National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

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

Linfoma de Hodgkin en adultos



Gracias al apoyo de National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que enfrentan el cáncer.

Basada en las recomendaciones de atención de los principales expertos en cáncer.

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

Revisada y actualizada cada año.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos trabajan juntos para mejorar la atención del cáncer? Esta alianza de centros oncológicos líderes se llama National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención del cáncer evoluciona constantemente, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones de atención basadas en la evidencia que utilizan profesionales de la salud de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

Las NCCN Guidelines for Patients explican estas recomendaciones de los expertos en un lenguaje claro para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

Estas NCCN Guidelines for Patients se basan en las NCCN Guidelines® sobre el linfoma de Hodgkin, versión 2.2026, del 1 de julio de 2026.

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

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

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

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

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

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



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del linfoma de Hodgkin

9 Capítulo 2
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

17 Capítulo 3
Estadificación, síntomas y factores de riesgo

23 Capítulo 4
Información sobre el tratamiento del linfoma de Hodgkin

31 Capítulo 5
Tratamiento primario para el linfoma de Hodgkin clásico

40 Capítulo 6
Tratamiento del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

46 Capítulo 7
Cuando el tratamiento primario finalice

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

56 Capítulo 9
Otros recursos

60 Palabras que debe conocer

62 Colaboradores de NCCN

63 Centros oncológicos de NCCN

64 Índice

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

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

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer mediante el financiamiento de médicos prometedores del país que se encuentran en el centro de la innovación en la 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 de Hodgkin?

6 ¿Cuáles son los tipos de linfoma de Hodgkin?

7 ¿Cómo se trata el linfoma de Hodgkin?

8 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El linfoma de Hodgkin es un tipo de cáncer de la sangre con una alta tasa de curación. Comienza en una célula sanguínea que presenta cambios genéticos que hacen que crezca de forma anormal. Ciertos virus pueden causar estos cambios. Sin embargo, a veces el motivo del cambio no está claro. El cáncer causa el agrandamiento del ganglio linfático y puede afectar los órganos cercanos.

La mayoría de las personas reciben el diagnóstico entre los 15 y los 30 años, o después de los 55 años.

Esta guía se centra en el tratamiento más reciente del linfoma de Hodgkin en personas de 18 años o más.

¿Qué es el linfoma de Hodgkin?

El linfoma de Hodgkin es un cáncer de células llamadas linfocitos que se encuentran en el sistema linfático. El sistema linfático ayuda al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Forma parte del sistema inmunitario.

El sistema linfático tiene cientos de pequeñas estructuras, llamadas ganglios linfáticos, ubicadas por todo el cuerpo. Hay grupos de ganglios linfáticos:

- Detrás de la oreja
- Alrededor de la mandíbula
- En la base de la cabeza
- A los lados del cuello

¿Qué son los linfocitos?

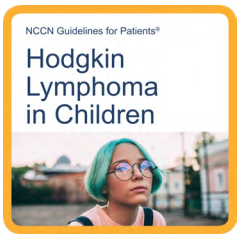
Los linfocitos son un tipo de glóbulo blanco.

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

- En las axilas
- En el tórax
- En el abdomen (vientre) y la pelvis
- En la ingle

El linfoma de Hodgkin se disemina en el líquido linfático que viaja por los vasos de un grupo de ganglios linfáticos al siguiente. También puede diseminarse a otras partes del sistema linfático, como el bazo, el timo y las amígdalas. Si no se trata, se diseminará a tejidos y órganos fuera del sistema linfático. Puede causar una inflamación grave y provocar la muerte.

Este recurso se centra en el linfoma de Hodgkin en personas de 18 años o más. 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.



¿Cuáles son los tipos de linfoma de Hodgkin?

El linfoma de Hodgkin se agrupa en 2 tipos, llamados linfoma de Hodgkin clásico y linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular. Estos tipos pueden crecer y diseminarse de manera diferente. Se tratan de forma diferente. La forma en que se tratan se analiza en estas guías.

Linfoma de Hodgkin clásico

La mayoría de las personas con diagnóstico de linfoma de Hodgkin tienen linfoma de Hodgkin clásico (LHC). No todos los LHC se ven igual con el microscopio, por lo que se usan subtipos para agruparlos según ciertas características. Algunos subtipos son:

- Más frecuentes que otros
- Más propensos a causar síntomas que otros
- Más propensos a encontrarse en ciertas zonas de los ganglios linfáticos

Algunos subtipos de LHC son más frecuentes en:

- niños, adolescentes o adultos jóvenes;
- personas mayores de 60 años;
- personas con VIH;
- personas con un sistema inmunitario debilitado.

El subtipo más frecuente es el LHC de esclerosis nodular.

Información útil:

En general, el subtipo de LHC no afecta la planificación del tratamiento. No obstante, los tratamientos pueden ser diferentes para:

- niños, adolescentes y adultos jóvenes;
- personas mayores de 60 años (consulte el Capítulo 5);
- personas embarazadas (consulte el Capítulo 5).

Linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

Solo alrededor de 1 de cada 20 personas con linfoma de Hodgkin tiene linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN). Este tipo poco frecuente tiende a crecer lentamente. Puede transformarse en un tipo de linfoma más agresivo que requiere tratamiento urgente con quimioterapia.

¿Cómo se trata el linfoma de Hodgkin?

Los primeros pasos incluyen un análisis de laboratorio y estudios de diagnóstico por imágenes. Estas pruebas se analizarán en el próximo capítulo. Los resultados se usan para elaborar un plan de tratamiento, que puede incluir un ensayo clínico.

Plan de tratamiento

El tratamiento sistémico que consiste en quimioterapia, y posiblemente inmunoterapia, es eficaz y se utiliza ampliamente para el linfoma de Hodgkin.

En el caso del LHPLN, puede realizarse una cirugía para obtener una muestra de tejido y confirmar el diagnóstico. La cirugía no se utiliza para tratar el cáncer. El tratamiento sistémico es necesario.

Otros tratamientos que puede recibir:

- Radioterapia, después del tratamiento sistémico.
- Quimioterapia de dosis alta con trasplante de células (madre) hematopoyéticas (TCH), que puede administrarse para tratar el cáncer que reaparece tras el tratamiento primario. Puede leer más sobre el TCH en el *Capítulo 8: Si el linfoma de Hodgkin clásico reaparece o no responde al tratamiento*.

Después del tratamiento

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

Inflamación de los ganglios linfáticos

Los ganglios linfáticos inflamados son comunes, especialmente en el cuello. Esto puede ocurrir si tiene un resfriado u otra infección leve. Sin embargo, pueden ser un signo de cáncer, especialmente si hay otros síntomas.

Los síntomas comunes del linfoma de Hodgkin se analizan más adelante en esta guía.



¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

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

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

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Por eso, incluimos sugerencias de preguntas al final del capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

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

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

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

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

2

Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

10 Pruebas para confirmar el linfoma de Hodgkin

10 Pruebas para planificar el tratamiento

14 Otras inquietudes antes de comenzar el tratamiento

16 Puntos clave

16 Preguntas para hacer

En este capítulo, conocerá las pruebas que se usan para diagnosticar y estadificar el linfoma de Hodgkin.

