NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2025

Linfoma de Hodgkin en adultos



Presentada con el apoyo de

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

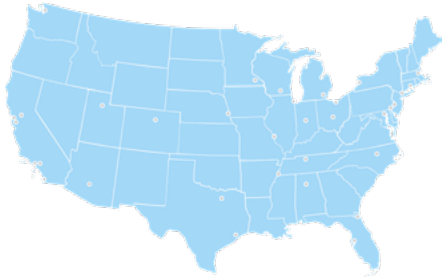
Disponible en Internet en
NCCN.org/patientguidelines



Acerca de NCCN Guidelines for Patients®

National Comprehensive Cancer Network®

¿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®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para pacientes con linfoma de Hodgkin, versión 2.2025, del 30 de enero de 2025.

Conozca cómo se desarrollan las NCCN Guidelines for Patients
NCCN.org/patient-guidelines-process

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en internet
NCCN.org/patientguidelines

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

Comuníquese con nosotros

Quiénes nos apoyan

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

**NCCN Foundation agradece profundamente
a las siguientes empresas colaboradoras por hacer
posible esta NCCN Guidelines for Patients: Pfizer Inc.**

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 u obtener más información, visite la página web o envíe un correo electrónico.

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Acerca del linfoma de Hodgkin

9 Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

18 Estadificación

25 Tratamiento del linfoma de Hodgkin clásico (LHC)

39 LHC recidivante o resistente al tratamiento

46 Tratamiento para el LHPLN

51 Fin del tratamiento

58 Otros recursos

61 Palabras que debe conocer

63 Colaboradores de NCCN

64 Centros oncológicos de NCCN

66 Índice

© 2025 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

5 ¿Qué es el linfoma?

5 ¿Qué es el sistema linfático?

7 Tipos de linfoma de Hodgkin

8 ¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

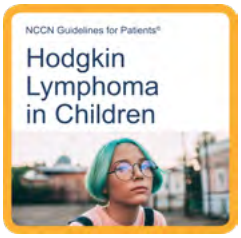
El linfoma de Hodgkin es un tipo de cáncer muy curable que suele comenzar en los ganglios linfáticos de la parte superior del cuerpo.
La mayoría de las personas reciben el diagnóstico entre los 15 y los 30 años, o después de los 55.

¿Qué es el linfoma?

El linfoma es un tipo de cáncer que comienza cuando los glóbulos blancos, llamados linfocitos, crecen sin control. Los linfomas se describen como hodgkiniano o no hodgkiniano. Los linfomas no hodgkiniano son un grupo grande y variado de cáncer.

Cuando se observan bajo un microscopio, las células del linfoma de Hodgkin tienen un aspecto diferente al de otros linfomas. Los linfocitos parecen anormalmente grandes y pueden tener más de un núcleo. Estos linfocitos de gran tamaño se denominan células de Reed-Sternberg.

Este recurso se centra en el linfoma de Hodgkin en adultos. La información sobre el linfoma de Hodgkin en niños y adolescentes está disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



¿Qué es el sistema linfático?

El sistema linfático es parte del sistema inmunitario. Ayuda al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades.

A continuación, se describen los tejidos y órganos que componen el sistema linfático. Están constituidos principalmente por linfocitos. Existen otros tipos de glóbulos blancos, pero los linfocitos son los más importantes para comprender el linfoma de Hodgkin.

Linfa y vasos linfáticos

El cuerpo cuenta con una gran cantidad de conductos que lo recorren. Estos conductos se denominan vasos linfáticos. Al igual que los vasos sanguíneos transportan sangre, los vasos linfáticos transportan linfa. La linfa es un líquido transparente que transporta los glóbulos blancos que combaten las infecciones (linfocitos) por todo el cuerpo. También se denomina líquido linfático.

Ganglios linfáticos

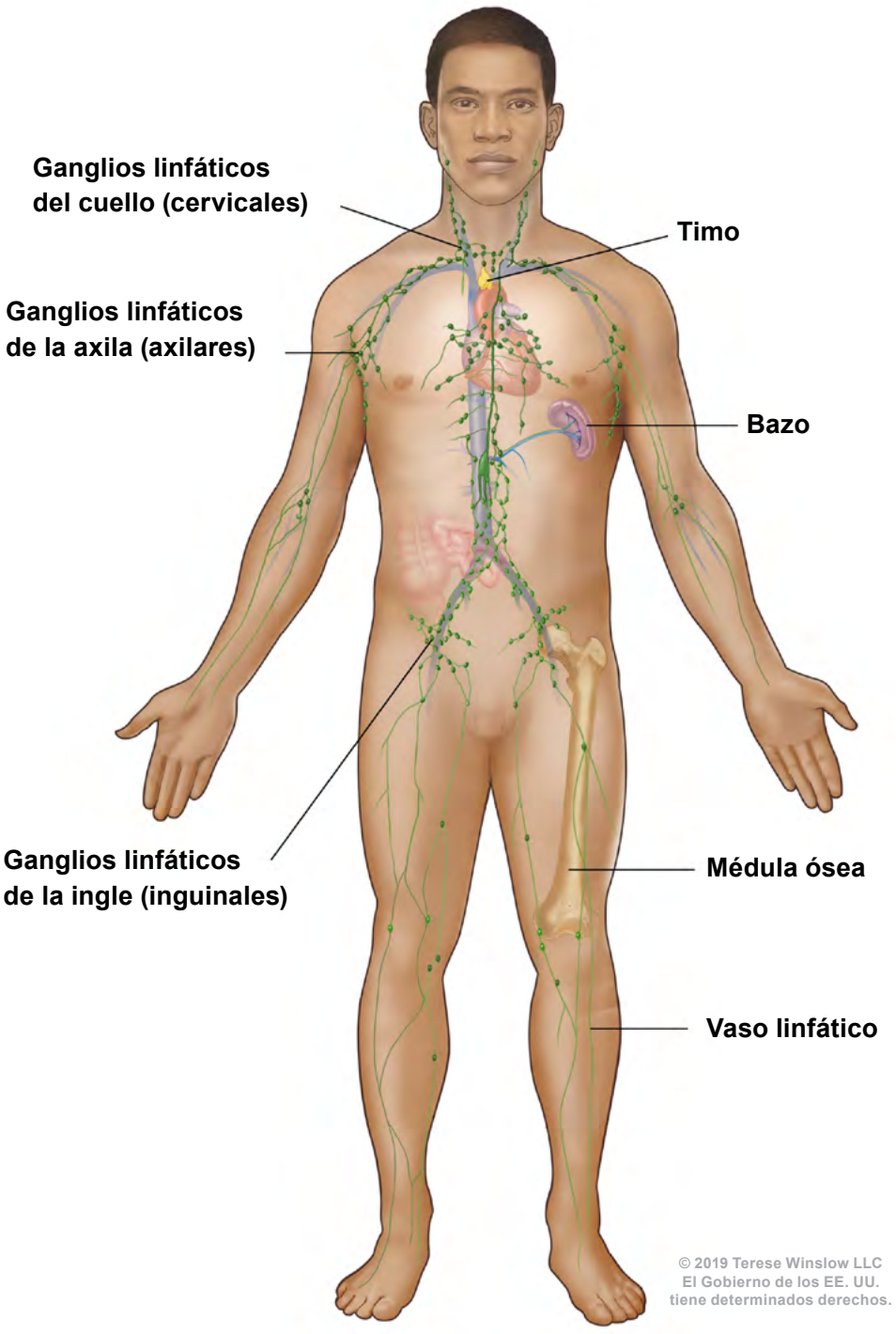
A medida que la linfa recorre todo el cuerpo por los vasos linfáticos, pasa a través de cientos de pequeñas estructuras en forma de frijol llamadas ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos atrapan y filtran partículas extrañas y células dañinas, incluidas las cancerosas. Los ganglios linfáticos no suelen verse ni palparse. La mayoría de los ganglios linfáticos se encuentran en el cuello, la ingle y las axilas.

Bazo

El bazo es el órgano más grande del sistema linfático. Mide aproximadamente unos 10 cm y tiene forma de un puño. Produce linfocitos y cumple una función importante en la filtración y el almacenamiento de la sangre.

Sistema linfático

En todo el cuerpo humano, hay cientos de estructuras con forma de frijoles pequeños, llamadas ganglios linfáticos. Estos se encargan de atrapar y filtrar las partículas extrañas y las células dañinas, incluidas las cancerosas.



Médula ósea

La mayoría de los huesos tienen un tejido blando y esponjoso en el centro llamado médula ósea. Allí es donde se forman las nuevas células sanguíneas.

Timo

Después de formarse en la médula ósea, los linfocitos viajan al timo. El timo es un órgano pequeño en la parte superior del pecho. Allí, los linfocitos se convierten en linfocitos T (células T), uno de los dos tipos principales de linfocitos.

Amígdalas

Las amígdalas son pequeñas masas de tejido linfático que se encuentran en la parte posterior de la garganta. Ayudan a atrapar los gérmenes que causan enfermedades y que ingresan por la nariz o la boca.

Tipos de linfoma de Hodgkin

Existen dos tipos de linfoma de Hodgkin y se describen a continuación.

Linfoma de Hodgkin clásico

La mayoría de las personas con linfoma de Hodgkin tienen linfoma de Hodgkin clásico (LHC). El LHC puede reconocerse por los linfocitos grandes llamados células de Reed-Sternberg.

Si bien existen diferentes subtipos de LHC, se recomienda la misma atención para todos ellos.

LHPLN

Si bien el LHC se conoce por presentar células de Reed-Sternberg, el linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) se conoce por las células con forma de palomitas de maíz.

Esta forma poco común de linfoma de Hodgkin generalmente crece lentamente, pero en casos excepcionales se comporta de manera agresiva. Con el tiempo, puede transformarse en uno de varios tipos de cáncer de rápido crecimiento, incluido el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG).

¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

Luche por usted mismo. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. En realidad, es más probable que obtenga la atención que desea si hace preguntas y toma decisiones compartidas con su equipo de atención médica.

Las NCCN Guidelines for Patients le ayudarán a comprender los cuidados oncológicos. Con una mejor comprensión, estará más preparado para hablar de sus cuidados con su equipo y compartir sus inquietudes. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando desempeñan un papel activo en su atención.

Es posible que no sepa qué preguntar a su equipo de atención médica. Eso es frecuente. Cada capítulo de este libro termina con una sección importante titulada Preguntas para hacer. Estas sugerencias de preguntas le ayudarán a obtener más información sobre todos los aspectos de su atención.

Por qué debería leer este libro

Tomar decisiones sobre la atención oncológica puede ser estresante. Es posible que tenga que tomar decisiones difíciles bajo presión sobre opciones complejas.

Las NCCN Guidelines for Patients son fiables tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica. En ellas, se explican con claridad las recomendaciones de atención actuales formuladas por respetados expertos en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

La atención oncológica no es igual para todas las personas. Si sigue las recomendaciones de los expertos para su situación, tendrá más probabilidades de mejorar su atención y obtener mejores resultados. Utilice este libro como guía para encontrar la información que necesita para tomar decisiones importantes.

2
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

10 Biopsia y pruebas de laboratorio

11 Antecedentes médicos y examen físico

12 Análisis de sangre

13 Estudios de diagnóstico por imágenes

15 Pruebas cardíacas y pulmonares

16 Otras pruebas y cuidados

17 Puntos clave

17 Preguntas para hacer

En este capítulo, se explica cómo se identifica (diagnostica) el linfoma de Hodgkin. También se describen otras pruebas y cuidados que puede recibir antes del tratamiento.

Biopsia y pruebas de laboratorio

La mejor manera de diagnosticar el linfoma de Hodgkin es extirpar y analizar uno o más ganglios linfáticos completos. Esto se llama biopsia de ganglios linfáticos por escisión.

Si bien se prefiere una biopsia por escisión, se puede realizar una biopsia por punción con aguja gruesa en algunos casos. En este método, el médico utiliza una aguja ancha para obtener una muestra de tejido de un ganglio linfático, pero no lo extirpa en su totalidad.

Guía 1
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

Pruebas necesarias	• Médico: recopilación de sus antecedentes médicos, realización de un examen físico y preguntas sobre sus síntomas • Análisis de sangre: hemograma completo, fórmula leucocitaria, velocidad de sedimentación globular, perfil metabólico completo, deshidrogenasa láctica, pruebas de función hepática, VIH • Prueba de embarazo (si puede quedar embarazada y se planea administrar quimioterapia o radioterapia) • Exploración por TEP/TC desde el cráneo hasta los muslos o los pies
Pruebas que se realizan de ser necesario	• Preservación de la fertilidad • Prueba de función pulmonar, si se planea administrar la quimioterapia ABVD • Pruebas de hepatitis B y C (recomendadas) • TC de diagnóstico con medio de contraste • Radiografía de tórax (recomendada, sobre todo en caso de un tumor torácico grande) • Biopsia de médula ósea • Ecocardiograma o exploración por MUGA y, posiblemente, atorvastatina si se planea quimioterapia basada en antraciclinas • RM con medio de contraste en ciertas zonas • Exploración por TEP/RM desde el cráneo hasta los muslos (sin medio de contraste) • Ayuda para dejar de fumar

No se recomienda un tipo de biopsia llamada aspiración con aguja fina (AAF) para diagnosticar el linfoma de Hodgkin. En este método, se utiliza una aguja fina para obtener una muestra de tejido de un ganglio linfático.

Análisis de los ganglios linfáticos extirpados

Los ganglios linfáticos extirpados se examinan mediante un proceso llamado inmunohistoquímica (IHQ). Con la ayuda de un microscopio, en esta prueba, se buscan proteínas en la superficie de las células. Es posible hacer un diagnóstico según las proteínas que se pueden ver (y no ver) utilizando esta técnica.

Por ejemplo, si tiene LHC, por lo general es posible ver las proteínas llamadas CD15 y CD30 mediante inmunohistoquímica, pero las CD3 y CD45 generalmente no se ven.

