamiento se basará en esos resultados;
- no muestra signos de LHPLN, su equipo lo seguirá controlando para detectar cáncer.

Otros tratamientos recomendados

Otro tratamiento recomendado tras la resección completa consiste en 3 ciclos del esquema terapéutico CVbP (ciclofosfamida, vinblastina y prednisolona).

Para mayores de 18 años, se pueden considerar los esquemas terapéuticos que suelen administrarse en adultos con LH en vez de CVbP. Esto incluye radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA).

Si queda cáncer después de la cirugía

En ocasiones, el cáncer no se puede extirpar por completo durante la cirugía. Esto se denomina resección incompleta. Si esto ocurre, el cáncer es pequeño y se encuentra en más de un ganglio linfático, consulte la **Guía 9** para conocer las recomendaciones de tratamiento. Consulte el *Capítulo 4: Ensayos clínicos y tipos de tratamiento* para conocer los medicamentos de este esquema terapéutico.

Tratamientos preferidos

Si no hay ensayos clínicos disponibles o no es una opción, se recomienda el tratamiento sistémico. Se prefieren tres ciclos de uno de los siguientes esquemas terapéuticos:

- AV (vincristina) PC
- CVbP (se puede agregar rituximab)

Si el cáncer:

- responde rápidamente, no se necesita ningún otro tratamiento. Comenzará la atención de seguimiento;
- responde lentamente, se recomienda la radioterapia. O bien, se lo puede derivar a un centro especializado para recibir tratamiento adicional.

Guía 9
Tratamiento primario si no se extirpa todo el cáncer: estadio 1A o 2A, con más de un ganglio linfático afectado y no voluminoso

Tratamientos preferidos	A**V** (**v**incristina) PC CVbP, posiblemente con rituximab (Rituxan)
Otros tratamientos recomendados	OEPA Otros esquemas terapéuticos para adultos (si es mayor de 18 años)

* Consulte las abreviaturas en la Guía 4 del Capítulo 4.

Otros tratamientos recomendados

Otra recomendación son dos ciclos de OEPA. Si el cáncer responde lentamente después de dos ciclos, se recomienda la radioterapia. O bien, se lo puede derivar a un centro especializado para recibir tratamiento adicional.

Para pacientes mayores de 18 años, también se pueden considerar los esquemas terapéuticos que se utilizan habitualmente en adultos con linfoma de Hodgkin.

Para el LHPLN en estadio avanzado

Los estadios que se enumeran a continuación se consideran avanzados:

- Tumor voluminoso en estadios 1A y 2A
- Estadios 1B y 2B
- Estadio 3
- Estadio 4

El LHPLN en estadio avanzado es muy poco frecuente en personas jóvenes. Si se sospecha que la enfermedad está avanzada, se recomienda volver a verificar el diagnóstico. Un anatomopatólogo debe revisar las muestras de tejido originales para confirmar que el cáncer es LHPLN.

Si se confirma, se recomienda recibir tratamiento en un centro oncológico especializado, siempre que sea posible. Debido a la falta de datos, el LHPLN avanzado suele tratarse de forma similar al LHC.

Puntos clave

- El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) es un tipo poco común y muy tratable de linfoma de Hodgkin.
- Como es tan poco frecuente, se recomienda el tratamiento en un centro oncológico especializado para el LHPLN avanzado, siempre que sea posible.
- Por lo general, en el LHPLN se suele recomendar la cirugía.
- Para el LHPLN en estadio temprano, es posible que permanezca en observación o se le recomiende participar en un ensayo clínico.
- Es posible que se recomiende el tratamiento sistémico después de la cirugía.
- Si el cáncer persiste después del tratamiento sistémico, se puede recomendar radioterapia.
- El seguimiento a largo plazo es esencial después del tratamiento del LHPLN.

Preguntas para hacer

- ¿Pueden ayudarme a buscar un ensayo clínico?
- ¿Qué debo saber sobre la cirugía para extirpar el cáncer?
- ¿Cuándo me someteré a una cirugía?
- ¿Es frecuente una resección incompleta?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer regrese?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el próximo capítulo, encontrará información sobre qué esperar después de finalizar el tratamiento del LH. Esto incluye información sobre la supervivencia, la atención de seguimiento y los efectos secundarios tardíos.

En el Capítulo 8, se explica qué sucede si el cáncer reaparece.