Las pruebas ayudan a su equipo de atención médica a determinar si tiene linfoma de Hodgkin clásico (LHC) o linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) y a decidir el tratamiento.

Pruebas para confirmar el linfoma de Hodgkin

Se necesita una biopsia de los ganglios agrandados para diagnosticar el linfoma de Hodgkin.

Una biopsia es un procedimiento en el que se extrae tejido para detectar cáncer. Para detectar el linfoma de Hodgkin, se extraen y analizan uno o más ganglios linfáticos. Esto se llama biopsia de ganglios linfáticos por escisión.

Algunas personas se someten a una biopsia por punción con aguja gruesa en lugar de una biopsia de ganglios linfáticos por escisión. Este método usa una aguja para extraer una muestra de tejido de un ganglio linfático. El ganglio linfático en sí no se extrae.

Análisis del tejido del ganglio linfático extraído

Un anatomopatólogo examina el tejido extraído en un laboratorio. Un anatomopatólogo es un experto que estudia células, tejidos y órganos con el microscopio en un laboratorio.

Busca proteínas en la superficie de las células que se ven en la muestra de tejido. Es posible hacer un diagnóstico según las proteínas que se pueden ver (y no ver) utilizando esta técnica.

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) y el linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) se diagnostican según las proteínas que pueden observarse (y las que no).

Pruebas para planificar el tratamiento

La mayoría de las pruebas que se explican en esta sección se realizan antes de planificar el tratamiento. Para obtener una descripción general, consulte la Guía 1.

Antecedentes médicos y examen físico

Su equipo de atención médica evaluará sus antecedentes de salud y le realizará un examen físico. También evaluará su capacidad para realizar las actividades diarias y cuidarse por su cuenta.

Por lo general, los ganglios linfáticos no se pueden ver ni palpar, pero el linfoma de Hodgkin puede hacer que se agranden. El profesional de atención médica 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.

Análisis de sangre

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

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

Se usan análisis de sangre adicionales para detectar lo siguiente:

- Una proteína llamada lactato deshidrogenasa que puede ser un signo de daño celular causado por cáncer u otros problemas de salud.
- VIH.
- Hepatitis B y C, especialmente si su equipo de atención médica considera que puede tener riesgo de padecer estas enfermedades.
- Otros signos de infección.

Guía 1
Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin

Necesario para la planificación del tratamiento	• Antecedentes médicos y examen físico • Análisis de sangre, incluida la prueba del VIH • TEP/TC con FDG • Asesoramiento y análisis de las inquietudes
Puede ser necesario para la planificación del tratamiento	• Estudios de diagnóstico por imágenes adicionales (TC, radiografía de tórax, RM, RM/TEP con FDG) • Pruebas de función pulmonar • Prueba de embarazo (si puede quedar embarazada y se planifica administrar quimioterapia o radioterapia) • Procedimientos para preservar la fertilidad • Análisis de sangre para hepatitis B y C • Biopsia de médula ósea

Estudios de diagnóstico por imágenes

En los estudios de diagnóstico por imágenes, se toman fotografías de zonas internas del cuerpo, que ayudan a estadificar el cáncer y a decidir el estado de riesgo. La estadificación y los factores de riesgo se abordarán en el Capítulo 3. Su equipo también usará las imágenes para ver dónde puede estar el cáncer en su cuerpo.

Toda persona diagnosticada con linfoma de Hodgkin se someterá a una o más TEP. Estas exploraciones se analizarán más adelante en esta sección. Para entender las TEP, es importante conocer los estudios de diagnóstico por imágenes de TC y RM. Estas se explican a continuación.

TC y RM

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son estudios de diagnóstico por imágenes que se usan para el linfoma de Hodgkin.

- 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 zonas internas del cuerpo. No utiliza radiación.
- La TC o la RM pueden combinarse con las imágenes de TEP (que se explican a continuación).

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

TEP/TC

Las exploraciones por TEP tienen un papel fundamental en el tratamiento del linfoma de Hodgkin. Se usan para la estadificación y para ver qué tan bien está funcionando el tratamiento.

En la foto, se muestra un tomógrafo computarizado.



TEP/TC con FDG o RM/TEP con FDG

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

- Estadificar el cáncer.
- Evaluar la respuesta al tratamiento primario, reestadificar y planificar los próximos pasos.

La forma en que se reestadifica el linfoma de Hodgkin se detalla en el *Capítulo 3: Estadificación, síntomas y factores de riesgo*.

Radiografía de tórax

En algunos casos, una radiografía de tórax puede ayudar a detectar ganglios linfáticos agrandados. Los hallazgos de una radiografía de tórax generalmente deben confirmarse con otros estudios por imágenes.

Ecocardiograma o exploración por MUGA

Si se planifica quimioterapia con doxorrubicina, un tipo de medicamento que podría afectar su corazón, se le hará un ecocardiograma (o eco) o una ventriculografía isotópica (MUGA).

El ecocardiograma es una ecografía del corazón. Una ecografía es un estudio de diagnóstico por imágenes que usa ondas sonoras para ver el interior del cuerpo.

En una prueba MUGA, se coloca una pequeña cantidad de marcador radioactivo en una de sus venas. Este marcador se mueve por el cuerpo a medida que late el corazón mientras una cámara especial toma imágenes.

¿Qué es la doxorrubicina?

La doxorrubicina (Adriamycin) es un medicamento que se usa para tratar algunos tipos de cáncer.

Entre sus efectos secundarios, puede causar daño cardíaco.

Pruebas de función pulmonar

Se recomiendan pruebas de función pulmonar si el tratamiento incluye bleomicina, un medicamento de quimioterapia que puede dañar los pulmones. Se le hará una prueba de difusión de gases que consiste en inhalar un gas inofensivo y medir cuánto se elimina. Estas pruebas indican la cantidad de oxígeno que llega a la sangre desde los pulmones.

Biopsia de médula ósea

Si el cáncer es avanzado o tiene recuentos de células sanguíneas inferiores a lo normal, y una TEP no indica cáncer en la médula ósea, puede realizarse una biopsia de médula ósea.

Embarazo

Si puede quedar embarazada, se le realizará una prueba de embarazo como parte de la evaluación del linfoma de Hodgkin antes de comenzar cualquier tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

Otras inquietudes antes de comenzar el tratamiento

Tabaquismo, vapeo y consumo de sustancias

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

Para las personas con cáncer, dejar de fumar tiene beneficios adicionales. Esto incluye mejores resultados del tratamiento y menos efectos secundarios relacionados con el tratamiento. La bleomicina, un medicamento que puede usarse para tratar el linfoma de Hodgkin, puede causar inflamación de los pulmones. Fumar y vapear pueden ser peligrosos en las personas tratadas con bleomicina.

Fertilidad

La fertilidad es la capacidad de una persona de tener hijos. Si piensa tener hijos en el futuro y no sabe si el tratamiento afectará su fertilidad, hable de esto con su equipo de atención médica.

Los tratamientos para preservar la fertilidad pueden ayudar a conservar y proteger óvulos, espermatozoides o tejido reproductivo.

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

Malestar emocional

El malestar emocional es común entre las personas con cáncer. La lista de problemas y el termómetro de malestar emocional de NCCN son herramientas de detección reconocidas entre los profesionales de la atención oncológica. Se ha demostrado que ayudan a detectar el malestar emocional y a evaluar la intensidad y las formas en que este problema afecta su vida.