Antecedentes médicos y examen físico

El médico revisará sus antecedentes médicos y le realizará un examen físico completo.

Síntomas

El linfoma de Hodgkin puede causar síntomas. Hay tres síntomas en particular que es importante que su médico sepa que los tiene si llegara a presentarlos. Se denominan síntomas B o síntomas sistémicos. Estos son los síntomas:

- Fiebre inexplicable (superior a 38 grados Celsius).
- Sudoraciones nocturnas abundantes.
- Notable pérdida peso sin planificarlo.

También informe a su médico si tiene alguno de los síntomas que se enumeran a continuación, ya que también pueden estar relacionados con el linfoma de Hodgkin.

- Picazón en la piel (prurito).
- Cansancio extremo a pesar de haber dormido (fatiga).
- Reacción adversa al alcohol.

Examen físico

Si bien los ganglios linfáticos no suelen verse ni palparse, el linfoma de Hodgkin puede hacer que se agranden.

Usando las manos, el médico le palpará el bazo, el hígado y las áreas del cuerpo donde hay más ganglios linfáticos. Esto incluye el cuello, las axilas y la ingle.

Estado funcional

El médico también evaluará su capacidad para realizar las tareas y actividades diarias. Esto se denomina estado funcional. Ayuda a decidir si puede recibir determinados tratamientos.

Análisis de sangre

A continuación, se describen los análisis de sangre que se suelen realizar como parte de las pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin.

El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra de sangre.

La prueba de velocidad de sedimentación globular (VSG) mide la rapidez con la que los glóbulos rojos se depositan en el fondo de un tubo de ensayo que tiene una muestra de sangre. Una VSG más rápida de lo normal puede ser un signo de inflamación, infección, cáncer u otras enfermedades.

Un perfil metabólico completo (PMC) es un grupo de más de diez análisis de sangre. Proporciona información sobre el estado de los riñones, el hígado y otros órganos y tejidos. También brinda información sobre el nivel de electrolitos, calcio y azúcar en sangre.

A menudo, las pruebas de función hepática se hacen junto con el PMC. El hígado es un órgano que hace muchas tareas importantes, como eliminar las toxinas de la sangre. Las pruebas de función hepática miden las enzimas que se fabrican o procesan en el hígado.

Un nivel alto de una proteína llamada lactato deshidrogenasa (LDH) sérica en la sangre puede ser un signo de daño celular causado por cáncer u otros problemas de salud.

También se recomienda realizar pruebas para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Las pruebas para detectar hepatitis B y C también son recomendables, especialmente si el médico cree que puede estar en riesgo de padecer estas enfermedades.

Síntomas B del linfoma de Hodgkin

Fiebre



Sudoraciones nocturnas intensas



Pérdida de peso inexplicable



Estudios de diagnóstico por imágenes

TEP

Las tomografías por emisión de positrones (TEP) utilizan una pequeña cantidad de glucosa (azúcar) radiactiva, llamada radiomarcador. La fluorodesoxiglucosa (FDG) es la que se utiliza con más frecuencia. El marcador emite una pequeña cantidad de energía que se detecta con el escáner. Las zonas con cáncer aparecen más brillantes ("más calientes") porque las células cancerosas utilizan el azúcar más rápidamente que las células normales.

La exploración por FDG-TEP se utiliza para determinar el estadio del cáncer y para ver qué tan bien está funcionando el tratamiento. Es habitual tener que realizarse más de una durante el curso del tratamiento. La exploración por FDG-TEP suele combinarse con una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM).

Se utiliza un sistema de 5 puntos, llamado criterios de Deauville, para evaluar la cantidad de marcador que absorben las zonas con cáncer en comparación con la cantidad absorbida en el hígado y el mediastino (la zona entre los pulmones).

Una puntuación de 1, 2 o 3 significa que no hay zonas cancerosas que sean motivo de preocupación. Una puntuación de 4 o 5 generalmente significa que hay áreas cancerosas que son motivo de preocupación. Una puntuación de 4 puede considerarse buena o mala, según el caso, y puede recomendarse una biopsia.

En las exploraciones por TEP, pueden aparecer enfermedades como la neumonía y otras infecciones. En estos casos, o cuando un radiólogo no está seguro del diagnóstico, puede asignarse una puntuación de Deauville de X.

La puntuación de Deauville que recibió cuando se le diagnosticó la enfermedad por primera vez no es importante. La manera en que cambia dicha puntuación como resultado del tratamiento sí es importante. De esta manera, su equipo puede saber qué tan bien está funcionando el tratamiento.

TEP/TC

Las exploración por TEP tienen un papel fundamental en el tratamiento del linfoma de Hodgkin. Se utilizan para determinar el estadio de la enfermedad y qué tan bien está funcionando el tratamiento.



TC y RM

La tomografía computarizada y la resonancia magnética son otros estudios de diagnóstico por imágenes que se utilizan para el linfoma de Hodgkin. Ambas pueden combinarse con la TEP.

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.

La RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías de áreas internas del cuerpo. No utiliza radiación. Debido a los imanes muy potentes que se utilizan, informe al técnico si tiene algún metal en el cuerpo. Informe a su equipo de atención si tiene fobia a los espacios cerrados. Hay medicamentos que pueden ayudar.

Medio de contraste

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

Avise a su equipo de atención si ha tenido problemas con el medio de contraste antes. Es posible que se produzcan reacciones alérgicas, como hinchazón de garganta y urticaria.

Radiografía de tórax

En algunos casos, la radiografía de tórax puede ayudar a detectar ganglios linfáticos agrandados en el pecho. Puede ser el primer estudio de diagnóstico que se realice. Los hallazgos de una radiografía de tórax generalmente deben confirmarse con otros estudios por imágenes.



Recepción de los resultados

Piense en cómo desea obtener los resultados de las pruebas. El acceso a los resultados en línea mediante un portal para pacientes suele ser una opción. Sin embargo, tratar de comprender los informes de las pruebas puede resultar confuso y estresante. Puede que prefiera que su médico le comunique los resultados en persona o por teléfono. Informe sus preferencias de notificación a su equipo de atención.

Pruebas cardíacas y pulmonares

Algunos tratamientos contra el cáncer pueden dañar el corazón y los pulmones. Para planificar su tratamiento, el médico puede evaluar qué tan bien funcionan estos órganos.

Pruebas cardíacas

La doxorrubicina (también conocida como adriamicina, la “A” en ABVD) es una antraciclina. Entre otros efectos secundarios, puede causar daño cardíaco.

Si se planea administrar quimioterapia que incluya doxorrubicina, es posible que le realicen un ecocardiograma o una exploración por adquisición en múltiples etapas (MUGA) para conocer cómo bombea sangre el corazón.

Un ecocardiograma es un esquema visual del movimiento del corazón. Un profesional de atención médica pasa una sonda en forma de varilla sobre el pecho, que genera imágenes del corazón mediante ondas sonoras.

En una prueba de MUGA, se coloca una pequeña cantidad de una sustancia química radiactiva por una vena. Con una cámara especial, el profesional puede ver cómo se desplaza este marcador por el cuerpo a medida que late el corazón.

El profesional también puede recetarle un medicamento para reducir el colesterol llamado atorvastatina.

Pruebas pulmonares

El medicamento de quimioterapia, bleomicina, (la “B” de ABVD) puede dañar los pulmones. Si se planea o se está considerando la posibilidad de administrar quimioterapia con bleomicina, es posible que le realicen una o más de las pruebas de función pulmonar que se describen a continuación.

La espirometría mide la cantidad de aire que pueden contener los pulmones y la velocidad con la que puede exhalar el aire de los pulmones.

Pruebas cardíacas

La doxorrubicina es un medicamento de quimioterapia llamado antraciclina. Entre otros efectos secundarios, puede causar daño cardíaco. Se recomienda un ecocardiograma (en la imagen) o una exploración por MUGA para evaluar cómo bombea sangre el corazón si se planea administrar quimioterapia que incluya doxorrubicina.



La prueba de difusión de gases consiste en inhalar un gas inocuo y medir la cantidad exhalada. Indica cuánto oxígeno pasa de los pulmones a la sangre.

La pletismografía corporal consiste en sentarse en una habitación pequeña y respirar dentro de un tubo. Esta prueba mide cuánto aire pueden contener los pulmones y cuánto aire queda en los pulmones después de exhalar.

Otras pruebas y cuidados

Todas las personas deben vacunarse contra la influenza (vacuna contra la gripe) y otras vacunas que sean necesarias. A continuación, se describen otros cuidados que puede necesitar.

Ayuda para dejar de fumar

Si consume tabaco, consulte las opciones que le permitirán dejar el hábito. Fumar y vapear pueden limitar la eficacia del tratamiento contra el cáncer y aumentar el riesgo de problemas pulmonares durante la quimioterapia.

Fertilidad y embarazo

Cualquier persona a la que se le haya diagnosticado linfoma de Hodgkin y que pueda quedar embarazada debe hacerse una prueba de embarazo antes de comenzar el tratamiento.

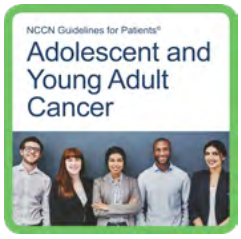
Si bien la mayoría de las personas recibirán quimioterapia con un régimen que es poco probable que afecte la fertilidad, existen regímenes que pueden causar infertilidad inmediata y permanente.

Si desea tener hijos después del tratamiento o tiene dudas al respecto, hable con su médico. A continuación, se describen los métodos más comunes para preservar la fertilidad.

En los bancos de esperma, el semen se congela en nitrógeno líquido y se almacena para su uso posterior. Al igual que los espermatozoides, es posible extraer los óvulos no fertilizados para almacenarlos congelados y usarlos más adelante.

En los bancos de tejido ovárico, se utiliza la extracción de una parte o de la totalidad de un ovario para congelar la parte que contiene los óvulos. El tejido congelado que contiene los óvulos se puede descongelar posteriormente para volver a introducirlo en el cuerpo.

Puede encontrar más información sobre la preservación de la fertilidad en adolescentes y adultos jóvenes en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Biopsia de médula ósea

En general, las biopsias de médula ósea ya no se incluyen en las pruebas iniciales para detectar el linfoma de Hodgkin. Sin embargo, si el cáncer está avanzado, tiene una cantidad de células sanguíneas menor a la normal y la TEP no sugiere que haya cáncer en la médula ósea, es posible que se deba hacer una biopsia de médula ósea.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario ayuda a mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El objetivo es prevenir o controlar los efectos secundarios y los síntomas, como el dolor y la fatiga relacionados con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se denomina cuidados paliativos.

El tratamiento complementario también puede ayudar en los siguientes aspectos:

- 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.

Puntos clave

- Informe al médico si presenta fiebre inexplicable, sudoración nocturna abundante, pérdida de peso significativa, picazón en la piel, cansancio extremo o una reacción adversa al alcohol.
- La biopsia de ganglios linfáticos por escisión es la forma más precisa de diagnosticar el linfoma de Hodgkin.
- Los análisis de sangre para detectar el linfoma de Hodgkin incluyen un HC, una prueba de VSG, un perfil metabólico completo, pruebas de función hepática y medición de la lactato deshidrogenasa.
- Las exploraciones por TEP/TC se utilizan para determinar el estadio de la enfermedad y qué tan bien está funcionando el tratamiento.
- La mayoría de las personas con linfoma de Hodgkin requieren pruebas cardíacas y pulmonares para determinar si pueden recibir ciertos medicamentos de quimioterapia.
- Hay métodos de preservación de la fertilidad disponibles si se planea administrar un tratamiento con un régimen que podría afectar la fertilidad.

Preguntas para hacer

- ¿Debo hacerme pruebas cardíacas y pulmonares?
- ¿Qué estudios de diagnóstico por imágenes necesito?
- ¿Mi fertilidad se verá afectada?
- ¿Debería preocuparme la radiación de los estudios de diagnóstico por imágenes?
- ¿Cuáles son las opciones más recientes para ayudarme a dejar de fumar?

3
Estadificación

19 Estadificación del linfoma de Hodgkin

24 Puntos clave

24 Preguntas para hacer

Antes de comenzar el tratamiento, es importante saber hasta dónde se ha extendido el cáncer. Este proceso se conoce como estadificación. Las pruebas descritas en el Capítulo 2 se realizan para determinar el estadio (extensión) del cáncer.

Estadificación del linfoma de Hodgkin

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.

El linfoma de Hodgkin suele comenzar en la zona por encima del diafragma, en los ganglios linfáticos del cuello, el pecho o las axilas. El cáncer se estadifica (en parte) en función de si se ha propagado a los ganglios linfáticos u otras zonas debajo del diafragma.

Existen cuatro estadios del linfoma de Hodgkin (1, 2, 3 y 4).

Si hay cáncer en solo un grupo de ganglios linfáticos y, posiblemente, en una pequeña zona u órgano fuera del sistema linfático, el cáncer está en estadio 1.

Si el cáncer se propaga a más grupos de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma, está en estadio 2.

Si el linfoma de Hodgkin se encuentra en los ganglios linfáticos por encima y debajo del diafragma, está en estadio 3.