¡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

7

Cuando el tratamiento primario finalice

43 Supervivencia

44 Atención de seguimiento

46 Control de efectos secundarios tardíos

47 Puntos clave

47 Preguntas para hacer

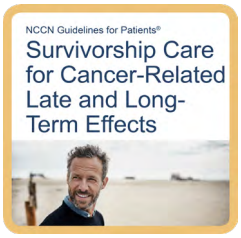
El linfoma de Hodgkin (LH) y su tratamiento pueden causar problemas de salud muchos años después. Estos se denominan efectos tardíos y se abordarán en este capítulo. Aprenderá qué esperar después del tratamiento, la atención de seguimiento y las pruebas que podrían realizarse si su equipo de atención médica considera que el linfoma de Hodgkin (LH) ha reaparecido.

Supervivencia

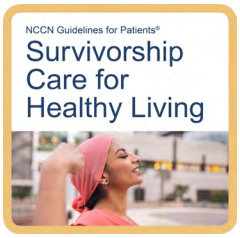
La supervivencia comienza en el momento del diagnóstico de cáncer y continúa a lo largo de la vida.

Los sobrevivientes de linfoma de Hodgkin (LH) incluyen a las personas a las que recién se les diagnostica LH, a quienes están en tratamiento y a quienes han recibido tratamiento para el LH y no presentan cáncer.

Los sobrevivientes pueden tener diferentes necesidades e inquietudes, según, en parte, de la fase de supervivencia en la que se encuentren.



Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Nota: Estos recursos abordan temas que pueden ser de interés para cualquier persona de cualquier edad que viva con cáncer, pero están dirigidos a personas con diagnóstico de cáncer en la edad adulta.

Asesoramiento para sobrevivientes

Si ha padecido linfoma de Hodgkin, es posible que desee recibir asesoramiento para sobrevivientes para hablar sobre cualquier inquietud que tenga, incluidos los efectos tardíos, la prevención de nuevos cánceres y cómo encontrar recursos de apoyo.



Entre los temas, se incluyen los siguientes:

- Ansiedad, depresión y malestar emocional
- Problemas de pensamiento, memoria y resolución de problemas
- Fatiga
- Dolor
- Problemas sexuales
- Problemas para dormir
- Empleo, seguro y discapacidad

Atención de seguimiento

La atención de seguimiento es la misma para el linfoma de Hodgkin clásico (LHC) y el linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN). Incluye exámenes físicos, pruebas y estudios de diagnóstico por imágenes según sea necesario, controles para detectar la reaparición del cáncer, recomendaciones de vacunas y otras inquietudes.

Exámenes físicos

Los exámenes físicos son una parte importante de la atención de seguimiento. Se recomiendan en los siguientes momentos:

- **Primeros 1 a 2 años**: cada 3 a 4 meses
- **Hasta el año 3**: cada 6 a 12 meses
- **Años 4 y 5**: una vez al año

Pruebas según sea necesario

La atención de seguimiento puede incluir lo siguiente:

- **Análisis de sangre.**
- **Control cardíaco.**
- **Análisis de tirotropina**, si recibió radioterapia en el cuello, al menos una vez al año.
- **Pruebas de función pulmonar**, en los siguientes casos:
  - El tratamiento incluyó bleomicina.
  - Sus pulmones se trataron con radiación.
  - Existen otras inquietudes sobre el estado de los pulmones.
- **Detección de efectos secundarios tardíos relacionados con la inmunoterapia**, como problemas de tiroides si su tratamiento incluyó un inhibidor del punto de control inmunitario, durante al menos 2 años después de finalizar dicho tratamiento.

Estudios de diagnóstico por imágenes, según sea necesario

Una vez finalizado el tratamiento, es posible que se le realicen estudios de diagnóstico por imágenes, como se muestra en la **Guía 10**, que incluyen los siguientes:

- Ecocardiograma.

Guía 10
Estudios de diagnóstico por imágenes que se le podría realizar después del tratamiento primario

Ecocardiograma
Radiografía de tórax
TC con medio de contraste
RM
TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG

- TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG, si en su exploración más reciente se observó cáncer.
  - También se recomienda otra TEP cuando se haya completado todo el tratamiento, incluida la radioterapia. Esto se realiza:
    - al menos de 8 a 12 semanas después de finalizar la radioterapia;
    - para asegurarse de que no se detecte cáncer.