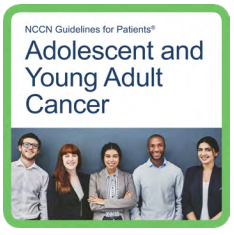
Necesidades de supervivencia

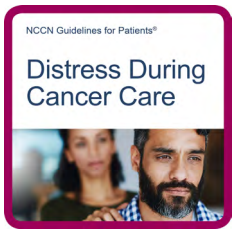
La supervivencia comienza en el momento del diagnóstico de cáncer y continúa a lo largo de la vida. Los sobrevivientes de linfoma de Hodgkin incluyen a las personas a las que recién se les diagnostica, a quienes están en tratamiento y a quienes han recibido tratamiento para el linfoma de Hodgkin y no presentan cáncer. Los sobrevivientes pueden tener diferentes necesidades e inquietudes, según, en parte, la fase de supervivencia en la que se encuentren.

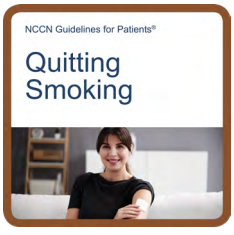
Para obtener más información sobre cuestiones de supervivencia, consulte el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice.*

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

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







Tratamiento complementario

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

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

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

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

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

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



Puntos clave

- Para diagnosticar el linfoma de Hodgkin suele usarse una biopsia de ganglios linfáticos por escisión o una biopsia por punción con aguja gruesa.
- El tejido del ganglio linfático que se extrae durante una biopsia ayuda a determinar si el cáncer es un linfoma de Hodgkin clásico o con predominio linfocítico nodular.
- Los análisis de sangre brindan información sobre la inflamación o infección, la enfermedad y la salud de los tejidos y órganos del cuerpo.
- Las exploraciones por TEP/TC se utilizan para determinar el estadio de la enfermedad y qué tan bien está funcionando el tratamiento.
- Muchas personas con linfoma de Hodgkin necesitan que se les analicen el corazón y los pulmones para determinar si pueden recibir ciertos medicamentos de quimioterapia. El embarazo también afecta la planificación del tratamiento.
- Hay métodos de conservación de la fertilidad disponibles si el tratamiento pudiera afectar su fertilidad.

Preguntas para hacer

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



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

NCCN.org/patients/comments

3

Estadificación, síntomas y factores de riesgo

18 Estadificación para la planificación del tratamiento

19 Síntomas del linfoma de Hodgkin

20 Factores de riesgo en el tratamiento del LHC en estadio temprano (estadios 1 y 2)

20 Reestadificación para los próximos pasos en la planificación del tratamiento

22 Su equipo de atención médica

22 Puntos clave

22 Preguntas para hacer

Cada cáncer es diferente. Las características que se observan en el linfoma de Hodgkin de una persona pueden no observarse en otra persona con el mismo diagnóstico.

En este capítulo, conocerá algunos factores que los equipos de atención médica tienen en cuenta al planificar el tratamiento primario. Si es posible, expertos en diferentes áreas del tratamiento del cáncer (un equipo multidisciplinario) participarán en la planificación del tratamiento.

En general:

- Linfoma de Hodgkin clásico (LHC): la estadificación y los factores de riesgo determinan el tratamiento.
- Linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN): la estadificación, los síntomas y otros aspectos (pero no los factores de riesgo) determinan el tratamiento.

Los tipos de tratamientos se explican en el Capítulo 4.

Estadificación para la planificación del tratamiento

Antes de comenzar el tratamiento, su equipo de atención médica determinará si el cáncer se ha diseminado y hasta dónde. Este proceso se conoce como estadificación. Para asignar el estadio, se evalúan los resultados del examen físico y de los estudios de diagnóstico por imágenes.

La función del diafragma en la estadificación

El diafragma es un músculo delgado que se encuentra debajo de los pulmones y el corazón. Se puede considerar como una línea divisoria entre el pecho y el abdomen (vientre). La estadificación se determina, en parte, según si el cáncer se encuentra en uno o ambos lados del diafragma.

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

Guía 2
Linfoma de Hodgkin: estadios del cáncer

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

¿Qué significan los números?

La estadificación utiliza los números del 1 al 4 según dónde se detecte el cáncer en el cuerpo:

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

¿El cáncer está en estadio temprano o avanzado?

Los estadios 1 y 2 se consideran linfoma de Hodgkin en estadio temprano. Los estadios 3 y 4 se consideran avanzados.

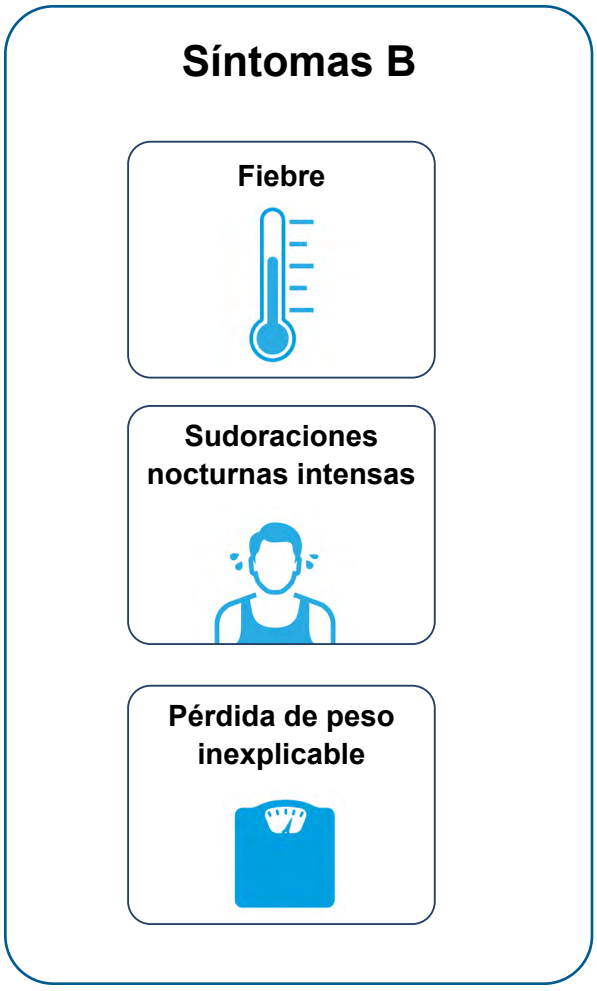
¿Qué significa A o B después de un número de estadio?

La letra “A” después del estadio significa que el cáncer no está causando síntomas.

La letra “B” después del estadio significa que el cáncer está causando síntomas B. Los síntomas B se explican en la siguiente sección.

Síntomas del linfoma de Hodgkin

El linfoma de Hodgkin puede causar síntomas. A menudo, el primer síntoma es uno o más ganglios linfáticos inflamados en el cuello, el tórax o las axilas. Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas con forma de frijol que filtran los gérmenes y las células dañinas, incluidas las células cancerosas.



El linfoma de Hodgkin también puede afectar otros órganos, como el hígado, los pulmones, los huesos o la médula ósea.