¡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

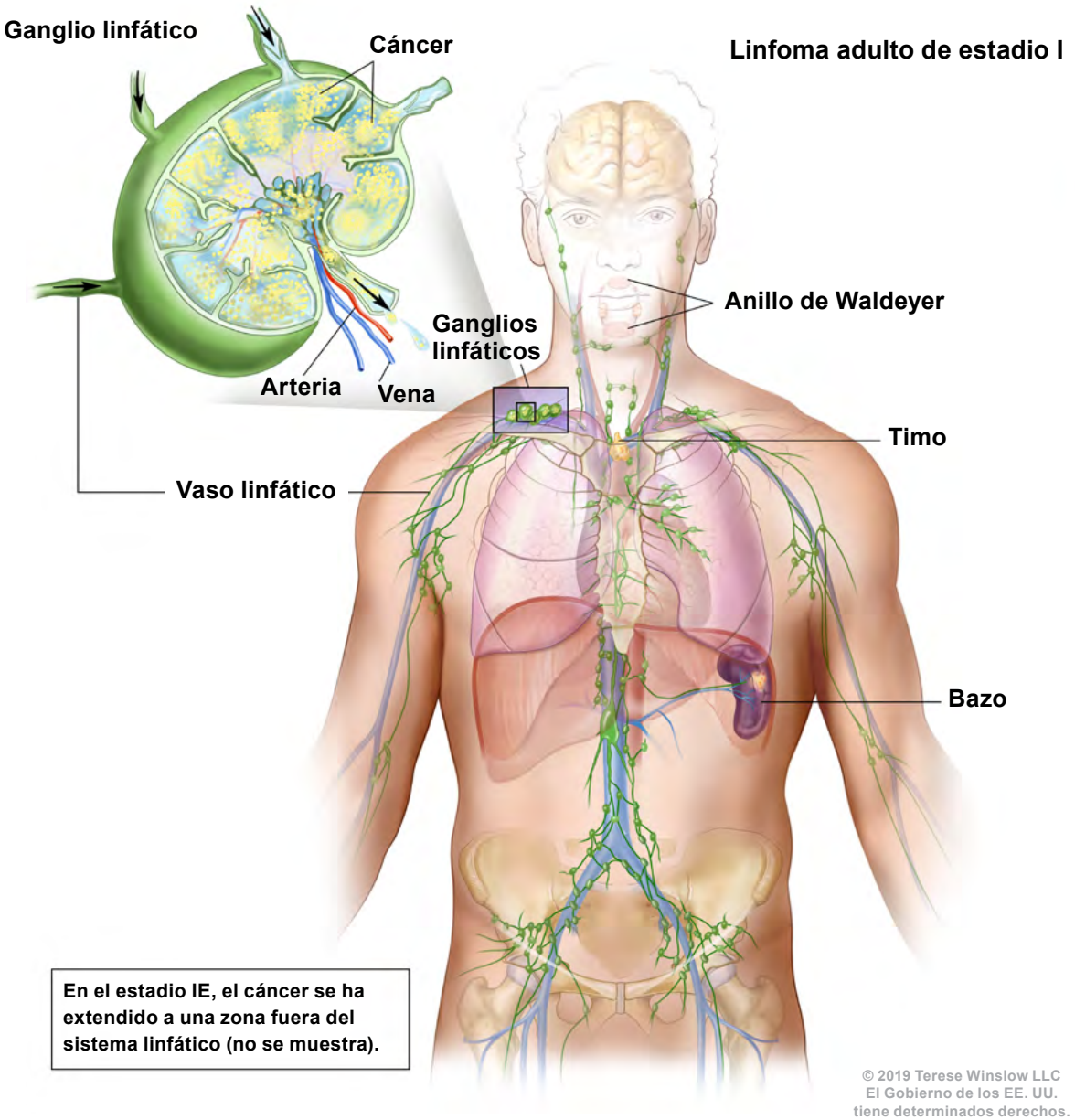
El linfoma de Hodgkin que se ha propagado a múltiples zonas fuera del sistema linfático está en estadio 4.

La “B” que se coloca después del estadio significa que el cáncer está causando síntomas B (fiebre inexplicable, sudoración nocturna abundante y pérdida de peso extrema). La “A” que se coloca después del estadio significa que el cáncer no está causando síntomas B.

Los estadios 1 y 2 se consideran un LHC en estadio temprano. Los estadios 3 y 4 se consideran un LHC en estadio avanzado.

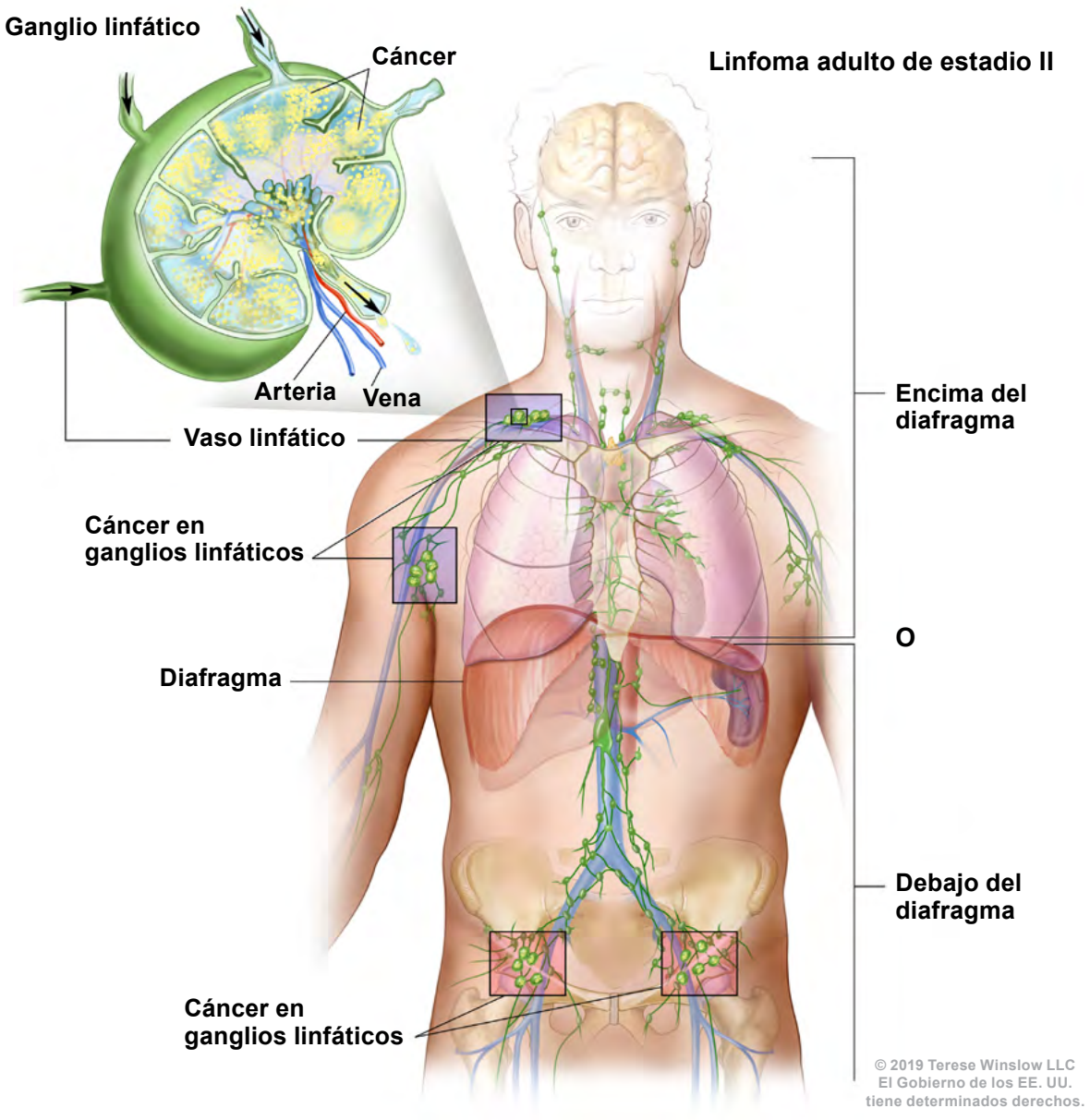
Estadio I

Hay cáncer en un grupo de ganglios linfáticos y, posiblemente, en una pequeña zona u órgano fuera del sistema linfático.



Estadio II

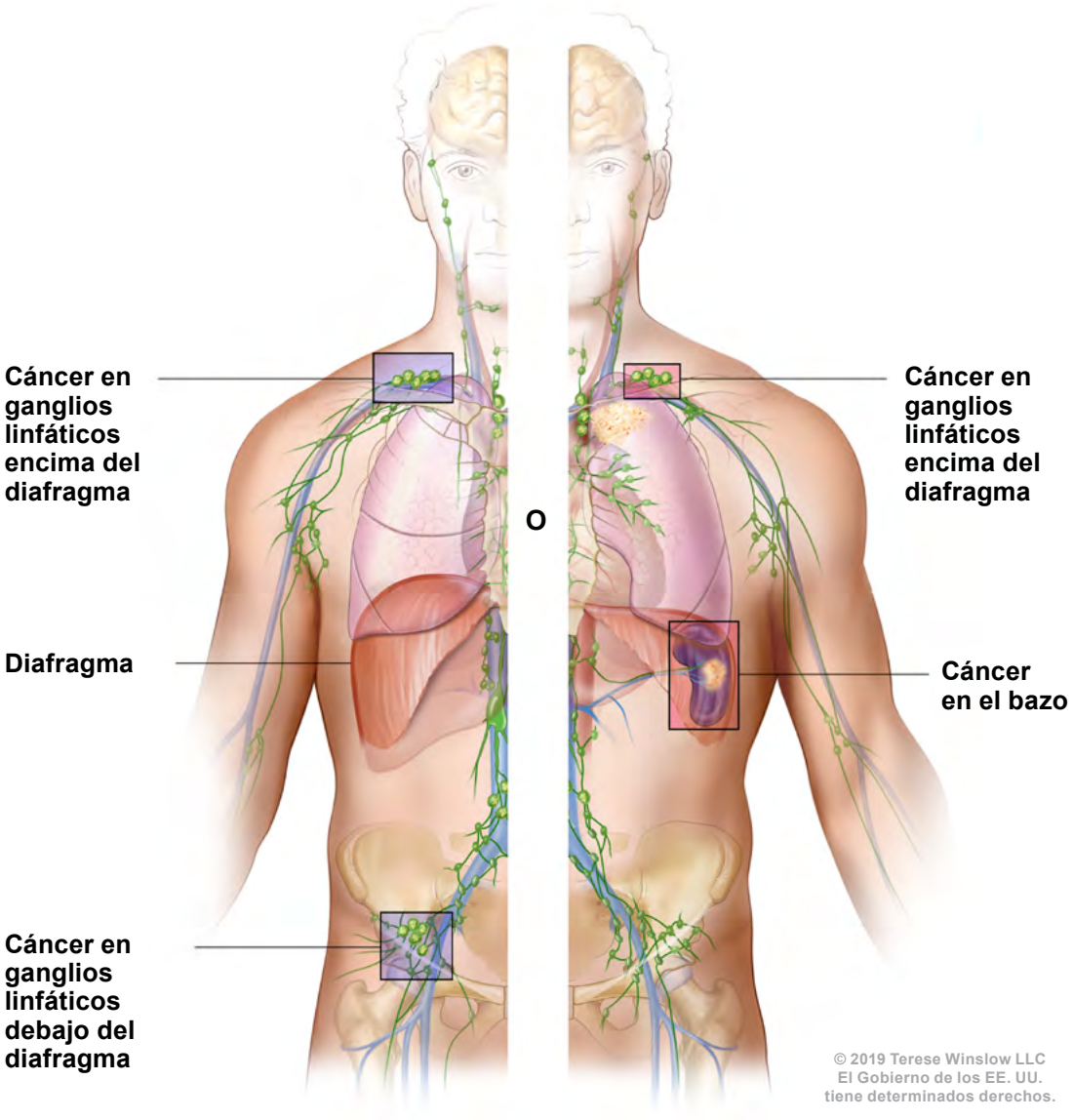
Hay cáncer en dos o más grupos de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma (encima o debajo de este) y, posiblemente, en una zona u órgano y sus ganglios linfáticos cercanos fuera del sistema linfático.



Estadio III

Hay cáncer en los ganglios linfáticos de ambos lados del diafragma (encima o debajo de este). También puede haber cáncer en una zona u órgano fuera del sistema linfático, en el bazo o en ambos.

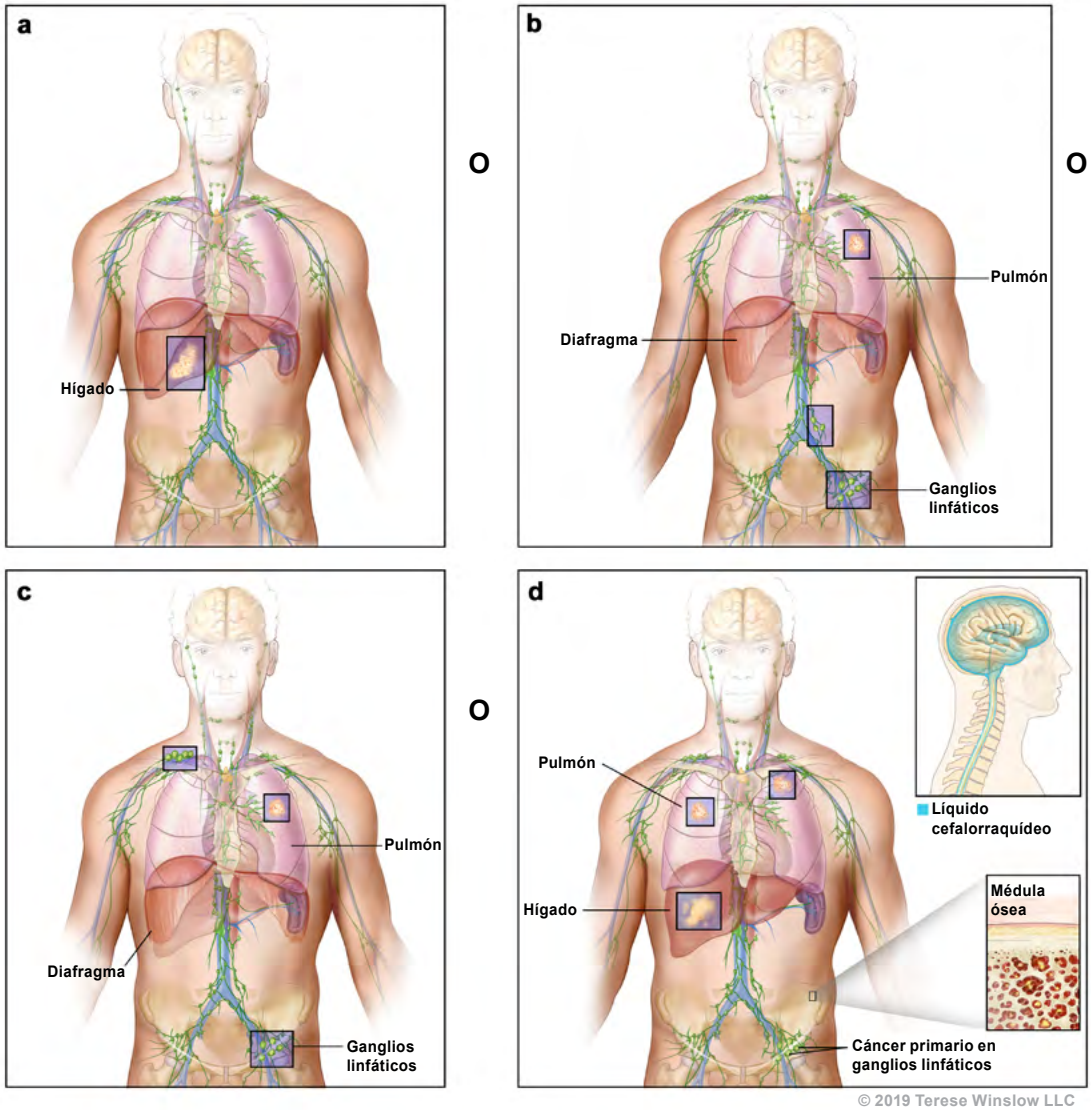
Linfoma adulto de estadio III



Estadio IV

Hay varias zonas con cáncer en uno o más órganos fuera del sistema linfático y, posiblemente, en los ganglios linfáticos cercanos. O bien, puede haber cáncer en un órgano fuera del sistema linfático y también en los ganglios linfáticos distantes.