Si tiene LHPLN, es posible que se le realice una ecografía después de la cirugía. Consulte el *Capítulo 6: Tratamiento primario del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular* para obtener más información.

Para obtener más información sobre los estudios de diagnóstico por imágenes mencionados en este capítulo, vuelva a consultar el *Capítulo 2: Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin*.

Si se sospecha que hay recidiva

Si el LH reaparece, se denomina recidiva. Puede o no causar síntomas. En cualquiera de los casos, si su equipo de atención médica está preocupado o sospecha una recidiva, solicitarán pruebas, incluida una biopsia. También podrían realizarle algunos de los siguientes estudios:

- Radiografía de tórax
- TC con medio de contraste
- RM de todas las zonas originales del cáncer

Si se realiza, el mismo estudio de diagnóstico por imágenes puede repetirse cada 3 a 6 meses por hasta 2 años después del tratamiento.

En el próximo capítulo, hay más información disponible sobre qué esperar si el linfoma de Hodgkin (LH) reaparece.

Vacunas

NCCN recomienda que las personas que están en tratamiento o que han tenido LH se vacunen contra la influenza (vacuna contra la gripe) todos los años.

Otras vacunas recomendadas por los CDC suelen administrarse 6 meses después del tratamiento.

Otras inquietudes

Su equipo de atención médica puede hablar sobre lo siguiente:

- Fertilidad y salud reproductiva
- Estilo de vida saludable después del tratamiento
- Cuidado de su salud mental y emocional

Si desea hablar sobre algún tema que no se haya tratado durante las visitas de seguimiento, es importante que exprese sus inquietudes.

Resumen del tratamiento

Su equipo de atención oncológica le proporcionará un resumen del tratamiento una vez finalizado. Este resumen incluirá detalles sobre la radioterapia y la quimioterapia, incluso la cantidad y las dosis de ciertos medicamentos administrados.

Control de efectos secundarios tardíos

Los efectos secundarios que aparecen dos o más años después del tratamiento sistémico se denominan efectos secundarios tardíos.

Su equipo de atención oncológica lo controlará para detectar los efectos tardíos. A continuación, se describen los efectos tardíos que experimentan los sobrevivientes del LH.

Entre los efectos secundarios tardíos, se incluyen cánceres secundarios y problemas de tiroides. Estos se abordarán en las siguientes secciones. Los efectos tardíos también pueden afectar lo siguiente:

- Corazón
- Pulmones
- Huesos
- Fertilidad y salud reproductiva

Para obtener más información sobre los efectos tardíos relacionados con el tratamiento, consulte NCI's Children's Oncology Group Survivorship Guidelines.

El **cáncer de tiroides** y el **cáncer de mama** son los cánceres secundarios más comunes diagnosticados en sobrevivientes de linfoma de Hodgkin.

Cánceres secundarios

Cualquier persona que haya tenido linfoma de Hodgkin corre el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer. Estos se denominan cánceres secundarios.