Síntomas B

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

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

Otros síntomas

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

- Picazón en la piel
- Cansancio extremo
- Dolor en el tórax o en los ganglios linfáticos con el consumo de alcohol

Factores de riesgo en el tratamiento del LHC en estadio temprano (estadios 1 y 2)

Las recomendaciones para los primeros tratamientos del LHC en estadios 1 y 2 dependen de si están presentes los siguientes factores de riesgo:

- Edad (menos de 50 años o 50 años o más).
- Análisis de sangre que indican inflamación (velocidad de sedimentación globular alta) y síntomas B.
- Tener un tumor grande en el centro del tórax.
- Tener linfoma fuera de los ganglios linfáticos (como en el pulmón).
- Tener tumores voluminosos (mayores de 10 centímetros). Diez centímetros equivalen a unas 4 pulgadas.

Según estos factores de riesgo, los tipos de cáncer se dividen en uno de dos grupos: favorable o desfavorable.

¿Qué es un grupo de factores de riesgo?

El **LHC en estadios 1 y 2 sin factores de riesgo** generalmente requiere un tratamiento menos intensivo para controlar el cáncer. Por eso, el LHC sin factores de riesgo se llama favorable.

El **LHC en estadios 1 y 2 con factores de riesgo** generalmente requiere un tratamiento más intensivo para controlar el cáncer. Por eso, el LHC con factores de riesgo se llama desfavorable.

¿Qué factores de riesgo se aplican al cáncer que tengo?

Hable sobre esto con su equipo de atención médica. No existe un único sistema de puntuación de factores de riesgo que usen todos los expertos en cáncer.

Su equipo también puede considerar la cantidad de zonas de ganglios linfáticos afectadas al tomar decisiones sobre los factores de riesgo.
Los grupos siempre están cambiando a medida que hay nuevos datos disponibles.

Reestadificación para los próximos pasos en la planificación del tratamiento

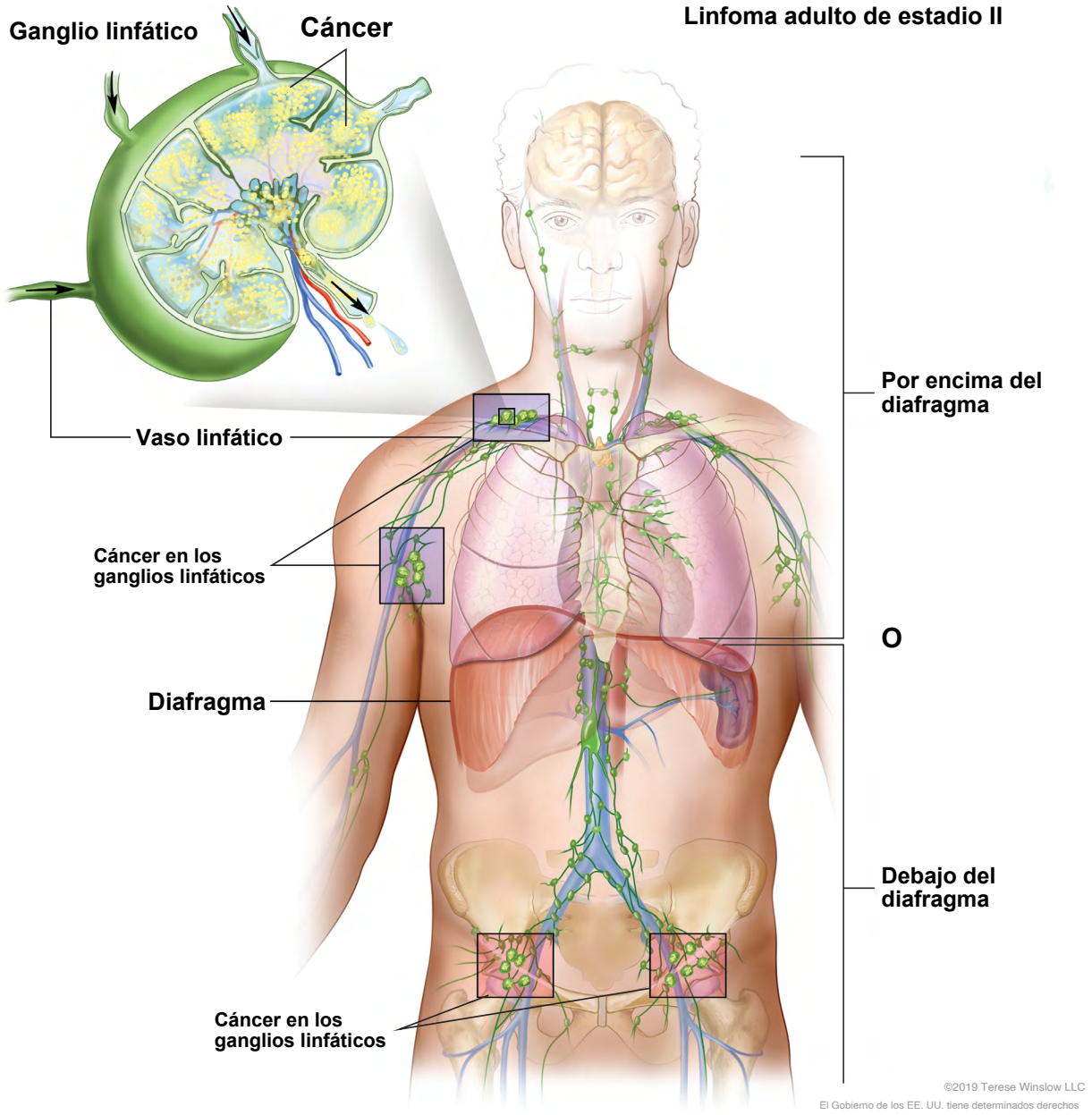
Después del tratamiento sistémico, se solicitará una TEP con FDG para ver si el tratamiento está funcionando y qué tan bien, es decir, si el cáncer está respondiendo al tratamiento.

Luego, el cáncer se reestadifica. Esto ayuda a su equipo de atención médica a tomar decisiones sobre los próximos pasos.

Linfoma de Hodgkin en estadio 2

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

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



Su equipo de atención médica

NCCN recomienda que un equipo multidisciplinario maneje el tratamiento del linfoma de Hodgkin.

Un equipo multidisciplinario está formado por especialistas de diferentes campos de la medicina. Al trabajar juntos, el equipo aporta el mejor conocimiento de todas las áreas para tomar decisiones sobre su tratamiento.

Su equipo de atención médica puede incluir a los siguientes especialistas:

- **Hematólogo u oncólogo hematólogo**: diagnostica y trata las afecciones y los tipos de cáncer de la sangre.
- **Radiooncólogo**: diagnostica y trata el cáncer con radioterapia.
- **Oncólogo clínico**: diagnostica y trata el cáncer.
- **Especialista en medicina nuclear**: un radiólogo que usa materiales radioactivos (como la FDG) para diagnosticar, estadificar y tratar enfermedades, incluidos ciertos tipos de cáncer.
- **Anatomopatólogo**: analiza las células, los tejidos y los órganos extraídos durante una biopsia.
- **Radiólogo**: interpreta los resultados de las TC, las RM y otros estudios de diagnóstico por imágenes, y realiza biopsias guiadas por imágenes según sea necesario.
- **Trabajador social o profesional de la salud mental**: brinda apoyo emocional, información sobre recursos financieros y asesoramiento.
- **Endocrinólogo** y especialista en fertilidad/reproducción: explica las opciones de conservación de la fertilidad, como la manera en que se realiza, los índices de éxito, el momento oportuno y el costo.