Linfoma adulto de estadio IV



© 2019 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos.

Puntos clave

- Existen cuatro estadios del linfoma de Hodgkin (1, 2, 3 y 4).
- Si hay cáncer en solo un grupo de ganglios linfáticos, el cáncer está en estadio 1.
- Si el cáncer se propaga a más grupos de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma, está en estadio 2.
- Si el linfoma de Hodgkin se encuentra en los ganglios linfáticos por encima y debajo del diafragma, está en estadio 3.
- El linfoma de Hodgkin que se ha propagado a múltiples zonas fuera del sistema linfático está en estadio 4.
- La “B” que se coloca después del estadio significa que el cáncer está causando síntomas B (fiebre inexplicable, sudoración nocturna abundante y pérdida de peso extrema). La “A” que se coloca después del estadio significa que el cáncer no está causando síntomas B.
- Los estadios 1 y 2 se consideran un LHC en estadio temprano. Los estadios 3 y 4 se consideran un LHC en estadio avanzado.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra el cáncer?
- ¿Se ha extendido debajo del diafragma?
- Si el cáncer se extiende, ¿el estadio cambia?

4

Tratamiento del linfoma de Hodgkin clásico (LHC)

26 Tipos de tratamiento

29 Acerca del tratamiento del LHC en estadio temprano

30 Estadio 1 o 2 favorable

31 Estadio 1 o 2 desfavorable

33 LHC avanzado (estadio 3 y 4)

34 LHC durante el embarazo

36 LHC en adultos mayores

38 Puntos clave

38 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) se trata con quimioterapia, a veces combinada con radioterapia. Si es posible, los expertos en diferentes áreas del tratamiento contra el cáncer (un equipo multidisciplinario) deben revisar su plan de tratamiento antes de completarlo.

Tipos de tratamiento

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. La quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos de tratamiento sistémico.

La mayoría de los tratamientos sistémicos se administran por infusión (inyección lenta a través de una vena). Los fármacos se trasladan por el torrente sanguíneo para eliminar las células cancerosas en todo el cuerpo. Las células sanas también se ven afectadas en el proceso, por lo que pueden presentarse efectos secundarios. El tratamiento se administra en ciclos de tratamiento y descanso para permitir que el cuerpo se recupere entre las infusiones.

El LHC se trata con mayor frecuencia con quimioterapia, que puede combinarse con inmunoterapia o radioterapia. Los regímenes usados con mayor frecuencia se enumeran en la **Guía 2**.

Guía 2
Regímenes de quimioterapia que suelen utilizarse para el LHC

ABVD	Incluye doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina
BrECADD + G-CSF	Incluye brentuximab vedotina (BV), etopósido, ciclofosfamida, doxorrubicina, dacarbazina, dexametasona y factores de crecimiento
BV-AVD + G-CSF	Incluye brentuximab vedotina, AVD (doxorrubicina, vinblastina y dacarbazina) y factores de crecimiento
Nivolumab y AVD	Incluye nivolumab (una inmunoterapia) y quimioterapia AVD

Dado que la quimioterapia puede debilitar la defensa inmunitaria, algunos regímenes incluyen un medicamento llamado factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF). Este tipo de factor de crecimiento hace que el cuerpo produzca más glóbulos blancos para reforzar el sistema inmunitario.

Algunos regímenes incluyen esteroides, como dexametasona o prednisona. Estos se incluyen porque alivian la inflamación y también tienen efectos anticancerígenos.

El brentuximab vedotina (también llamado BV o Adcetris) es un conjugado de anticuerpos y fármacos. Esto significa que combina dos fármacos en un solo medicamento. La parte del anticuerpo (brentuximab) detecta las células cancerosas que tienen una proteína específica (CD30) en su superficie y se adquiere a ellas. Una vez adherido, se libera un fármaco de quimioterapia en la célula cancerosa.

Los medicamentos de inmunoterapia llamados inhibidores del punto de control también se pueden usar para tratar el linfoma de Hodgkin. Entre ellos, se encuentran nivolumab (Opdivo) y pembrolizumab (Keytruda). La inmunoterapia aumenta la actividad del sistema inmunitario, lo que mejora la capacidad del cuerpo para detectar y destruir las células cancerosas.

Para obtener información sobre los efectos secundarios de los inhibidores del punto de control inmunitario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia – inhibidores del punto de control inmunitario* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Efectos secundarios

El control de los efectos secundarios es un esfuerzo compartido entre usted y su equipo de atención. Es importante que hable de los efectos secundarios molestos, como las náuseas y los vómitos. Pregunte qué opciones tiene para controlar o aliviar los efectos del tratamiento.

Puede encontrar más información sobre náuseas y vómitos en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Radioterapia

Además de la quimioterapia, la radioterapia suele utilizarse para tratar el linfoma de Hodgkin. Este tratamiento destruye las células cancerosas existentes e impide que se formen nuevas células cancerosas. La radiación también puede afectar a las células normales cercanas.

Para tratar el linfoma de Hodgkin, se recomienda la radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA). La RTDLA solo se dirige a los ganglios linfáticos en los que se originó el cáncer.

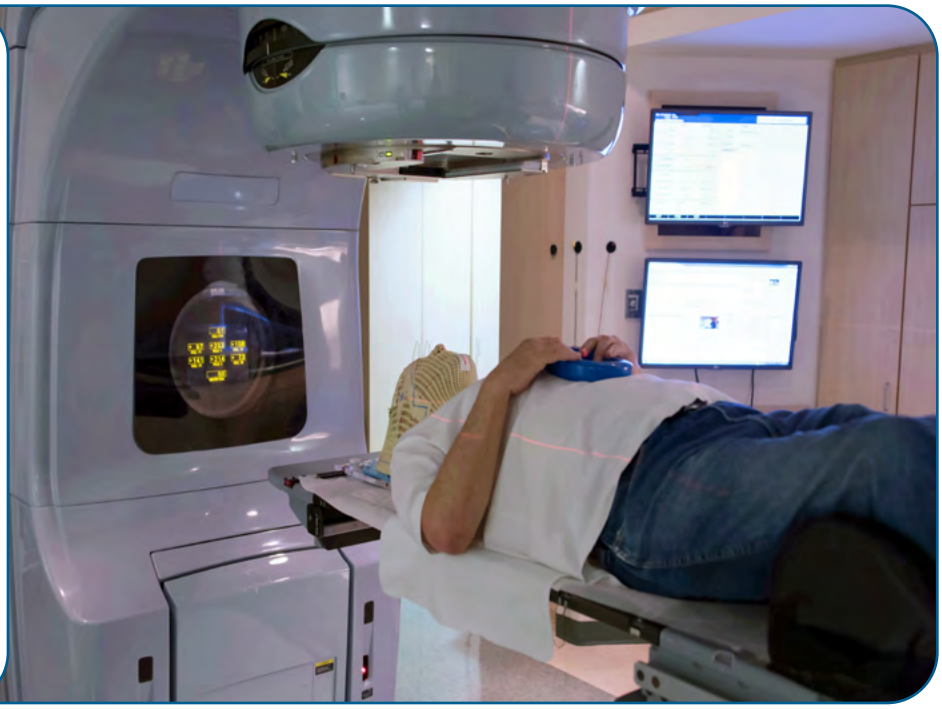
En algunos casos, se pueden utilizar métodos basados en partículas, como la terapia de protones. Se utiliza especialmente en personas más jóvenes con linfoma en la zona del pecho entre los pulmones (el mediastino). La terapia de protones puede reducir los efectos secundarios tardíos causados por el tratamiento con radiación, como enfermedades cardíacas y tumores secundarios. Se decidirá qué tipo de radiación utilizar en función de dónde se originó el cáncer en el cuerpo.

Si se planea elegir la radioterapia, se debe realizar una sesión de simulación (planificación) antes del inicio del tratamiento. Durante la simulación, se tomarán imágenes del tumor, generalmente utilizando una TC en la posición de tratamiento con radiación. Las imágenes de la exploración se utilizan para planificar la dosis de radiación y la configuración de los haces de radiación.

Puede que le pidan que contenga la respiración durante la exploración de simulación o el tratamiento. Esto limita el movimiento del corazón y los pulmones y ayuda a reducir la radiación adicional a estos órganos. Durante el tratamiento, se acostará sobre una camilla en la misma posición en la que estuvo durante la simulación. Se pueden utilizar dispositivos, como una mascarilla de red o un molde corporal, para evitar que se mueva.

Radioterapia

La radioterapia suele utilizarse en combinación con la quimioterapia para tratar el linfoma de Hodgkin. En la mayoría de los casos, se recomienda un tipo de radioterapia de haz externo llamada RTDLA.



Acerca del tratamiento del LHC en estadio temprano

El tratamiento del LHC en estadio 1 o 2 depende de si el cáncer tiene las siguientes características, que pueden dificultar su tratamiento:

- Síntomas B (fiebre inexplicable, sudoración nocturna abundante, pérdida de peso).
- Tumores voluminosos (de más de 10 cm).
- Velocidad de sedimentación globular (VSG) alta.
- Presencia de cáncer en más de 2 zonas.
- Afectación de zonas distintas a los ganglios linfáticos, como un pulmón.

Si el cáncer tiene alguna de estas características, se describe como desfavorable o de alto riesgo. Si el cáncer no tiene ninguna de estas características, se describe como favorable o de bajo riesgo.

Hay dos enfoques principales para tratar el LHC en estadio 1 o 2:

- Terapias de combinación (quimioterapia y radioterapia).
- Quimioterapia únicamente.

Su médico le recomendará uno de estos enfoques según los siguientes factores:

- Edad.
- Sexo asignado al nacer.
- Antecedentes familiares de cáncer o enfermedades cardíacas.
- Estado de salud general.
- Zonas específicas con cáncer.



Manejo del riesgo de cáncer de mama

En el caso de las personas de sexo femenino asignado al nacer que tienen menos de 30 años, la terapia de combinación (que incluye radiación sobre el tejido mamario) puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de mama más adelante. Sin embargo, si la dosis de doxorrubicina necesaria es demasiado alta utilizando solo quimioterapia, se puede preferir la terapia de combinación.

Estadio 1 o 2 favorable

El tratamiento del LHC en estadio temprano favorable comienza con 2 ciclos de quimioterapia ABVD, seguidos de una exploración por TEP/TC para verificar los resultados. El tratamiento posterior depende de la puntuación de Deauville y de las características del cáncer. En la **Guía 3**, se describen los próximos pasos para una puntuación de 1, 2 o 3.

Puntuación de Deauville de 4

Si la puntuación de Deauville es 4, el siguiente paso suele ser administrar 2 ciclos más de ABVD. Después de terminar la quimioterapia, se le realizará otra exploración por TEP. El próximo tratamiento depende de los resultados de la puntuación de Deauville provisional (nueva). Si la puntuación es 1, 2 o 3, se recomienda la radioterapia.

Si la puntuación provisional es 4 o 5, se requiere una biopsia. Si la biopsia es negativa para linfoma, se recomienda radioterapia. Si la biopsia es positiva, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

Puntuación de Deauville de 5

Se requiere una biopsia antes de recibir otros tratamientos. Si la biopsia es negativa, el cáncer se trata como si la puntuación de Deauville fuera 4 (consulte “Puntuación de Deauville de 4” más arriba).

Si la biopsia es positiva o si no se puede realizar una biopsia, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

Guía 3
Puntuación de Deauville de 1, 2 o 3 después de la quimioterapia ABVD

Tipos de cáncer con todas estas características: • **VSG más lenta que 50** • **Sin lesiones E** • **Cáncer en dos o menos zonas de ganglios linfáticos**	Si la puntuación de Deauville es 1 o 2, estas son las opciones recomendadas: • Radioterapia • 2 ciclos más de ABVD Si la puntuación de Deauville es 3, existen dos opciones recomendadas: • Radioterapia • 4 ciclos de quimioterapia AVD
Todos los demás tipos de cáncer	Si la puntuación de Deauville es 1 o 2, estas son las opciones recomendadas: • 2 ciclos más de ABVD • 1 ciclo de ABVD y radioterapia Si la puntuación de Deauville es 3, estas son las opciones recomendadas: • 4 ciclos de quimioterapia AVD • 2 ciclos de ABVD y radioterapia

Estadio 1 o 2 desfavorable

La enfermedad en estadio temprano desfavorable significa que el cáncer tiene una o más de las siguientes características:

- Síntomas B.
- Tumores voluminosos (de más de 10 cm).
- Linfoma fuera de los ganglios linfáticos (p. ej., en el pulmón).