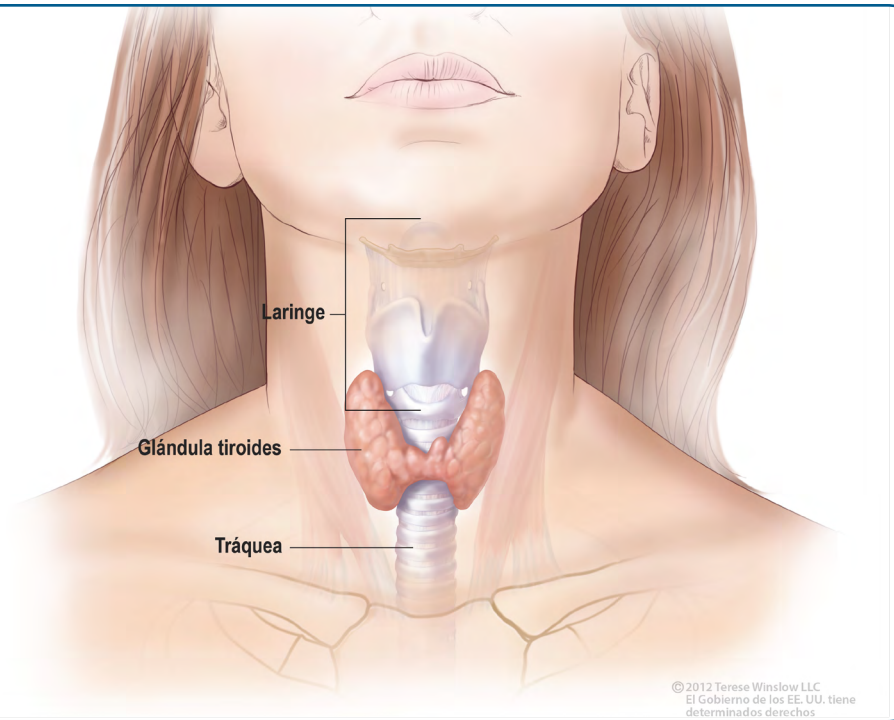
Problemas de tiroides

La tiroides es una glándula pequeña en la parte delantera del cuello. Produce las hormonas que el cuerpo necesita para funcionar correctamente.

Si recibió radioterapia en el cuello, su equipo de atención médica le hará un análisis de sangre para evaluar la función tiroidea al menos una vez al año y asegurarse de que la tiroides funcione correctamente.

Glándula tiroides

La glándula tiroides produce hormonas que controlan la presión arterial, la forma en que el cuerpo convierte los alimentos en energía y otras funciones corporales.



Puntos clave

- La supervivencia comienza en el momento del diagnóstico de cáncer y continúa a lo largo de la vida.
- Los efectos secundarios tardíos son aquellos que pueden comenzar años después del tratamiento del linfoma de Hodgkin (LH).
- Se recomienda realizar exámenes físicos frecuentes durante los primeros 3 años después del tratamiento del LH.
- Los exámenes pueden incluir pruebas de tiroides, pulmones y corazón.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden ser parte de la atención de seguimiento.
- Se recomienda que las personas con LH se vacunen contra la gripe todos los años.
- Cualquier persona que haya tenido LH corre el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer, incluidos el de tiroides y el de mama.

Preguntas para hacer

- ¿Hay síntomas que deba conocer sobre problemas de tiroides o cardíacos?
- ¿Para cánceres secundarios?
- ¿Debo realizarme pruebas de detección de algún tipo de cáncer?
- ¿Qué vacunas se recomiendan?
- ¿Cómo puedo recibir ayuda para buscar un especialista en salud mental?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el próximo capítulo, podrá informarse sobre el tratamiento del LH que ha reaparecido después del tratamiento. Esto se denomina recidiva.

8

Si el linfoma de Hodgkin reaparece o no responde al tratamiento

49 Si se sospecha que hay recidiva

49 Tratamiento de reinducción

53 Puntos clave

53 Preguntas para hacer

Si bien la mayoría de los jóvenes con linfoma de Hodgkin (LH) ya no presentan cáncer después del tratamiento, puede reaparecer. También puede que no responda al tratamiento o deje de responder a uno que antes haya sido de ayuda. En estos casos, existen varias opciones.

Si el linfoma de Hodgkin (LH) reaparece, se denomina recidiva o recaída.

Si el LH no responde al tratamiento, se denomina resistente al tratamiento. Esto puede suceder al inicio o durante el tratamiento.

En este capítulo, podrá leer sobre los pasos que deben seguirse si se sospecha una recidiva del LH. También se explican las opciones de tratamiento para el cáncer recidivante o resistente al tratamiento.

Mi consejo es que tanto los pacientes como sus padres/cuidadores tengan paciencia y tiempo para recuperarse del linfoma de Hodgkin.

Si se sospecha que hay recidiva

Biopsia

Si su equipo de atención médica sospecha que el cáncer ha reaparecido, se le realizará una biopsia.

Si en la biopsia no se detecta cáncer

Su equipo de atención médica hará lo siguiente:

- Lo observará y seguirá inmediatamente después de la biopsia.
- Solicitará estudios de diagnóstico por imágenes o realizará otra biopsia si hay una gran sospecha de recidiva. Es posible que consulten con un radiooncólogo a la hora de tomar estas decisiones.

Si la biopsia confirma la recidiva

El cáncer se volverá a estadificar. *Consulte el Capítulo 3: Estadificación y grupos de riesgo*.

Si es posible, se recomienda participar en un ensayo clínico. De lo contrario, su equipo de atención oncológica lo derivará a un centro especializado en el tratamiento del LH pediátrico.