Puntos clave

- Si hay cáncer en un solo grupo de ganglios linfáticos, está en estadio 1.
- Si el cáncer se ha diseminado a más grupos de ganglios linfáticos del mismo lado del diafragma, está en estadio 2.
- Si se detecta cáncer en ganglios linfáticos por encima y por debajo del diafragma, está en estadio 3.
- Si el cáncer se ha diseminado a varias 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).
- Los factores de riesgo incluyen la edad, los síntomas B y el tamaño del linfoma.
- La reestadificación ayuda a los equipos de atención médica a tomar decisiones sobre los próximos pasos según si el cáncer está respondiendo al tratamiento.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra el cáncer?
- ¿Tengo factores de riesgo?
- ¿Se ha extendido debajo del diafragma?
- Si el cáncer se extiende, ¿el estadio cambia?
- ¿Mi biopsia fue revisada por un anatomopatólogo con experiencia en tipos de cáncer de la sangre?

4

Información sobre el tratamiento del linfoma de Hodgkin

24 ¿Qué es el tratamiento primario?

24 Si el linfoma de Hodgkin reaparece (recidiva) después del tratamiento primario

25 Tipos de terapias que puede recibir

29 Ensayos clínicos

30 Puntos clave

30 Preguntas para hacer

En este capítulo, leerá sobre los tipos de tratamiento del linfoma de Hodgkin. También conocerá los ensayos clínicos, que pueden formar parte de su plan de tratamiento si el cáncer no responde al tratamiento o reaparece después de que este finalice.

El tratamiento primario se considera el tratamiento habitual. Eso significa que es el tratamiento aceptado y de uso generalizado.

¿Qué es el tratamiento primario?

El tratamiento primario es el primer tratamiento administrado. También se llama tratamiento o terapia de primera línea. El tratamiento primario puede ser un tipo de terapia o un conjunto de terapias.

El tratamiento primario del linfoma de Hodgkin puede incluir:

- Tratamiento sistémico y radioterapia.
- TEP con FDG, biopsias o ambas para reestadificar el cáncer mientras se está tratando, para ver si las terapias utilizadas están funcionando. Si están funcionando, significa que el cáncer está respondiendo al tratamiento.
- Terapia adicional después de la reestadificación.

Si el linfoma de Hodgkin responde al tratamiento primario

Los próximos pasos pueden incluir:

- Atención de mantenimiento: tratamiento destinado a evitar que el cáncer reaparezca.
- Atención de seguimiento: incluye exámenes físicos, análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes u otras pruebas. El objetivo de la atención de seguimiento es controlar su salud general, vigilar los signos de que el cáncer reapareció y manejar cualquier efecto secundario.
- Observación: a veces se denomina conducta expectante. Durante un período de observación, no se administra ningún tratamiento.

Si el linfoma de Hodgkin no responde al tratamiento primario

A veces, el cáncer no responde al tratamiento primario. Este tipo de cáncer se llama resistente al tratamiento.

Se usan TEP con FDG, biopsias o ambas para ver si el tratamiento está funcionando. Si no está funcionando, estas pruebas se usan para reestadificar el cáncer.

Pueden administrarse terapias de segunda línea. Estas pueden incluir el tratamiento sistémico y la radioterapia.

Si el linfoma de Hodgkin reaparece (recidiva) después del tratamiento primario

Si el cáncer reaparece después del tratamiento primario o deja de responder al tratamiento primario, se llama recidiva. Su equipo de atención médica puede sugerir el tratamiento en un ensayo clínico si hay uno disponible. Los ensayos clínicos se explican más adelante en este capítulo.

Si un ensayo clínico no es una opción de tratamiento:

- Es posible que reciba quimioterapia de dosis alta seguida de un trasplante de células (madre) hematopoyéticas. Esto se analizará en detalle en la siguiente sección.
- Se usan TEP con FDG, biopsias o ambas para reestadificar el cáncer.
- Después de reestadificar el cáncer, pueden administrarse ciclos adicionales de tratamiento sistémico u otros esquemas terapéuticos.

Tipos de terapias que puede recibir

Tratamiento sistémico

Con el tratamiento sistémico, los medicamentos viajan por el torrente sanguíneo para tratar el cáncer.

- La **quimioterapia** es el tipo más común de tratamiento sistémico que se usa para destruir las células cancerosas. Puede dañar tanto las células sanas como las cancerosas. Debido a ello, puede causar efectos secundarios graves.
- La **inmunoterapia** es otro tipo de tratamiento sistémico. Puede leer más sobre la inmunoterapia más adelante en esta sección.

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

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- Los **tratamientos que se usan en ciertos casos** funcionan mejor para personas con características específicas del cáncer o circunstancias de salud específicas.

El linfoma de Hodgkin se trata con mayor frecuencia con tratamiento sistémico.
El tratamiento sistémico puede combinarse con la radioterapia, que se analizará más adelante en este capítulo. Los esquemas usados con mayor frecuencia se enumeran en la **Guía 3** del próximo capítulo.

¿Qué es un esquema de tratamiento sistémico?

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

Los esquemas de tratamiento sistémico pueden administrarse lentamente por infusión IV. A veces, se administran como inyecciones rápidas o comprimidos orales.

Los esquemas de tratamiento sistémico para el linfoma de Hodgkin pueden incluir:

- Uno o varios medicamentos de quimioterapia.
- Corticoesteroides (por ejemplo, prednisona o prednisolona).
- Brentuximab vedotina, una inmunoterapia dirigida. Si se incluye este tratamiento, se recomienda un medicamento para prevenir una infección fúngica en los pulmones.
- Factor estimulante de colonias de granulocitos, un tipo de medicamento que se usa comúnmente después de la quimioterapia para ayudar a producir más glóbulos blancos. Esto ayuda a su sistema inmunitario a combatir los gérmenes que pueden causar infecciones y enfermedades.
- Inhibidores del punto de control inmunitario (medicamentos de inmunoterapia).

Si nunca ha recibido inmunoterapia, se prefiere un esquema que incluya un inhibidor del punto de control inmunitario (un tipo de inmunoterapia) (a menos que haya un motivo por el cual no pueda recibir este tipo de terapia). Los esquemas recomendados se enumeran en la **Guía 3**.

¿Qué es la inmunoterapia?

La inmunoterapia aumenta la actividad de su sistema inmunitario, lo que mejora la capacidad del cuerpo para detectar y destruir las células cancerosas. Puede usarse para el tratamiento primario o para tratar el cáncer que reaparece (recidiva) o deja de responder al tratamiento (resistente al tratamiento).

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

La **quimioterapia** elimina las células cancerosas.