Existen cuatro posibles vías de tratamiento, que se describen a continuación.

Vías de ABVD

Esta vía comienza con 2 ciclos de quimioterapia ABVD, seguida de una exploración por TEP/TC para verificar los resultados. El próximo tratamiento depende de los resultados de la exploración por TEP (la puntuación de Deauville).

Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3, existen dos opciones:

- 4 ciclos de quimioterapia AVD (no ABVD).
- 2 ciclos de quimioterapia ABVD + radioterapia.

Si la puntuación de Deauville es 4 o 5, existen dos opciones:

- 2 ciclos más de ABVD.
- 2 ciclos de BrECADD + factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF).

Después de terminar la quimioterapia, se le realizará otra exploración por TEP. El próximo tratamiento depende de los resultados de la puntuación de Deauville provisional (nueva). Si la puntuación provisional es 1, 2, 3 o 4, se recomienda la radioterapia.

Si la puntuación provisional es 5, se requiere una biopsia. Si la biopsia es negativa, se recomienda radioterapia. Si la biopsia es positiva o si no se puede realizar una biopsia, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

Vía de inmunoterapia

Esta vía comienza con lo siguiente:

- 4 ciclos de nivolumab (Opdivo) y quimioterapia AVD.
- Radioterapia.

Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3 después de la reestadificación, puede empezar la atención de seguimiento.

Si la puntuación de Deauville es de 4 o 5, se requiere una biopsia. Si la biopsia es negativa, puede empezar la atención de seguimiento. Si la biopsia es positiva o si no se puede realizar una biopsia, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

Para obtener información sobre los efectos secundarios de los inhibidores del punto de control inmunitario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia – inhibidores del punto de control inmunitario* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Vía de brentuximab vedotina

Esta vía comienza con lo siguiente:

- 4 ciclos de brentuximab vedotina con factores de crecimiento y quimioterapia AVD.
- Radioterapia.

Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3 después de la reestadificación, puede empezar la atención de seguimiento.

Si la puntuación de Deauville es de 4 o 5, se requiere una biopsia. Si la biopsia es negativa, puede empezar la atención de seguimiento.

Si la biopsia es positiva o si no se puede realizar una biopsia, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

Vía de BrECADD

Esta vía implica 2 ciclos de BrECADD y factores de crecimiento, seguidos de una exploración por TEP/TC para verificar los resultados. El tratamiento posterior depende de la puntuación de Deauville.

Si la puntuación es 1, 2 o 3, se recomiendan 2 ciclos más de BrECADD y factores de crecimiento, seguidos de una reestadificación. Si la puntuación provisional (nueva) es 1, 2 o 3, puede comenzar un tratamiento de seguimiento.

Si la puntuación provisional es 4 o 5, se requiere una biopsia para orientar su atención. Si la biopsia es negativa, se recomiendan 4 ciclos de BrECADD y factores de crecimiento. Si los resultados son buenos, comenzará la atención de seguimiento.

Si la biopsia es positiva, se recomienda el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento.

LHC avanzado (estadio 3 y 4)

En esta sección, se explican las opciones de tratamiento para el LHC que se ha extendido debajo del diafragma y, posiblemente, fuera del sistema linfático.

Regímenes preferidos

Se prefieren los regímenes de quimioterapia, incluidos en la **Guía 4**, para tratar el LHC avanzado. Los tratamientos preferidos son los que han demostrado ser más eficaces. También pueden ser más seguros que otros tratamientos.

Si no puede recibir ninguno de los regímenes preferidos, hay otras opciones recomendadas disponibles.

Las siguientes características pueden producir un resultado deficiente del tratamiento para el LHC en estadio 3 o 4:

- 45 años o más.
- Sexo masculino asignado al nacer.
- Enfermedad en estadio 4.
- Nivel de albúmina inferior a 4 g/dL.
- Un nivel bajo de hemoglobina para la edad y el sexo (comúnmente conocido como anemia).
- Un nivel alto de glóbulos blancos en la sangre (llamado leucocitosis).
- Un nivel bajo de linfocitos en la sangre (llamado linfocitopenia).

Se utiliza un sistema de puntuación para ayudar a orientar las decisiones de tratamiento para el LHC avanzado. La puntuación se calcula sumando la cantidad de estos factores de riesgo que corresponden en su caso o cáncer. El total se llama Puntuación de pronóstico internacional (IPS).

Guía 4
Regímenes preferidos para el LHC avanzado

Nivolumab + AVD	Esta vía comienza con 6 ciclos de nivolumab (Opdivo) administrados con quimioterapia AVD. Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3, no es necesario ningún otro tratamiento. Si la puntuación es 4 o 5, se requiere una biopsia para orientar su atención.
BrECADD + factores de crecimiento	Esta vía comienza con 2 ciclos de quimioterapia BrECADD (incluye factores de crecimiento). En caso de una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, se recomiendan 2 ciclos más de BrECADD. Si los resultados son buenos, no es necesario ningún otro tratamiento. Si la puntuación de Deauville es 4 o 5 después de los primeros 2 ciclos de BrECADD, se requiere una biopsia para orientar su atención.

Regímenes usados en ciertos casos

Si los regímenes preferidos en la Guía 4 no están disponibles o usted no es candidato para recibirlos, su médico puede recomendar uno de los regímenes que se describen a continuación.

BV-AVD con factores de crecimiento

Este régimen comienza con 6 ciclos de brentuximab vedotina (BV) más AVD y factores de crecimiento.

Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3 después de la reestadificación, no se necesita más quimioterapia. Puede empezar la atención de seguimiento. Si la puntuación de Deauville es 4 o 5, se requiere una biopsia para orientar su atención.

Independientemente de la puntuación de Deauville, se puede administrar radioterapia después de la quimioterapia para tratar zonas de alto riesgo.

Quimioterapia ABVD

Este régimen comienza con 2 ciclos de quimioterapia ABVD, seguida de una exploración por TEP/TC.

Si la puntuación de Deauville es 1, 2 o 3, el siguiente paso es recibir 4 ciclos de quimioterapia AVD. La radioterapia también se puede utilizar para tratar zonas de alto riesgo.

En caso de una puntuación de Deauville de 4 o 5, se recomienda cambiar a la quimioterapia BrECADD durante 3 ciclos. Si los resultados son buenos, se recomienda 1 ciclo más de BrECADD. Puede que lo que siga sea la radioterapia. Si los resultados no son tan buenos, se recomienda una biopsia para orientar los próximos pasos de atención.

LHC durante el embarazo

El linfoma de Hodgkin clásico es el cáncer sanguíneo más común que se diagnostica durante el embarazo. El tratamiento se debe personalizar en función de todos los siguientes aspectos:

- Síntomas y estado de salud general.
- Tiempo de gestación.
- Deseos de la paciente.

La atención del cáncer durante el embarazo requiere un enfoque multidisciplinario. Deben participar expertos en oncología médica, obstetras especializados en embarazos de alto riesgo y neonatólogos.

También debe participar un farmacéutico para asegurarse de que los medicamentos complementarios, como los antieméticos, sean seguros de usar durante el embarazo. Ondansetrón y metoclopramida son los medicamentos antieméticos preferidos para las embarazadas.

Para estadificar el LHC durante el embarazo, los estudios de diagnóstico por imágenes deben incluir una radiografía de tórax de vista única (se protegerá el abdomen de la radiación) y una ecografía o RM del abdomen (sin medio de contraste con gadolinio).

Estas son las pruebas y los tratamientos que se deben evitar durante el embarazo:

- FDG-TEP y TC.
- Regímenes intensivos como BEACOPP con aumento escalonado y BV + AVD.
- Radioterapia.

Primer trimestre

En general, se debe evitar la quimioterapia durante el primer trimestre. Si tiene pocos síntomas o no presenta ninguno, el tratamiento se puede retrasar de manera segura hasta el segundo o tercer trimestre. Durante este tiempo, se le hará un control exhaustivo.

Si sus síntomas son graves o se sospecha que tiene un problema importante en algún órgano, usted y su médico tomarán decisiones con respecto a lo siguiente:

- Derivación a un centro especializado.
- Control del embarazo y tratamiento urgente.
- Quimioterapia con vinblastina, seguida de quimioterapia ABVD después del primer trimestre.

Segundo o tercer trimestre

Si tiene pocos síntomas o no presenta ninguno, el tratamiento se puede retrasar de manera segura hasta después del parto. Durante este tiempo, se le hará un control exhaustivo.

Si sus síntomas son graves o se sospecha que tiene un problema importante en algún órgano, se recomienda la quimioterapia ABVD. Es perfectamente seguro para usted (y para el bebé por nacer) el tratamiento con ABVD en el segundo o tercer trimestre.

Lactancia materna

Se debe evitar la lactancia materna si se somete a quimioterapia en el período posparto.

LHC durante el embarazo

El linfoma de Hodgkin clásico es el cáncer sanguíneo más común que se diagnostica durante el embarazo.
El tratamiento se debe personalizar en función de los síntomas, el estado de salud general, el tiempo de gestación y los deseos de la paciente.



LHC en adultos mayores

El LHC puede ser más difícil de tratar en adultos mayores, y los resultados no suelen ser tan buenos. Se recomienda buscar tratamiento como parte de un ensayo clínico, si hay uno disponible para usted.

El tratamiento del LHC en adultos mayores implica la administración de quimioterapia y, a veces, radioterapia. Si no se encuentra lo suficientemente bien como para recibir quimioterapia, se puede considerar solo someterse a la radioterapia.

La doxorrubicina (adriamicina, la "A" en ABVD) es una antraciclina. Entre otros efectos secundarios, puede causar daño cardíaco. Su médico le recomendará un régimen dependiendo de si puede recibir doxorrubicina de manera segura. Si puede recibirla, los regímenes recomendados se enumeran en la **Guía 5**.

Guía 5
Regímenes para adultos mayores de 60 años que pueden recibir doxorrubicina (una antraciclina)

Estadio 1 o 2 favorable	Existen dos opciones recomendadas: • 2 ciclos de A(B)VD **y** radioterapia. • 3 ciclos de A(B)VD. Si hay una respuesta completa, se puede continuar con radioterapia.
Estadio 1 o 2 desfavorable	Existen cuatro opciones recomendadas: • 2 ciclos de A(B)VD seguidos de una exploración por TEP. Si la exploración es negativa después de 2 ciclos de ABVD, se continuará con 4 ciclos de AVD. Si la exploración es positiva, se personalizará su atención. • 4 ciclos de A(B)VD **y** radioterapia. • 2 ciclos de brentuximab vedotina seguidos de 6 ciclos de AVD. Si los resultados son buenos, es posible que tenga 2 ciclos más de brentuximab vedotina. • 4 ciclos de nivolumab (Opdivo) con quimioterapia AVD **y** radioterapia.
Estadios 3 y 4	Si es candidato para la inmunoterapia, el tratamiento **preferido** para el LHC avanzado es el siguiente: • 6 ciclos de nivolumab (Opdivo) con AVD. Si no puede recibir inmunoterapia del inhibidor del punto de control: • 2 ciclos de brentuximab vedotina seguidos de 6 ciclos de AVD. Si los resultados son buenos, es posible que tenga 2 ciclos más de brentuximab vedotina.

Si no puede recibir doxorrubicina, se suele usar brentuximab vedotina en su lugar, junto con dacarbazina o nivolumab. Si no puede recibir brentuximab vedotina, se recomienda inmunoterapia con nivolumab o pembrolizumab. Todos estos regímenes pueden combinarse con radioterapia.

La bleomicina es la “B” del régimen ABVD. Este fármaco de quimioterapia puede causar un problema pulmonar (fibrosis pulmonar) que dificulta la respiración. Puede ser demasiado agresivo para los adultos mayores. Si se lo utiliza, no se debe administrar durante más de 2 ciclos.



¡Cuéntenos qué opina!

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

Los adultos mayores con LHC tienen más probabilidades de presentar lo siguiente:

- **Síntomas B.**
- **Otros problemas de salud.**
- **Virus de Epstein-Barr.**
- **Un subtipo de LHC llamado linfoma de Hodgkin de celularidad mixta (LHCM).**



Puntos clave

- La quimioterapia es el tratamiento más eficaz y más ampliamente utilizado para el linfoma de Hodgkin. Algunos regímenes pueden combinarse con inmunoterapia o radioterapia.
- El tratamiento para el LHC en estadio 1 o 2 depende de si el cáncer tiene características desfavorables, como síntomas B, una velocidad de sedimentación globular elevada, tumores voluminosos (grandes), o si se ha extendido a dos o más grupos de ganglios linfáticos.
- El LHC en estadio temprano se trata con quimioterapia, ya sea como único tratamiento o con radioterapia. Para seleccionar un régimen, se evalúan factores como la edad, el estado de salud, el sexo asignado al nacer, los antecedentes médicos familiares y las características del cáncer.
- El LHC avanzado (estadio 3 o 4) se ha extendido a ambos lados del diafragma o fuera del sistema linfático. Los regímenes preferidos incluyen nivolumab con quimioterapia AVD y BrECADD. La radioterapia se puede utilizar con cualquiera de los regímenes.
- El tratamiento para el LHC durante el embarazo se personaliza en función de los síntomas, el estado de salud general, el tiempo de gestación y los deseos de la paciente. Deben participar expertos en oncología médica, obstetras especializados en embarazos de alto riesgo y neonatólogos en la atención.
- Si es un adulto mayor con LHC, el médico le recomendará un régimen dependiendo de si puede recibir doxorrubicina y bleomicina de manera segura. Si la utiliza, la bleomicina solo debe administrarse durante 1 o 2 ciclos. Se recomienda participar en un ensayo clínico.