Tratamiento de reinducción

El tratamiento para el cáncer recidivante o resistente se denomina tratamiento de reinducción. Probablemente incluirá tratamiento sistémico, que se analizará en detalle más adelante en este capítulo.

Toma de decisiones sobre el tratamiento de reinducción

Su equipo de atención oncológica considerará muchos factores al decidir el tratamiento de reinducción más adecuado para usted. Estos incluyen los siguientes:

- El tratamiento primario administrado para tratar el cáncer.
- Si recibió radioterapia como parte del tratamiento primario.
- Si consideran que habrá efectos secundarios, según ciertos factores (p. ej., si se administró radioterapia durante el tratamiento inicial y la cantidad de radiación a la que estuvo expuesto).
- Si se debe incluir radioterapia en su tratamiento, con la orientación de un centro especializado.
- Si se debe incluir inmunoterapia en su esquema de tratamiento sistémico.
- El momento de la extracción de células hematopoyéticas para un trasplante, como se explica en el Capítulo 4.
- Inquietudes sobre fertilidad.
- Otros aspectos como su salud mental, estilo de vida y acceso a apoyo social.

El tratamiento de reinducción suele ir seguido de uno o ambos de los siguientes:

- Trasplante de células hematopoyéticas (TCH) y dosis altas de tratamiento sistémico
- Radiación

Para obtener más información sobre el TCH y la radioterapia, regrese el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.

Acerca del tratamiento sistémico para la reinducción

El tratamiento de reinducción probablemente incluirá tratamiento sistémico. Estos esquemas terapéuticos se enumeran en la **Guía 11**.

En la parte superior de la página 51 se incluye una sección de abreviaturas de la Guía. Las excepciones se indican en la Guía.

Los esquemas de tratamiento sistémico pueden incluir medicamentos inhibidores del punto de control inmunitario, especialmente si no se han administrado antes. Si se ha administrado tratamiento sistémico con un medicamento inhibidor del punto de control inmunitario en los últimos 3 meses, su esquema terapéutico puede incluir lo siguiente:

- Un inhibidor del punto de control inmunitario diferente al administrado previamente
- Tratamiento sin inhibidores del punto de control inmunitario

Para obtener información sobre posibles tratamientos que pueden utilizarse en ciertos casos en personas mayores de 18 años, consulte *NCCN Guidelines para el linfoma de Hodgkin (adultos)*.

Tratamiento sistémico, estudios de diagnóstico por imágenes y TCH

Su equipo de atención médica iniciará el tratamiento sistémico y, posteriormente, se realizará una TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG.

Según los resultados, su equipo de atención médica decidirá qué tratamientos se realizarán a continuación.

Su equipo de atención médica podría tratar el cáncer con más de un esquema terapéutico antes de someterse a un TCH para reducir la máxima cantidad posible de células cancerosas.

Abreviaturas médicas de la Guía 11

Bv Brentuximab vedotina
G Gemcitabina
C Carboplatino
D Dexametasona
P Cisplatino
V Vinorelbina
I Ifosfamida
HA Dosis alta de citarabina
E Etopósido

Guía 11
Tratamiento sistémico recomendado: LH recidivante o resistente al tratamiento

Tratamiento preferido (esquema terapéutico basado en inhibidores del punto de control inmunitario)	Bv y nivolumab y bendamustina, posiblemente
Otros tratamientos recomendados (sin inhibidores del punto de control inmunitario)	Bortezomib, I, V Bv y G GDP GV EPIC (P es prednisolona)
Tratamientos utilizados en determinados casos	**Esquemas terapéuticos basados en inhibidores del punto de control inmunitario:** GVD y pembrolizumab (D: liposoma de doxorrubicina*) ICE y nivolumab ICE y pembrolizumab Nivolumab Pembrolizumab
	Esquemas terapéuticos no basados en inhibidores del punto de control inmunitario: Bv y bendamustina ICE DHAP Otro esquema terapéutico para adultos (si es mayor de 18 años) Bv (como mantenimiento después del TCH)

* Es probable que se administre dexrazoxano, un medicamento cardioprotector, junto con liposoma de doxorrubicina.

Luego, se le realizará otra TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG para evaluar la respuesta del cáncer. Es posible que se vuelvan a realizar estudios de diagnóstico por imágenes.