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

Los inhibidores del punto de control inmunitario constituyen un tipo de inmunoterapia. Estos inhibidores del punto de control inmunitario pueden usarse para tratar el linfoma de Hodgkin:

- Nivolumab (Opdivo)
- Pembrolizumab (Keytruda)
- Tislelizumab-jsgr (Tevimbra)
- Rituximab (Rituxan), para el linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

Al igual que otros tratamientos oncológicos, la inmunoterapia con inhibidores del punto de control inmunitario puede causar efectos secundarios. Puede obtener información sobre estos efectos secundarios y cómo se manejan en *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.



Tratamiento de dosis alta con trasplante de células (madre) hematopoyéticas

El tratamiento de dosis alta puede usarse para tratar el linfoma de Hodgkin que ha reaparecido después del tratamiento o cuando no responde a este.

La gran cantidad de terapia administrada destruye las células hematopoyéticas, que se encuentran en la médula ósea.

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

¿Qué es una célula hematopoyética?

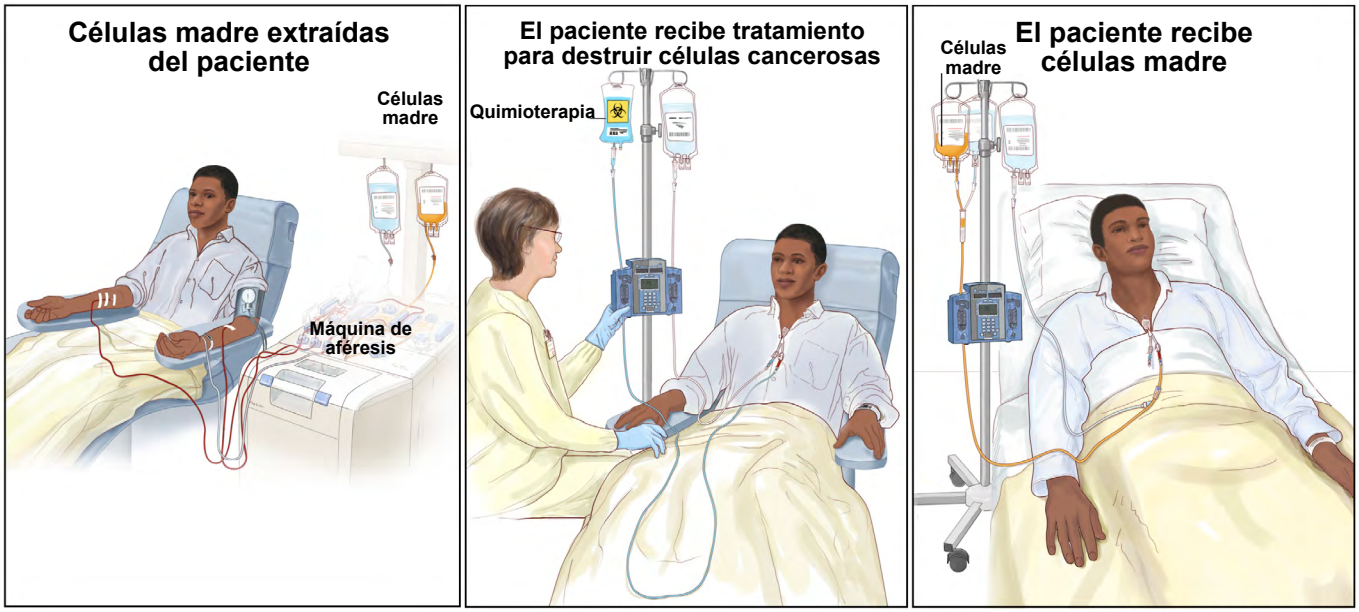
Una célula inmadura que puede transformarse en cualquier tipo de célula sanguínea.

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

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

Trasplante de células hematopoyéticas

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



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

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

Este procedimiento puede llamarse:

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

En ciertos casos, las células hematopoyéticas se donan de otra persona para el trasplante. Esto se llama TCH alogénico. Puede considerarse si el cáncer no responde al tratamiento recomendado.

Radioterapia

Además del tratamiento sistémico, la radioterapia suele usarse para tratar el linfoma de Hodgkin. Destruye las células cancerosas existentes y evita 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.

Algunas personas pueden recibir métodos basados en partículas, como el tratamiento de protones. Esta terapia es especialmente común en personas más jóvenes con linfoma en el tórax, 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 decide qué tipo de radiación utilizar en función de dónde se originó el cáncer en el cuerpo.

Radioterapia

Además del tratamiento sistémico, la radioterapia suele usarse para tratar el linfoma de Hodgkin.



Ensayos clínicos

¿Qué es un ensayo clínico?

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

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

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

Fases

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

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



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

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

clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI

+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)

cancer.gov/contact

¿Quién puede inscribirse?

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

Consentimiento informado

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

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierto por el seguro.

Puntos clave

- El tratamiento primario, o terapia de primera línea, es el primer tratamiento que se usa para el linfoma de Hodgkin.
- Las terapias de segunda línea se usan si el linfoma de Hodgkin no responde al tratamiento primario.
- La reestadificación ayuda a los equipos de atención médica a planificar los próximos pasos del tratamiento primario.
- La quimioterapia y la inmunoterapia son tipos de tratamiento sistémico que se usan para tratar el linfoma de Hodgkin.
- La radioterapia a menudo se usa con el tratamiento sistémico.
- El cáncer que no responde al tratamiento primario se llama resistente al tratamiento. El cáncer que reaparece después de finalizado el tratamiento primario se llama recidiva.
- Los ensayos clínicos son estudios de investigación médica que pueden ofrecer opciones de tratamiento a las personas con cáncer.

Preguntas para hacer

- ¿Sabe si hay ensayos clínicos que puedan ser adecuados para mí?
- ¿Qué esquema de tratamiento sistémico me recomienda? ¿Interrumpirá o cambiará los esquemas si aparecen efectos secundarios graves?
- ¿Necesitaré radioterapia después del tratamiento sistémico?
- De ser así, ¿cuánto durará la radioterapia? ¿Qué zonas se tratarán?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que el cáncer reaparezca?

5
Tratamiento primario para el linfoma de Hodgkin clásico

32 Sobre el tratamiento primario

32 Para el LHC temprano (estadios 1 y 2)

34 Para el LHC avanzado (estadios 3 y 4)

36 Si está embarazada

37 Si tiene más de 60 años

38 Puntos clave

39 Preguntas para hacer

En este capítulo, encontrará información sobre el tratamiento primario del LHC en estadios temprano y avanzado. También se analizan las recomendaciones de tratamiento para las personas embarazadas y para las personas mayores de 60 años.

Sobre el tratamiento primario

El tratamiento primario para el linfoma de Hodgkin clásico (LHC) incluye tratamiento sistémico. A veces, también se usa la radioterapia.

Después del tratamiento, el cáncer se reestadifica con TEP/TC con fluorodesoxiglucosa (FDG) para saber si está respondiendo a la terapia.

Puntuación de Deauville

En el caso del LHC, se asigna una puntuación de Deauville a la TEP. Los próximos pasos se basan en esa puntuación.

¿Qué es la puntuación de Deauville?

La puntuación de Deauville se basa en un sistema estandarizado de 5 puntos que los radiólogos usan para determinar cuánto marcador FDG absorben las zonas que podrían ser cáncer.