Preguntas para hacer

- ¿Cuál es el subtipo del cáncer? ¿Esto es importante?
- ¿Qué régimen de tratamiento sistémico me recomienda? ¿Interrumpirá o cambiará los regímenes si aparecen efectos secundarios graves?
- ¿Necesitaré radioterapia después de la quimioterapia?
- De ser así, ¿cuánto durará la radioterapia? ¿Qué zonas se tratarán?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o regrese?

5
LHC recidivante o resistente al tratamiento

40 Quimioterapia de dosis alta con TCH

41 Candidato para la quimioterapia de dosis alta y TCH

43 Candidato no apto para la quimioterapia de dosis alta y TCH

44 Ensayos clínicos

45 Puntos clave

45 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) que no responde al tratamiento recomendado se describe como una enfermedad primaria resistente al tratamiento. Se recomienda buscar tratamiento en un centro con experiencia en este tipo de cáncer para el LHC recidivante o resistente al tratamiento, preferentemente dentro de un ensayo clínico.

Tras la confirmación mediante biopsia, el tratamiento para el LHC recidivante o resistente al tratamiento depende de si usted es candidato para recibir quimioterapia de dosis alta con trasplante de células hematopoyéticas (TCH).

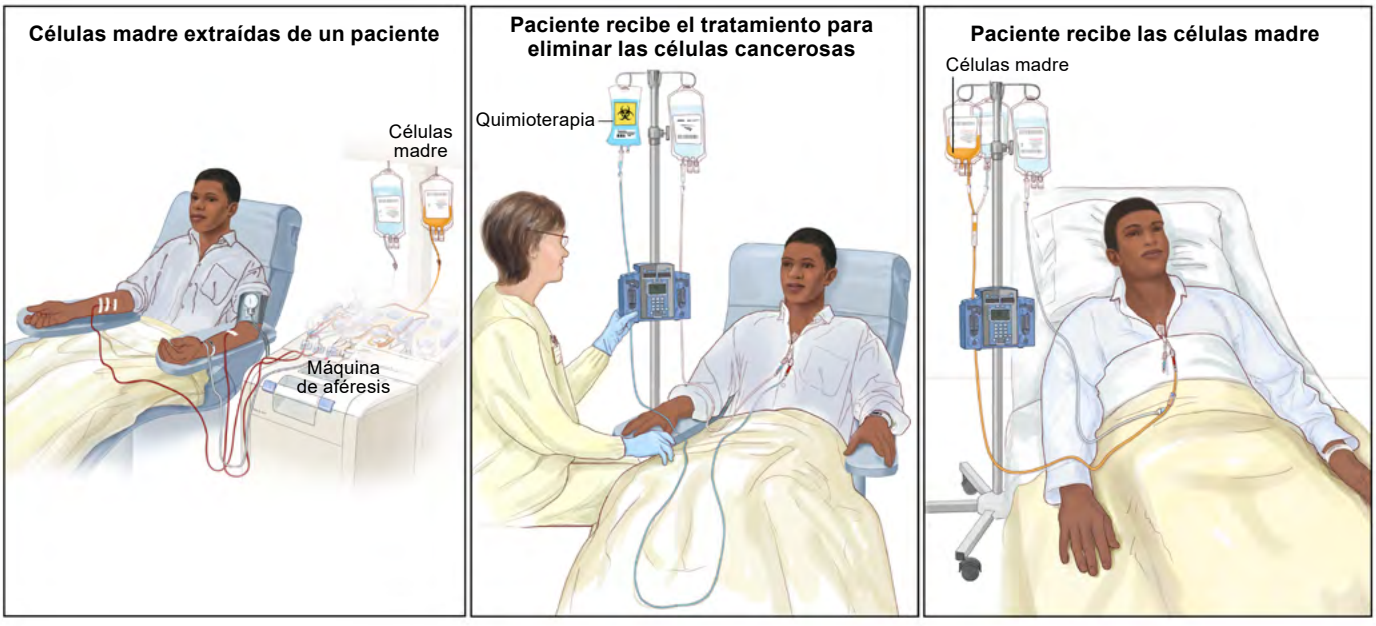
Quimioterapia de dosis alta con TCH

Cuando es posible, se utiliza quimioterapia de dosis alta para tratar el linfoma de Hodgkin recidivante o resistente al tratamiento. Sin embargo, la dosis alta que se necesita puede dañar o destruir las células madre hematopoyéticas (que producen sangre) en la médula ósea.

Cuando se dañan, es posible que las células madre hematopoyéticas no formen las células sanguíneas que el cuerpo necesita. Para proteger estas importantes células productoras de sangre, primero se extraen (rescatan) de la sangre o de la médula ósea.

Después de la quimioterapia, las células madre sanas rescatadas se vuelven a trasplantar al cuerpo y forman nuevos glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Este proceso, llamado incorporación del injerto, restaura la capacidad del cuerpo para protegerse de las infecciones.

Trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TCH)



© 2019 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos.

Hasta que se logre la incorporación del injerto, es probable que sienta cansancio y debilidad. Para prevenir infecciones, permanecerá en una habitación bien limpia en el hospital, y es posible que le administren un antibiótico. También podría recibir transfusiones de sangre para prevenir hemorragias y tratar el recuento bajo de glóbulos rojos (anemia) y nivel bajo de plaquetas (trombocitopenia).

Hay varios nombres para referirse a este procedimiento, por ejemplo:

- Quimioterapia de dosis alta con rescate de células madre autólogas (TDA/RCMA).
- Trasplante autólogo de médula ósea.
- Trasplante autólogo de células madre.

Los trasplantes alogénicos (de donante) no suelen realizarse para el LHC, pero pueden considerarse si el cáncer no responde al tratamiento recomendado.

Candidato para la quimioterapia de dosis alta y TCH

Si su estado de salud es el indicado para someterse una quimioterapia de dosis alta, sus opciones de tratamiento se describen a continuación.

Enfermedad resistente al tratamiento o recidiva reciente

La siguiente información se aplica a pacientes que presentan:

- LHC primario resistente al tratamiento.
- LHC con recidiva reciente (recidiva dentro de los 3 meses de tratamiento).

El tratamiento comienza con un tratamiento sistémico. Si nunca ha recibido inmunoterapia, se prefiere un régimen que incluya un inhibidor del punto de control. Los regímenes recomendados se enumeran en la **Guía 6**.

Después del tratamiento sistémico, se volverá a estadificar el cáncer. El tratamiento posterior se basa en la puntuación de Deauville.

Si la **puntuación es 1 a 3**, se recomienda un trasplante autólogo de células madre a todas las personas que lo toleren. Se puede administrar radioterapia para tratar zonas que aún no se han tratado. Después del trasplante, se considerará el tratamiento de mantenimiento con brentuximab vedotina si el cáncer presenta características que indican que puede regresar.

Si no puede recibir un trasplante de células madre, se recomienda la observación del cáncer sin tratamiento. La radioterapia también puede ser una opción.

Si la **puntuación es 4**, el trasplante autólogo de células madre es una opción recomendada para quienes estén lo suficientemente sanos como para someterse a él. También puede administrarse la radioterapia. Después del trasplante, se considerará el tratamiento de mantenimiento con brentuximab vedotina si el cáncer presenta características que indican que puede regresar.

Estas son otras opciones para los pacientes con una puntuación de 4 después del tratamiento de segunda línea:

- Radioterapia como tratamiento único.
- Tratamiento sistémico **(consulte la Guía 6)**, posiblemente combinado con radioterapia.

Si uno de estos enfoques funciona bien, se considerará un trasplante de células madre (autólogo o alogénico).

Si la puntuación de Deauville es 5, existen dos opciones:

- Radioterapia como tratamiento único.
- Tratamiento sistémico **(consulte la Guía 6)**, posiblemente con radioterapia.

Si uno de estos enfoques funciona bien, se considerará un trasplante de células madre (autólogo o alogénico).

Guía 6
Regímenes de segunda línea y posteriores para el LHC recidivante o resistente al tratamiento

Regímenes que incluyen un inhibidor del punto de control	• Brentuximab vedotina y nivolumab (Opdivo) • GVD y pembrolizumab (Keytruda) • ICE y nivolumab • ICE y pembrolizumab
Regímenes que no incluyen un inhibidor del punto de control	• Brentuximab vedotina • Brentuximab vedotina y bendamustina • DHAP • Gemcitabina, bendamustina y vinorelbina • GVD e ICE • ICE y brentuximab vedotina • IGEV

¿Qué incluye cada régimen?

DHAP (dexametasona, cisplatino, citarabina en dosis alta)

GVD (gemcitabina, vinorelbina, doxorrubicina liposomal)

ICE (ifosfamida, carboplatino, etopósido)

IGEV (ifosfamida, gemcitabina, vinorelbina)

Recidiva después de 3 meses

La siguiente información se aplica al LHC que reaparece después de 3 meses del tratamiento.

Se recomienda el tratamiento sistémico de segunda línea y puede combinarse con radioterapia. Si nunca ha recibido inmunoterapia, se prefiere un régimen que incluya un inhibidor del punto de control. **Consulte la Guía 6.**

Según el estadio del cáncer en el momento del diagnóstico y los antecedentes de tratamiento, se puede realizar quimioterapia de dosis alta con TCH después del tratamiento sistémico.

El tratamiento del LHC con recidiva suele ser personalizado, especialmente para quienes han estado libres de cáncer durante algún tiempo.

Candidato no apto para la quimioterapia de dosis alta y TCH

El trasplante de células madre no siempre es viable. En este caso, el tratamiento para el LHC resistente al tratamiento o recidivante es personalizado.

Se recomienda un tratamiento sistémico que incluya un inhibidor del punto de control o brentuximab vedotina (BV). Este se seleccionará según sus antecedentes de tratamiento con estos medicamentos si los hubiera. En este caso, ninguno ha demostrado ser más eficaz que el otro.

Es posible que la manera en que se siente durante el tratamiento y la forma en la que se ve el cáncer durante las exploraciones no coincidan. Con los inhibidores del punto de control, a veces lo que parece progresión (empeoramiento) en las exploraciones es un brote inmunitario. Si un inhibidor del punto de control ayuda a que se sienta mejor, puede seguir tomándolo, incluso si las exploraciones muestran una progresión.

Ensayos clínicos

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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

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

Fases

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

- En los ensayos de fase 1, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un medicamento en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de fase 2, se evalúa el grado en que un medicamento 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 estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de fase 4, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

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

En el mundo

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

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

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

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las reglas 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 del ensayo clínico 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 común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el fármaco 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.

Puntos clave

- El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) que no responde al tratamiento recomendado se describe como una enfermedad primaria resistente al tratamiento.
- El tratamiento para el LHC recidivante o resistente al tratamiento depende de si usted es candidato para recibir quimioterapia de dosis alta con trasplante de células hematopoyéticas (TCH).
- Se recomienda recibir tratamiento en un centro especializado en LHC, preferentemente dentro de un ensayo clínico, para el cáncer recidivante o resistente al tratamiento.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

Preguntas para hacer

- ¿Debería considerar un ensayo clínico?
- ¿Conoce algún ensayo clínico para el que sea elegible?
- ¿Soy candidato para la quimioterapia de dosis alta con TCH?
- Ya recibí inmunoterapia. Si no puedo volver a recibirla, ¿son igual de favorables las otras opciones?

6
Tratamiento para el LHPLN

47 Tratamiento inicial

49 LHPLN recidivante o resistente al tratamiento

50 Puntos clave

50 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) es un tipo poco común de linfoma de Hodgkin. Suele ser de crecimiento lento y puede reaparecer mucho después del tratamiento.

Tratamiento inicial

Tras el diagnóstico, las opciones de tratamiento se basan en el estadio del cáncer y otras características, y pueden ser cualquiera de las siguientes:

- Radioterapia.
- Rituximab (Rituxan).
- Quimioterapia.

El rituximab es un tratamiento con anticuerpos. Se dirige y se une a una proteína (CD20) en la superficie de las células del LHPLN (y de algunas células sanguíneas sanas). Esto ayuda al sistema inmunitario a encontrar y atacar las células cancerosas.

Tumor no voluminoso en estadios 1A y 2A

Se recomienda la radioterapia para tratar estos tumores pequeños en estadio temprano.

Si tuvo cáncer en un solo ganglio linfático y se lo extirparon por completo, se puede omitir de forma segura la radioterapia.

Transformación

Si bien es poco común, un linfoma de crecimiento lento, como el LHPLN, puede transformarse con el tiempo en un linfoma de crecimiento rápido. Esta es una de las razones por las que su médico podría querer realizar una biopsia de médula ósea. El LHPLN tiene mayor probabilidad de transformarse si presenta alguna de estas características al momento del diagnóstico:

- Tumores voluminosos (grandes).
- Cáncer debajo del diafragma.
- Cáncer en el bazo.

El linfoma transformado suele tratarse como un tipo de linfoma no hodgkiniano de crecimiento rápido, llamado linfoma difuso de células B grandes (LDCBG). Obtenga más información en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Tumor voluminoso en estadios 1A y 2A

Aunque es poco común, los tumores en estadio 1A y 2A pueden ser voluminosos. Se recomiendan todos los siguientes tratamientos para los tumores voluminosos en estadio temprano:

- Quimioterapia + rituximab **(Guía 7)**.
- Radioterapia.

Enfermedad en estadio 2A no contigua

La enfermedad en estadio 2A puede ser no contigua. Esto significa que hay cáncer en dos grupos de ganglios linfáticos encima del diafragma, pero los grupos no están uno al lado del otro.