Según los hallazgos del radiólogo tras la TEP, recibirá uno de los siguientes tratamientos:

- Tratamiento sistémico adicional y, posiblemente, radioterapia
- Tratamiento sistémico de dosis alta y:
  - TCH;
  - posiblemente radioterapia.
- Tratamiento sistémico de dosis alta y:
  - TCH;
  - posiblemente radioterapia;
  - posiblemente tratamiento de mantenimiento.

Luego, se le realizará otra TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG para evaluar la respuesta del cáncer.

- Si no se detecta cáncer, quedará en observación y se le hará un seguimiento. La atención de seguimiento se describe en el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*.
- Si se detecta cáncer, se iniciará el tratamiento sistémico.

Después del TCH

En personas que se han sometido a un TCH, se puede administrar BV a quienes presentan LH de riesgo alto. El LH de riesgo alto significa que el cáncer:

- ha empeorado;
- no ha respondido al tratamiento;
- ha reaparecido menos de un año después del diagnóstico inicial.

El tratamiento adicional puede incluir radioterapia. En ciertos casos, se administra radioterapia antes del TCH.

Tratamiento sistémico, radiación y estudios de diagnóstico por imágenes sin TCH

Su equipo de atención médica puede iniciar el tratamiento sistémico seguido de radioterapia antes de solicitar una TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG en los siguientes casos:

- El estadio del cáncer al momento del diagnóstico no era 3B ni 4B.
- No ha recibido radioterapia antes de este momento.
- No ha tenido cáncer durante más de un año después del tratamiento primario.
- El cáncer no se ha extendido fuera de los ganglios linfáticos.
- No presenta síntomas B (fiebre, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso).
- El cáncer respondió bien a menos de 4 ciclos de tratamiento sistémico si el LH presentó recidiva entre 3 meses y 1 año después del tratamiento.

Luego, se le realizará otra TEP/TC con FDG o TEP/RM con FDG para evaluar la respuesta del cáncer.

- Si no se detecta cáncer, quedará en observación y se le hará un seguimiento. La atención de seguimiento se describe en el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*.
- Si se detecta cáncer, se iniciará el tratamiento sistémico.

En la siguiente sección, podrá leer sobre cómo su equipo de atención médica decidirá el tratamiento para el linfoma de Hodgkin clásico (LHC) si hay recidiva o no responde al tratamiento.

Inmunoterapia

Nivolumab y pembrolizumab son medicamentos inhibidores del punto de control inmunitario que pueden formar parte de un esquema de tratamiento sistémico. Los inhibidores del punto de control inmunitario son un tipo de inmunoterapia. Puede obtener más información sobre la inmunoterapia y los inhibidores del punto de control inmunitario en el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.

El pembrolizumab también se utiliza para tratar el LHC que:

- no ha respondido a otros tratamientos;
- ha reaparecido después de 2 o más ciclos de tratamiento.

Puntos clave

- La recidiva (o recaída) ocurre cuando el cáncer regresa.
- Si el cáncer no responde al tratamiento o deja de hacerlo, se dice que es resistente al tratamiento.
- Es necesario realizar una biopsia si se sospecha una recidiva.
- El tratamiento de reinducción es una terapia para el cáncer recidivante o resistente.
- Su equipo de atención oncológica lo derivará a un centro especializado en linfoma de Hodgkin (LH) pediátrico o lo inscribirá en un ensayo clínico.
- El tratamiento de reinducción para el LH clásico (LHC) incluye tratamiento sistémico.
- También puede incluir radioterapia, trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o ambos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué debo saber sobre los efectos secundarios de los inhibidores del punto de control inmunitario?
- ¿A quién debo dirigirme si tengo preguntas o dudas si el consultorio está cerrado?
- ¿Hay efectos secundarios del TCH?
- ¿Por qué se elige un tratamiento sistémico en lugar de otros?
- ¿Cómo se utilizará la radioterapia como parte del tratamiento de reinducción?

¿Cuál es el siguiente paso?

En el siguiente capítulo, encontrará recursos que pueden resultarle útiles a usted y a sus cuidadores.



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

NCCN.org/patients/comments

9
Otros recursos

55 Qué más hay que saber

55 Qué más hacer

55 Dónde obtener ayuda

55 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:

- Maneras de controlar los síntomas leves de los tratamientos.
- Manejo del miedo y la ansiedad ante la recidiva del cáncer y la aparición de cánceres secundarios.
- Conversación sobre el tipo de ayuda que podría necesitar con quienes le brindan apoyo.
- Posibles efectos secundarios tardíos.
- Planificación familiar.