En general:

- **Una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3 significa que no hay signos de cáncer.** La enfermedad respondió por completo al tratamiento.
- **Una puntuación de Deauville de 4 o 5 significa que existe preocupación de que quede cáncer.** Es posible que la enfermedad no haya respondido por completo al tratamiento.

Sobre Deauville 4 y 5

Si la puntuación de Deauville es 4 o 5, su equipo de atención médica tomará decisiones sobre los próximos pasos según su experiencia, además de las recomendaciones basadas en la puntuación.

Esto se debe a que, a veces, las TEP detectan otras zonas inusuales (anomalías) que no son cáncer. Estas zonas pueden estar relacionadas con la inflamación, una infección o la propia inmunoterapia.

Si se necesita una biopsia

Durante la reestadificación, si se asigna una puntuación de Deauville de 5 (y a veces de 4), a menudo se realiza una biopsia. Si la biopsia muestra:

- **Ausencia de signos de LHC**, su equipo de atención médica tomará decisiones sobre los próximos pasos, que pueden incluir la radiación. Luego, comenzará la atención de seguimiento;
- **Signos de LHC**, se recomienda el tratamiento para la enfermedad resistente al tratamiento (tratamiento de segunda línea).

Para el LHC temprano (estadios 1 y 2)

Su equipo de atención oncológica recomendará un plan de tratamiento según estos factores de riesgo:

- Su edad.
- Sexo asignado al nacer.
- Antecedentes familiares de cáncer o enfermedades cardíacas.
- Su estado de salud general.
- Zonas específicas con cáncer.

Estadios 1 y 2 sin factores de riesgo

El tratamiento del LHC temprano sin factores de riesgo comienza con ABVD. Consulte la **Guía 3** para ver los esquemas de tratamiento sistémico de uso frecuente que se analizan en las secciones siguientes.

Después de ABVD

Se solicita una TEP con FDG para ver si el cáncer está respondiendo al tratamiento.

Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, según las características del cáncer, estos son los próximos pasos:

- Uno o más ciclos adicionales de tratamiento sistémico
- Radioterapia
- Tratamiento sistémico y radioterapia

Luego, comienza la atención de seguimiento.

Para una puntuación de Deauville de 4, el siguiente paso suele ser administrar ciclos adicionales de ABVD. Después del tratamiento sistémico, se le hará otra TEP con FDG. Los próximos pasos pueden ser la radioterapia y la atención de seguimiento, o puede realizarse una biopsia.

Para una puntuación de Deauville de 5, se necesita una biopsia antes de recibir terapia adicional o terapia de segunda línea.

Estadios 1 y 2 con factores de riesgo

Se recomiendan 4 posibles esquemas de tratamiento sistémico:

- ABVD.
- Nivolumab y AVD.
- Brentuximab vedotina (BV), AVD y factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF), que ayuda a prevenir infecciones y enfermedades.
- BrECADD y G-CSF.

Guía 3
Esquemas de tratamiento sistémico de uso frecuente para el LHC

ABVD	Doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina
BrECADD y G-CSF	Brentuximab vedotina, etopósido, ciclofosfamida, doxorrubicina, dacarbazina, dexametasona y factores de crecimiento
BV-AVD y G-CSF	Brentuximab vedotina, AVD (doxorrubicina, vinblastina y dacarbazina) y factores de crecimiento
Nivolumab y AVD	Nivolumab (una inmunoterapia) y AVD

¿Qué significa la puntuación de Deauville?

En general:

Deauville 1, 2 o 3: no hay signos de cáncer. La enfermedad respondió por completo al tratamiento.

Deauville 4 o 5: existe preocupación de que quede cáncer. Es posible que la enfermedad no haya respondido por completo al tratamiento.

Esquema terapéutico ABVD

Los ciclos de este esquema van seguidos de una TEP/TC con FDG.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, se administran ciclos adicionales de tratamiento sistémico y, posiblemente, radioterapia antes de comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 4 o 5, se administran ciclos adicionales de tratamiento sistémico. Luego, se realiza una TEP/TC con FDG para la reestadificación.

Si el LHC responde al tratamiento adicional, comenzará la atención de seguimiento. Si el LHC no responde al tratamiento, comenzará el tratamiento de segunda línea.

Esquema BrECADD y factores de crecimiento

Los ciclos de este esquema van seguidos de una TEP/TC con FDG. Se administran ciclos adicionales. La cantidad de ciclos depende de la puntuación de Deauville. Luego, el cáncer se reestadifica con otra TEP/TC con FDG.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, puede comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 4, se recomienda la radioterapia antes de comenzar la atención de seguimiento, o puede realizarse una biopsia.
- Para una puntuación de Deauville de 5, se realiza una biopsia. Los próximos pasos dependen de los resultados de la biopsia.

Esquema BV-AVD y factores de crecimiento

Los ciclos de este esquema van seguidos de una TEP/TC con FDG.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2, 3 o 4, se recomienda la radioterapia antes de comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 5, se necesita una biopsia. Los próximos pasos dependen de los resultados de la biopsia.

Para el LHC avanzado (estadios 3 y 4)

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

Los esquemas de tratamiento sistémico recomendados se enumeran en la **Guía 4**. Después de administrar el tratamiento sistémico, se solicita una TEP/TC con FDG para reestadificar el cáncer.

Su equipo de atención médica tomará decisiones sobre su plan de tratamiento según:

- Su edad.
- Sexo asignado al nacer.
- El estadio del cáncer (3 o 4).
- Lo que se descubra a partir de los análisis de sangre.

Nivolumab y AVD

Después del tratamiento, se solicita una TEP/TC con FDG para reestadificar el cáncer.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, puede comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 4 o 5, se necesita otra TEP/TC con FDG o una biopsia para orientar su atención.

Independientemente de la puntuación de Deauville, puede usarse la radioterapia después del tratamiento sistémico para tratar ciertas zonas.

BrECADD y factores de crecimiento

Después del tratamiento, se solicita una TEP/TC con FDG para reestadificar el cáncer.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, puede comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 4 o 5, se necesita otra TEP/TC con FDG o una biopsia para orientar su atención.

Para obtener información sobre la atención de seguimiento, consulte el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*.

BV-AVD con factores de crecimiento

Después del tratamiento, se solicita una TEP/TC con FDG para reestadificar el cáncer.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, puede comenzar la atención de seguimiento.
- Para una puntuación de Deauville de 4 o 5, se necesita una biopsia para orientar su atención.

Esquema terapéutico ABVD

Este esquema comienza con ABVD, seguido de una TEP/TC.

- Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, el siguiente paso es AVD.
- Para una puntuación de Deauville de 4 o 5, se recomienda BrECADD. Puede que lo que siga sea la radioterapia. Puede recomendarse una biopsia para orientar la atención.

Guía 4
Esquemas de tratamiento primario recomendados: LHC avanzado

Tratamientos preferidos	• Nivolumab y AVD • BrECADD y factores de crecimiento
Tratamientos utilizados en determinados casos	• BV-AVD y factores de crecimiento • ABVD
Después de la reestadificación con TEP	• Para Deauville 1, 2 o 3, no se necesita tratamiento adicional. • Para Deauville 4 o 5, se necesitan pruebas adicionales para orientar la atención.