Se recomienda el tratamiento con quimioterapia y rituximab. En algunos casos, se administra radioterapia más el tratamiento sistémico.

La radioterapia como tratamiento único puede ser una opción para ciertas personas con la enfermedad en estadio 2A no contigua.

El tratamiento con rituximab por sí solo puede utilizarse para aliviar el dolor u otros síntomas en algunas personas con la enfermedad en estadio 2A no contigua.

Estadios 1B y 2B

Se recomiendan todos los siguientes tratamientos para el cáncer en estadio 1B y 2B:

- Quimioterapia con rituximab **(Guía 7)**.
- Radioterapia.

La radioterapia como tratamiento único puede ser una opción para una pequeña cantidad de personas con la enfermedad en estadio 1B.

Estadios 3 y 4

Si no presenta síntomas, es seguro llevar un control de los cánceres en estadio 3 y 4 sin tratamiento. O bien, el médico podría recomendar uno de los siguientes tratamientos:

- Quimioterapia con rituximab y, posiblemente, también radioterapia.
- Rituximab como tratamiento único.
- Radiación como tratamiento único para aliviar los síntomas.

Guía 7
Regímenes de tratamiento sistémico de primera línea para el LHPLN

ABVD y rituximab	Incluye doxorrubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina y rituximab
CHOP y rituximab	Incluye ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona y rituximab
CVbP y rituximab	Incluye ciclofosfamida, vinblastina, prednisolona y rituximab
Rituximab como tratamiento único	(una opción para el LHPLN en estadio 3 y 4)

Si la quimioterapia y radioterapia se usan en conjunto, la quimioterapia suele administrarse solo de 2 a 4 meses.

Después de finalizar el tratamiento, se le realizará una tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (TEP/TC) para determinar si el cáncer ha mejorado. Este procedimiento se llama reestadificación.

Si el cáncer mejora, pero aún presenta síntomas, se recomienda la radioterapia (si aún no la ha recibido).

LHPLN recidivante o resistente al tratamiento

El cáncer que no mejora con el tratamiento inicial se describe como resistente al tratamiento. El cáncer que regresa después de un período sin cáncer se describe como recidivante.

Se recomienda recibir tratamiento en un centro con experiencia en este tipo de cáncer poco común, preferentemente dentro de un ensayo clínico.

En caso de LHPLN resistente al tratamiento, o si se sospecha una recidiva, se necesita una biopsia para orientar su atención. Esto implica extraer muestras de al menos un tumor y analizarlas en un laboratorio.

Si el cáncer no se ha transformado, es posible que no necesite tratamiento. Las opciones de atención se basan en el estado de salud general y las características del cáncer. A continuación, se proporcionan los detalles.

Si la biopsia es negativa y no presenta síntomas, se recomienda un período de observación antes de volver a evaluar si hay una recidiva.

No voluminoso y asintomático

Si el cáncer es reducido y no produce síntomas, las opciones incluyen observación, rituximab y radioterapia.

Si se planea administrar rituximab, algunas personas pueden continuar el tratamiento con rituximab solo durante 2 años. Esto se denomina tratamiento de mantenimiento.

Si el cáncer mejora después del tratamiento y no tiene síntomas, se recomienda la observación. Si tiene síntomas, la quimioterapia de dosis alta con rescate de células madre es una opción. Consulte la página 40 para obtener más información sobre este tratamiento.

Guía 8
Regímenes de segunda línea y posteriores para el LHPLN

- Rituximab
- Rituximab + bendamustina
- Rituximab + DHAP (dexametasona, cisplatino, citarabina en dosis alta)
- Rituximab + ICE (ifosfamida, carboplatino, etopósido)
- Rituximab + IGEV (ifosfamida, gemcitabina, vinorelbina)
- Ciertos regímenes de primera línea en la **Guía 7** (si todavía no se usaron)

Si el cáncer no mejora o empeora, se recomienda el tratamiento con rituximab, solo o con quimioterapia. Los regímenes se enumeran en la **Guía 8**.

Voluminoso o sintomático

Si el cáncer es voluminoso (grande) o produce síntomas, se recomienda el tratamiento sistémico de segunda línea. No hay opciones preferidas. El médico le recomendará un régimen según sus antecedentes de tratamiento. Consulte la **Guía 8**.

Además del tratamiento sistémico, su médico puede recomendarle la radioterapia o la quimioterapia de dosis alta con rescate de células madre.

Puntos clave

- El LHPLN es un tipo poco común de linfoma de Hodgkin que suele detectarse a una edad temprana. Con el tiempo, puede convertirse en un linfoma no hodgkiniano de rápido crecimiento.
- El rituximab (Rituxan) es un tratamiento con anticuerpos ampliamente utilizado, solo o en combinación con quimioterapia, para tratar el LHPLN.
- La radioterapia es el tratamiento preferido para la mayoría de los cánceres no voluminosos en estadios 1A y 2A.
- Se recomienda el tratamiento con quimioterapia, rituximab y radioterapia para los cánceres en estadios 1B y 2B y los cánceres voluminosos en estadios 1A y 2A.
- Se recomienda el tratamiento con quimioterapia y rituximab para la mayoría de las personas con cánceres no contiguos en estadio 2A. Puede agregarse la radioterapia.
- Las opciones de tratamiento inicial para el LHPLN en estadios 3 y 4 pueden incluir observación, quimioterapia, rituximab o radioterapia para aliviar los síntomas.
- Después de confirmarse mediante una biopsia, en caso de LHPLN recidivante o resistente al tratamiento, puede realizarse observación o tratamiento con rituximab, quimioterapia, radioterapia o todas estas opciones.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son las posibilidades de que el cáncer se transforme?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes del rituximab?
- ¿Es seguro observar el LHPLN avanzado sin tratamiento?

7
Fin del tratamiento

52 Primeros 5 años

53 Atención a largo plazo (después de 5 años)

57 Puntos clave

57 Preguntas para hacer

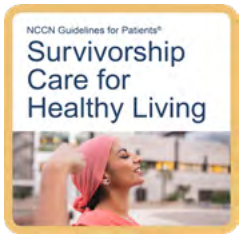
Por lo general, el linfoma de Hodgkin clásico puede curarse. Sin embargo, su tratamiento puede causar otros tipos de cáncer y problemas de salud más adelante. Es importante consultar a un médico que comprenda los problemas de salud y los riesgos que enfrentan los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin.

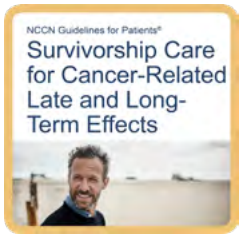
Una vez curado el linfoma de Hodgkin, no existe una estrategia general para la atención de seguimiento. Los tipos de pruebas de vigilancia y la frecuencia con la que deben realizarse se basan en los siguientes factores:

- Edad.
- El estadio del cáncer al momento del diagnóstico.
- Hábitos sociales.
- Antecedentes de tratamiento.

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

- *Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*
- *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*





Primeros 5 años

Durante los primeros 5 años después del tratamiento, es importante controlar la reaparición del linfoma de Hodgkin. A continuación, se explica la atención recomendada durante este período.

Exámenes físicos

Durante los primeros 1 a 2 años, se recomienda un examen físico cada 3 a 6 meses. Luego, se realizan cada 6 a 12 meses hasta 3 años después del tratamiento. Posteriormente, se recomiendan exámenes anuales.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Por lo general, los estudios de diagnóstico por imágenes solo se necesitan si el médico sospecha firmemente que el cáncer ha regresado.

Si es necesario, los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir TC cada 3 a 6 meses durante un máximo de 2 años, o después de 2 años si se sospecha una recidiva.

Es posible que necesite otra TEP/TC si los resultados del último estudio sugirieron una respuesta deficiente al tratamiento. Sin embargo, no se recomienda realizar TEP con regularidad para controlar la reaparición del linfoma de Hodgkin.

Análisis de sangre

No existe un esquema recomendado de análisis de sangre durante los primeros 5 años después del tratamiento. El médico podría solicitar análisis de sangre durante los exámenes físicos o solo si se sospecha una recidiva.

Los análisis de sangre que el médico podría solicitar incluyen hemograma completo (HC), velocidad de sedimentación globular (VSG) y perfil bioquímico. Por lo general, solo se necesita un estudio de VSG

si los resultados iniciales fueron altos. Si recibió radioterapia en el cuello, se recomienda un análisis de tirotropina (TSH) al menos una vez al año.

Atención a largo plazo (después de 5 años)

Algunos efectos secundarios del linfoma de Hodgkin y su tratamiento pueden comenzar años después del tratamiento. Son los llamados efectos tardíos. A continuación, se describen los efectos tardíos más graves que experimentan los sobrevivientes, junto con recomendaciones para controlar su riesgo.

Cuanto más largo sea el período de seguimiento tras finalizar el tratamiento, mayor será la probabilidad de que experimente algunos de estos efectos secundarios. A continuación, se describe la atención a largo plazo recomendada.

Exámenes físicos

Los exámenes físicos siguen siendo una parte importante de la atención de seguimiento. Debe seguir realizándose un examen físico una vez al año.

El médico controlará de cerca los cambios en la presión arterial. Cualquier signo de daño o enfermedad cardíaca debe registrarse y tratarse de inmediato.

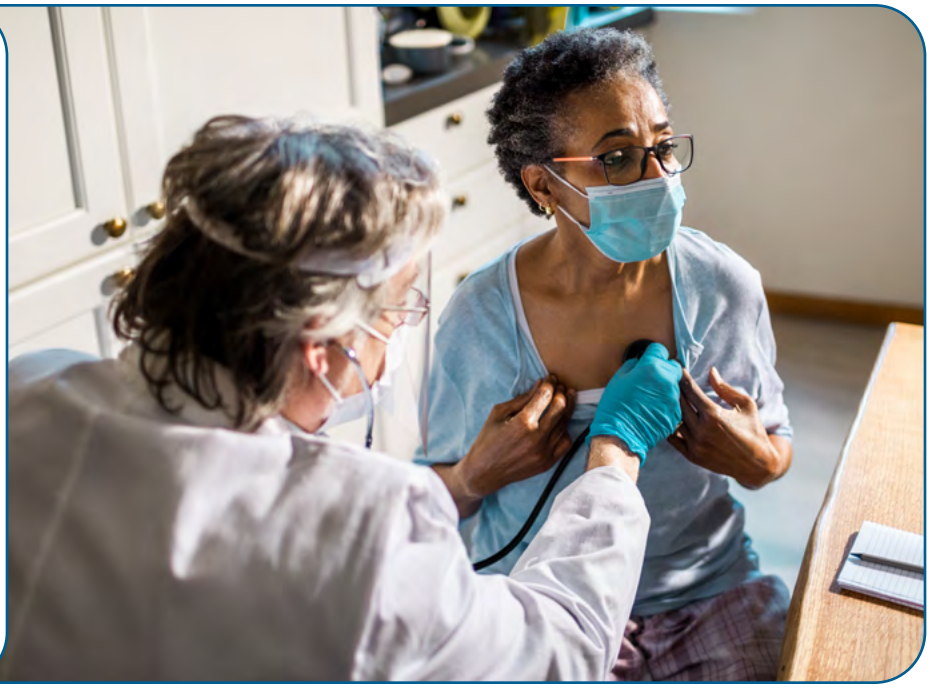
Análisis de sangre

Se recomienda realizar un HC y un perfil bioquímico anual desde el sexto año después del tratamiento. Si recibió radioterapia en el cuello, siga haciéndose un control del nivel de TSH al menos una vez al año.

Debido al mayor riesgo de daño o enfermedad cardíaca con el tiempo, se requieren otros análisis de sangre para detectar trastornos lipídicos y diabetes después de 5 años. Los lípidos son grasas que el cuerpo utiliza para obtener energía. El colesterol es un lípido. Debe hacerse una prueba llamada perfil lipídico dos veces al año. El perfil lipídico generalmente mide lo siguiente:

Exámenes físicos

Los exámenes físicos suelen necesitarse con mayor frecuencia inmediatamente después del tratamiento y, luego, se realizan de manera más espaciada. A partir del tercer año después del tratamiento, se recomienda un examen físico anual.



- Nivel de colesterol total.
- Nivel de triglicéridos.
- Niveles de colesterol “bueno” (HDL) y “malo” (LDL).

La glucosa, un azúcar simple, es la principal fuente de energía del cuerpo. La prueba de glucosa en ayunas mide la cantidad de glucosa en la sangre. Si el nivel es alto, podría ser un signo de diabetes. Si el nivel es bajo, podría ser un signo de hipotiroidismo. Se recomienda realizarse una prueba de glucosa en ayunas una vez al año a partir del sexto año después de finalizar el tratamiento.

Problemas de tiroides

La tiroides es una glándula pequeña con forma de mariposa que se ubica en la parte delantera del cuello. Cerca de la mitad de los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin que reciben radioterapia en el cuello o la parte superior del tórax presentan problemas de tiroides en etapas posteriores de la vida.

El problema más común es que la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Esto se denomina hipotiroidismo o tiroides hipoactiva. Los síntomas incluyen aumento de peso, estreñimiento, piel seca y sensibilidad al frío.

El médico debe realizar un control exhaustivo de la tiroides durante su examen físico anual. Las pruebas de función tiroidea también deben realizarse al menos una vez al año, especialmente en personas que recibieron radioterapia en el cuello.

Exámenes de tiroides

Cerca de la mitad de los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin que recibieron radioterapia en el cuello o la parte superior del tórax presentan problemas de tiroides en etapas posteriores de la vida. Un examen cuidadoso de la tiroides es una parte importante del examen físico anual.



Enfermedad cardíaca

Los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin tienen un mayor riesgo a largo plazo de sufrir problemas cardíacos o vasculares. Esto se denomina enfermedad cardíaca o cardiovascular. Los síntomas de una enfermedad cardíaca pueden comenzar a cualquier edad, pero el daño al corazón o a los vasos sanguíneos suele detectarse en un plazo de 5 a 10 años después de finalizar el tratamiento.