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 la salud, 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.

Blood Cancer United
bloodcancerunited.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Lymphoma Research Foundation
lymphoma.org

NMDP
nmdp.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién puedo hablar sobre vivienda, alimentación y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿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?



Palabras que debe conocer

adolescentes y adultos jóvenes (AYA)
Personas de 15 a 39 años.

bazo
Órgano del sistema linfático que ayuda a proteger al cuerpo de las enfermedades. Se encuentra en el lado izquierdo del abdomen cerca del estómago.

biopsia por escisión
Un tipo de biopsia preferido para diagnosticar el linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes. Implica la extracción de los ganglios linfáticos completos para analizarlos y detectar células cancerosas.

biopsia por incisión
Un tipo de biopsia preferido para diagnosticar el linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes. Consiste en extraer una pequeña cantidad de tejido del ganglio linfático mediante una incisión en la piel.

cáncer resistente al tratamiento
Cuando el cáncer no mejora después del tratamiento o deja de responder a este.

célula precursora hematopoyética
Célula inmadura en la sangre y la médula ósea que puede convertirse en todos los tipos de células sanguíneas.

corticoide
Un medicamento que puede utilizarse para reducir la inflamación.

diafragma
El músculo delgado que se encuentra debajo de los pulmones y el corazón que ayuda a las personas a respirar.

ecocardiograma
Ecografía del corazón. Se recomienda si se planea administrar quimioterapia con una antraciclina.

ensayo clínico
Un tipo de investigación en el que se estudia qué tan bien funcionan los tratamientos en investigación en las personas.

esquema terapéutico
Plan de tratamiento que incluye información específica sobre la dosis del medicamento, cuándo se toma y cuánto dura el tratamiento.

estadio del cáncer
Clasificación de la extensión del cáncer en el cuerpo.

ganglio linfático
Pequeñas estructuras de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

inmunoterapia
Tratamiento con medicamentos que usan el sistema inmunitario para combatir el cáncer.

linfa
Un líquido transparente que contiene glóbulos blancos llamados linfocitos.

linfocito
Un tipo de célula inmunitaria que se produce en la médula ósea y se encuentra en la sangre y el tejido linfático.

linfoma de Hodgkin clásico (LHC)
El tipo más frecuente del linfoma de Hodgkin.

linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN)
Una forma poco común de linfoma de Hodgkin que puede transformarse en un tipo de linfoma no hodgkiniano de rápido crecimiento.

médula ósea
Tejido blando similar a una esponja que está en el centro de la mayoría de los huesos donde se producen los glóbulos sanguíneos.

prueba de función pulmonar
Prueba que se usa para evaluar el funcionamiento de los pulmones. También llamada prueba de función respiratoria.

quimioterapia
Uso de medicamentos contra el cáncer. Es un tipo de tratamiento sistémico.

radioterapia
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)
Un tipo de radioterapia externa que suele usarse para tratar el linfoma de Hodgkin. La radiación se dirige a los ganglios linfáticos donde comenzó el cáncer y a las zonas cercanas.

recidiva
Regreso del cáncer después de haber mejorado o desaparecido.

resonancia magnética (RM)
Un estudio de diagnóstico por imágenes que usa ondas sonoras e imanes para ver el interior del cuerpo.

síntomas B
Fiebre alta, sudoraciones nocturnas intensas y pérdida de peso rápida sin hacer dieta causados por el linfoma de Hodgkin.

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

sistema linfático
Los tejidos y órganos que producen, almacenan y transportan los glóbulos blancos que combaten las infecciones y otras enfermedades. Parte del sistema inmunitario.

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

tomografía por emisión de positrones (TEP)
Prueba que utiliza una pequeña cantidad de glucosa (azúcar) radioactiva y un escáner para determinar dónde puede haber cáncer en el cuerpo.

trasplante de células hematopoyéticas (TCH)
Tratamiento que sustituye las células dañadas de la médula ósea por células hematopoyéticas sanas. También se llama trasplante de células precursoras o trasplante de médula ósea.

tratamiento de reinducción
Tratamiento para el cáncer que reaparece o es resistente.

tratamiento primario
Tratamiento principal que se utiliza para eliminar el cáncer del cuerpo.

tratamiento sistémico
Tratamiento que actúa en todo el cuerpo, como la quimioterapia.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el linfoma de Hodgkin pediátrico, versión 1.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

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

Stephanie Levin
Redactora médica

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La elaboración de NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el linfoma de Hodgkin pediátrico, versión 1.2026, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dra. Kara Kelly, presidenta
Roswell Park Comprehensive Cancer Center | Roswell Park Oishei Children's Cancer and Blood Disorders Program

Dra. Susan M. Hiniker, vicepresidenta
Stanford Cancer Institute | Lucile Packard Children's Hospital

Saro Armenian, doctor en Osteopatía, máster en Salud Pública
City of Hope National Medical Center

Jennifer Belsky, doctora en Osteopatía, máster en Ciencias
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center | Riley Children's Health

Dr. Adam J. Bobbey
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute | Nationwide Children's Hospital

Dra. Vivian Chang
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center | UCLA Mattel Children's Hospital

Dra. Stacy Cooper
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center | Johns Hopkins Children's Center

Dr. Don W. Coulter
Fred & Pamela Buffett Cancer Center | Children's Hospital & Medical Center

Dr. Branko Cuglievan
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Adam DuVall, máster en Salud Pública
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Matthew J. Ehrhardt, máster en Ciencias
St. Jude Children's Research Hospital

Dra. Margaret Ferris, doctora en Medicina
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and WashU Medicine | St. Louis Children's Hospital

Abigail Foederer, doctora en Práctica de Enfermería, enfermera especializada en atención familiar certificada
Defensora de pacientes

Dra. Anusha Preethi Ganesan, doctora en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center | Rady Children's Hospital San Diego

* Dra. Mallorie Heneghan, máster en Ciencias
Huntsman Cancer Institute, University of Utah | Primary Children's Hospital

Dr. Bradford S. Hoppe, máster en Salud Pública
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dra. Leidy Isenalumhe, máster en Ciencias
Moffitt Cancer Center

Dra. Leslie Kersun, máster en Epidemiología Clínica, máster en Ciencias de la Educación
Abramson Cancer Center at the University of Pennsylvania | Children's Hospital of Philadelphia

* Dr. Adam J. Lamble
Fred Hutchinson Cancer Center | Seattle Children's Hospital

Dra. Sandra Luna-Fineman
University of Colorado Cancer Center | Children's Hospital Colorado

Dr. Kwadwo Oduro, doctor en Medicina
University of Wisconsin Carbone Cancer Center | American Family Children's Hospital

Dr. Arun Ranjan Panigrahi
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Anita P. Price
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Kenneth B. Roberts
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital | Yale New Haven Children's Hospital

Dr. Seth Rotz
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Ksenya Shliakhtsitsava
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center | Children's Medical Center Dallas

Dra. Christine M. Smith
Vanderbilt-Ingram Cancer Center | Monroe Carell Jr. Children's Hospital, Vanderbilt

Dra. Aliyah R. Sohani
Mass General Cancer Center

Dra. Emily Walling, máster en Ciencias de la Salud Pública
University of Michigan Rogel Cancer Center | C.S. Mott Children's Hospital

Dra. Jane N. Winter
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University | Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago

Dra. Ana C. Xavier
O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB | Children's of Alabama

Dr. Ken Young, doctor en Medicina
Duke Cancer Institute | Duke Children's Hospital & Health Center

NCCN

Katie Stehman, asistente médica certificada, máster en Ciencias Médicas
Científica especializada en Oncología/redactora médica sénior

Sarah Montgomery, licenciada en Ciencias
Especialista en Diseño de Guías

* 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
of Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center at 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

Notas

Índice

bazo 5, 11, 19, 28, 37

brentuximab vedotina (Adcetris) 25, 51

cáncer de tiroides 44, 46

célula hematopoyética 27-28, 50

diafragma 17-19

ensayo clínico 23-24

inhibidor del punto de control inmunitario 26, 44, 50, 53

inmunoterapia 25-26, 50, 53

linfoma de Hodgkin clásico (LHC) 6, 17, 31

linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) 6, 9-10, 17

linfoma difuso de linfocitos B grandes 6

preservación de la fertilidad 13, 32, 45

pruebas de función pulmonar 14, 44

rituximab (Rituxan) 39

síntomas B 9, 11, 19-20

supervivencia 13, 43

vacunas 14, 28, 45

VIH 14



NCCN Guidelines for Patients®

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

Linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

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-1965-0826