Si recibió radioterapia en la zona interpulmonar, tiene un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca.

El otro factor de riesgo principal es el tratamiento con doxorrubicina, un fármaco de quimioterapia. La doxorrubicina es una antraciclina utilizada en el régimen ABVD y otros regímenes recomendados. Entre otros efectos secundarios, puede causar daño cardíaco.

Se debe tomar la presión arterial al menos una vez al año y controlarse de forma exhaustiva, incluso si no presenta síntomas de enfermedad cardíaca.

El médico podría solicitar una prueba de esfuerzo o una ecografía cardíaca (ecocardiograma) al finalizar el tratamiento. Si recibió radioterapia en el cuello, también podría realizarse una ecografía de la arteria carótida. El objetivo de esta prueba es obtener una evaluación de referencia (inicial) de la salud de su corazón. La prueba podría repetirse cada 10 años y compararse con los resultados de referencia.

Prueba de esfuerzo

Para detectar los signos de una enfermedad cardíaca, puede que deba realizarse una prueba de esfuerzo cada 10 años después de finalizar el tratamiento.



Exámenes de detección para cánceres secundarios

Los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin corren el riesgo de padecer otros tipos de cáncer, especialmente si la radioterapia se incluyó en el tratamiento de primera línea.

Los cánceres secundarios suelen desarrollarse más de 10 años después de finalizar el tratamiento del linfoma de Hodgkin. El cáncer de pulmón y el cáncer de mama son los más comunes. Los cánceres de piel también pueden presentarse en las zonas que se trataron con radiación.

Los exámenes de detección del cáncer de mama es importante para las personas de sexo femenino asignado al nacer que tienen el tejido mamario intacto. Si recibió radioterapia en la zona del tórax o axilas, comience a hacerse mamografías 8 años después de finalizar el tratamiento o a los 40 años (lo que ocurra primero).

Si recibió radioterapia en el tórax entre los 10 y 30 años, se recomienda realizarse **tanto** mamografías **como** resonancias magnéticas (RM) de mamas.

Además de los estudios de diagnóstico por imágenes, un profesional de la salud debe examinarle las mamas una o dos veces al año. También se le recomienda autoexaminar las mamas e informar a su médico sobre cualquier cambio que note. En algunos casos, puede ser recomendable consultar con un mastólogo.

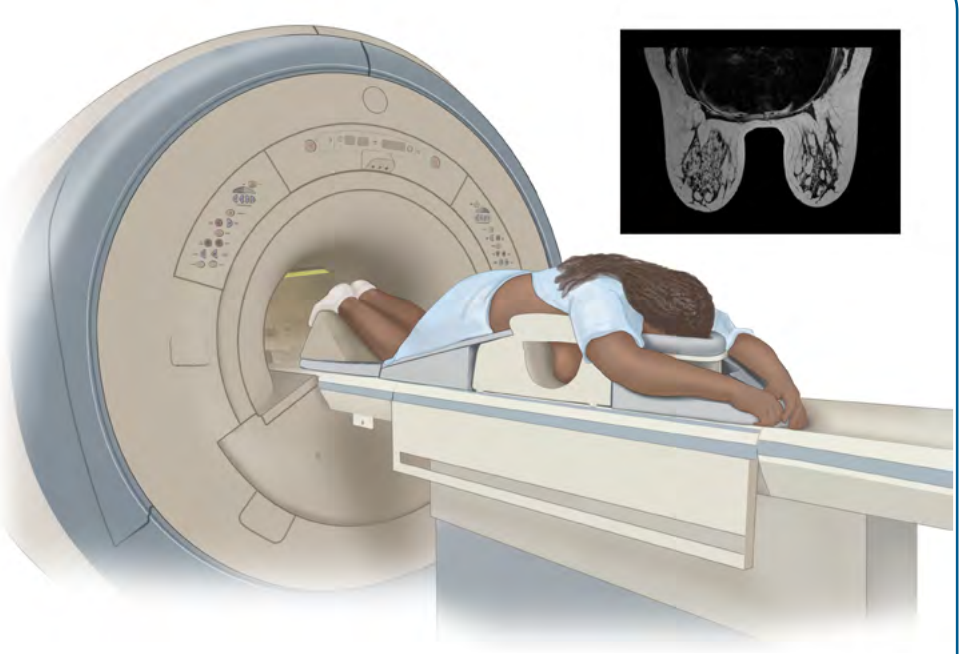
Se recomiendan los exámenes de detección de cáncer cervical, colorrectal, endometrial, de pulmón y de próstata. Los exámenes de detección deben seguir las recomendaciones de NCCN y las de American Cancer Society (ACS).

Vacunas

Todas las personas deben seguir vacunándose contra la influenza (vacuna contra la gripe) cada año y realizarse otras vacunas que sean necesarias.

Exámenes de detección del cáncer de mama

Las personas sobrevivientes del linfoma de Hodgkin de sexo femenino asignado al nacer tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Si recibió radioterapia en el tórax entre los 10 y 30 años, se recomienda realizarse tanto RM de mama (en la imagen) como mamografías.



© 2022 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos.

Puntos clave

- Los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin tienen un mayor riesgo de presentar cánceres secundarios, enfermedades cardíacas y tiroides hipoactiva. La atención de seguimiento es personalizada y se basa en las circunstancias del cáncer que presenta.
- Los exámenes físicos se realizan con mayor frecuencia durante los primeros dos años después del tratamiento. A partir del tercer año, se recomiendan anualmente. Para detectar signos de enfermedad cardíaca, se controlará la presión arterial al menos una vez al año.
- Por lo general, los estudios de diagnóstico por imágenes solo se solicitan si el médico sospecha firmemente que el cáncer ha regresado. Si es necesario, los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir una TC cada 3 a 6 meses por un plazo de 2 años.
- Si recibió radioterapia en el cuello o la parte superior del tórax, podría desarrollar tiroides hipoactiva. Los síntomas incluyen aumento de peso, estreñimiento, piel seca y sensibilidad al frío.
- Las personas sobrevivientes de sexo femenino asignado al nacer que recibieron radioterapia en la zona del tórax deben comenzar a hacerse mamografías 8 años después del tratamiento o a partir de los 40 años (lo que ocurra primero). Si la radiación se recibió entre los 10 y los 30 años, también deben hacerse RM de mama.
- Se recomienda realizar exámenes de detección de cáncer cervical, de pulmón, de piel y de próstata para los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin. Los exámenes de detección deben seguir las recomendaciones de NCCN y las de American Cancer Society (ACS).

Preguntas para hacer

- ¿Qué tan comunes son los cánceres secundarios en los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin?
- Mi régimen de quimioterapia incluyó doxorrubicina. ¿Cuáles son los riesgos?
- ¿Qué más puedo hacer para controlar el riesgo de efectos secundarios tardíos?

8
Otros recursos

59 Qué más hay que saber

59 Qué más hacer

59 Dónde obtener ayuda

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

Qué más hay que saber

Este libro puede ayudarle a mejorar su atención oncológica. En él, se explican con claridad las recomendaciones de los expertos y se sugieren preguntas que puede hacerle a su equipo de atención médica. Pero no es el único recurso que tiene.

Puede recibir tanta información y ayuda como necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Los detalles de su salud y tratamiento.
- Formar parte de un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar un proveedor de atención que sea experto en su campo.
- Afrontar los problemas de salud.

Qué más hacer

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

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted. Consulte la lista y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Dónde obtener ayuda

AnCan Foundation
Ancan.org

Blood & Marrow Transplant Information Network
bmtinfonet.org

Cancer*Care*
Cancercare.org

Cancer Hope Network
Cancerhopenetwork.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

Lymphoma Research Foundation
lymphoma.org

National Bone Marrow Transplant Link (nbmtLINK)
nbmtlink.org

National Coalition for Cancer Survivorship
canceradvocacy.org

NMDP
NMDP.org

The Leukemia & Lymphoma Society
LLS.org/PatientSupport

Triage Cancer
triagecancer.org



Palabras que debe conocer

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

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

biopsia por punción con aguja gruesa
Extracción de una muestra de tejido con una aguja ancha para examinarla bajo un microscopio. También llamada directamente biopsia o punción con aguja gruesa o BAG.

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

ecocardiograma
Ultrasonido 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 enfoques de tratamiento en investigación en las personas.

estadio del cáncer
Una clasificación de la extensión del cáncer en el cuerpo.

factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF)
Un tipo de factor de crecimiento que hace que la médula ósea produzca glóbulos blancos. Se incluye en algunos regímenes de quimioterapia para reforzar el sistema inmunitario.

fatiga
Cansancio intenso a pesar de dormir lo suficiente que limita la capacidad funcional de la persona.

ganglio linfático
Pequeños grupos de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

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 en el tejido linfático.

linfoma contiguo
Linfoma en el que los ganglios linfáticos con cáncer se encuentran uno al lado del otro.

linfoma de Hodgkin clásico (LHC)
El tipo más frecuente del linfoma de Hodgkin. Los subtipos incluyen esclerosis nodular, celularidad mixta, ricos en linfocitos y con depleción linfocítica.

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.

linfoma no contiguo
Linfoma en el que los ganglios linfáticos con cáncer se encuentran del mismo lado del diafragma, pero no uno al lado del otro.

mediastino
Área del tórax situada entre los pulmones.

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

médula ósea
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.

prueba funcional hepática
Prueba que mide las sustancias químicas en la sangre que produce o procesa el hígado.

puntuación de Deauville
Puntuación que se utiliza para describir cómo responde el linfoma de Hodgkin al tratamiento.

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.

síntomas B
Fiebre inexplicable, sudoración nocturna intensa 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)
Estudio que usa rayos x de varios ángulos para tomar imágenes de regiones internas 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)
Un tratamiento que destruye la médula ósea y, luego, la reconstruye con sus células madre sanas. También se denomina tratamiento de dosis alta con rescate de células madre autólogas (TDA/RCMA).

velocidad de sedimentación globular (VSG)
Una prueba para evaluar la inflamación que se basa en la cantidad de líquido transparente que queda en la parte superior de un tubo con sangre después de una hora.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el linfoma de Hodgkin, versión 2.2025. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

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

Erin Vidic, máster en Artes
Redactora médica sénior, Información para pacientes

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La elaboración de NCCN Guidelines® para el linfoma de Hodgkin, versión 2.2025, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Richard T. Hoppe, presidente
Stanford Cancer Institute

Dra. Ranjana H. Advani, vicepresidenta
Stanford Cancer Institute

Dr. Richard F. Ambinder, doctor en Medicina
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Philippe Armand, doctor en Medicina
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dra. Celeste M. Bello, máster en Salud Pública
Moffitt Cancer Center

* Dra. Cecil M. Benitez, doctora en Medicina
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dra. Weina Chen, doctora en Medicina
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Sheen Cherian
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

* Dra. Bouthaina Dabaja
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dra. Megan E. Daly
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Zachary Frosch, master en Ciencias de Políticas de la Salud
Fox Chase Cancer Center

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

* Dr. Neil Hansen
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Alex F. Herrera
City of Hope National Medical Center

Dr. Ephraim P. Hochberg
Mass General Cancer Center

Dra. Iris Isufi
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dr. Patrick B. Johnston, doctor en Medicina
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dra. Kara Kelly
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

* Dr. Christopher R. Kelsey
Duke Cancer Institute

Dra. Vaishalee P. Kenkre
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Justin Kline
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Ryan C. Lynch
Fred Hutchinson Cancer Center

Dra. Kami Maddocks
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center- James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dr. Jonathan McConathy, doctor en Medicina
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. David Morgan
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Carolyn Mulroney
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Alex Niu
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Rachel Rabinovitch
University of Colorado Cancer Center

Dahlia Sano, licenciada en Medicina y Cirugía
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Ali Salavati, máster en Salud Pública
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Harsh Shah, doctor en Medicina Osteopática
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Michael Spinner
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Jakub Svoboda
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dra. Jane N. Winter
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Joachim Yahalom
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Joanna C. Yang, máster en Salud Pública
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

NCCN

Sarah Montgomery, licenciada en Economía
Especialista en Diseño de Guías

Katie Stehman, asistente médica certificada, master en Ciencias Médicas
Científica en Oncología/redactora médica

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

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania
+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio
UH Seidman Cancer Center
+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services
CC Taussig Cancer Institute
+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer
Case CCC
+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 877.442.3324 • youhaveus.org
+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte
+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania
+1 888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana
+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland
+1 410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 480.301.8000 • Arizona
+1 904.953.0853 • Florida
+1 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York
+1 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama
+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University
Chicago, Illinois
+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York
+1 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri
+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 866.278.5833 • stjude.org
+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois
+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org

Comparta su opinión con nosotros.

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

NCCN.org/patients/comments

Índice

alcohol 11

bleomicina 15, 26, 37, 48

cáncer de mama 29, 56

celularidad mixta 37

ecocardiograma 10, 15, 55

embarazo 10, 16, 34–35

enfermedad cardíaca 28–29, 55

ensayo clínico 36, 44–45, 49

fatiga 11, 16

fertilidad 10, 16

fiebre 11–12, 19, 29

inhibidor del punto de control (IPC) 27, 31, 36, 41–43

inmunoterapia 26–27, 31, 36–37, 41, 43

lactancia materna 35

nivolumab (Opdivo) 26–27, 31, 33

picazón 11

pruebas pulmonares 15

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) 28

rituximab (Rituxan) 47–49

síntomas B 11–12, 19, 29, 31, 37

sudoración 11–12, 19, 29

tiroides 53–54

transformación 7, 47, 49

trasplante de células hematopoyéticas (TCH) 40–43, 49–50

velocidad de sedimentación globular (VSG) 12, 29–30, 52–53

virus de Epstein-Barr 37

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 10, 12



NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

Linfoma de Hodgkin en adultos

2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients
fue posible gracias al respaldo de Pfizer Inc.

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-1837-0425