Si está embarazada

El LHC es el cáncer de la sangre que se diagnostica con mayor frecuencia durante el embarazo. Las recomendaciones de tratamiento se basan en ciertos factores, entre ellos:

- Síntomas y estado de salud general
- Tiempo de embarazo

La atención del cáncer durante el embarazo requiere un enfoque multidisciplinario para orientar su atención. La planificación del tratamiento involucrará a un equipo de expertos, incluido un oncólogo clínico, así como a los siguientes especialistas:

- Un **obstetra** experto en embarazos que tienen un mayor riesgo de problemas de salud para la persona embarazada, el feto o ambos.
- Un **neonatólogo**, experto en el cuidado de recién nacidos con mayor riesgo de problemas de salud.
- Un **farmacéutico** que maneja los medicamentos de apoyo, como los medicamentos antieméticos, que son seguros para las personas embarazadas. El ondansetrón y la metoclopramida son los medicamentos antieméticos preferidos.

Para estadificar el LHC durante el embarazo, los estudios por imágenes incluyen una radiografía de tórax. Se protegerá su abdomen (vientre) de la radiación. También le harán una ecografía o una RM del vientre.

Algunas pruebas y tratamientos se evitan durante el embarazo.

Si le diagnostican LHC durante el embarazo, el tratamiento puede posponerse hasta más adelante en el embarazo o hasta después del nacimiento del bebé. Si el tratamiento se pospone, se la controlará de cerca.



Primer trimestre

En general, la quimioterapia se evita en el primer trimestre (durante los primeros 3 meses del embarazo). Si tiene pocos síntomas o ninguno, el tratamiento puede posponerse hasta el segundo trimestre (3 a 6 meses) o el tercer trimestre (de los 6 meses al parto).

Si sus síntomas son graves o se sospecha un problema en un órgano importante, usted y su equipo de atención médica tomarán decisiones sobre lo siguiente:

- Derivación a un centro con experiencia en el tratamiento de problemas similares
- Control del embarazo y tratamiento urgente
- Tratamiento sistémico con vinblastina, seguido de ABVD después del inicio del segundo trimestre

Segundo o tercer trimestre

Si tiene pocos síntomas o ninguno, a menudo el tratamiento puede posponerse hasta después del nacimiento del bebé. Si sus síntomas son graves o se sospecha un problema en un órgano importante, se recomienda ABVD.

Después del nacimiento del bebé

Debe evitarse la lactancia si está recibiendo quimioterapia.

Si tiene más de 60 años

Su equipo de atención médica tomará las decisiones de tratamiento según su nivel general de estado físico y su salud general. Esto se debe a que algunos tratamientos son difíciles de tolerar para el cuerpo.

Se recomienda buscar tratamiento como parte de un ensayo clínico, si hay uno disponible para usted. Consulte el *Capítulo 8: Si el linfoma de Hodgkin clásico reaparece o no responde al tratamiento*.

Tratamiento primario

El tratamiento del LHC en adultos mayores implica la administración de quimioterapia y, a veces, radioterapia. Si su equipo de atención oncológica considera que el tratamiento sistémico puede ser demasiado difícil de tolerar para su cuerpo, puede considerarse la radioterapia sola.

Si se recomienda la terapia con doxorrubicina

La doxorrubicina puede causar daño cardíaco. Si su equipo de atención médica considera que es seguro para usted recibir tratamiento con doxorrubicina, recibirá uno de los esquemas recomendados que se enumeran en la **Guía 5**.

Si no se recomienda la doxorrubicina

A menudo, se usa BV junto con dacarbazina o nivolumab.

Si no puede recibir doxorrubicina ni BV, se recomienda nivolumab o pembrolizumab. Todos estos esquemas pueden combinarse con radioterapia. Su equipo de atención médica puede sugerir otros esquemas.

Puntos clave

- El tratamiento del linfoma de Hodgkin clásico (LHC) en estadios 1 y 2 depende de si el cáncer tiene factores de riesgo como síntomas B, signos de inflamación en los análisis de sangre, tumores voluminosos (grandes) o diseminación a 2 o más grupos de ganglios linfáticos.
- El LHC en estadio temprano se trata con tratamiento sistémico y, a veces, radioterapia.
- El LHC avanzado (estadios 3 y 4) se ha diseminado a ambos lados del diafragma o fuera del sistema linfático. Los esquemas preferidos incluyen nivolumab con AVD y BrECADD. La radioterapia se puede utilizar con cualquiera de los esquemas.
- Si le diagnostican LHC durante el embarazo, expertos en oncología clínica, obstetricia de alto riesgo y neonatología participarán en su atención.
- Si tiene más de 60 años, su equipo de atención médica le sugerirá un esquema según si puede recibir doxorrubicina de forma segura o no. Se recomienda participar en un ensayo clínico.

Guía 5
Tratamiento primario recomendado con doxorrubicina para adultos mayores de 60 años

Estadio 1 o 2 sin factores de riesgo	ABVD* y radioterapia (RT).
Estadio 1 o 2 con factores de riesgo	• ABVD, posiblemente seguido de AVD. • ABVD y RT. • Brentuximab vedotina (BV) seguido de AVD. Pueden seguir ciclos adicionales de BV. • Nivolumab, AVD y RT.
Estadios 3 y 4	Si se recomienda la inmunoterapia, el tratamiento preferido es nivolumab y AVD.
	Si no se recomienda la inmunoterapia, se utiliza BV seguido de AVD. Pueden seguir ciclos adicionales de BV.

* La bleomicina es la “B” del esquema terapéutico ABVD. Puede causar un problema pulmonar que dificulta la respiración. Puede ser demasiado agresivo para los adultos mayores.

Preguntas para hacer

- ¿Qué esquema de tratamiento sistémico me recomienda?
- ¿Necesitaré radioterapia?
- De ser así, ¿cuánto durará la radioterapia? ¿Qué zonas se tratarán?
- ¿Es seguro que reciba doxorrubicina?

Si tiene más de 60 años, su equipo de atención médica tomará las decisiones de tratamiento según su nivel general de estado físico y salud.



6

Tratamiento del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

41 Sobre el tratamiento primario

42 Reestadificación

44 Puntos clave

45 Preguntas para hacer

6 Tratamiento del linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular

El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) es un tipo poco frecuente de linfoma de Hodgkin. También puede oír que se lo denomina linfoma de células B con predominio linfocítico nodular.

El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) suele ser de crecimiento lento. No obstante, puede reaparecer mucho tiempo después del tratamiento. Como resultado, el seguimiento a largo plazo es esencial. El LHPLN también puede transformarse en un tipo de linfoma no hodgkiniano de rápido crecimiento. Esto se analizará más adelante en este capítulo.

Sobre el tratamiento primario

Las recomendaciones de tratamiento primario se basan en el estadio del cáncer y otras características. El tratamiento primario puede incluir el tratamiento sistémico y la radioterapia.

El tratamiento sistémico puede incluir un esquema de quimioterapia y rituximab.

El rituximab es un tratamiento muy importante para el LHPLN. Es una inmunoterapia que ha mejorado los resultados de las personas con LHPLN.

El rituximab puede usarse solo o combinarse con quimioterapia. A veces, se usa para manejar los síntomas.

Para los estadios 1A y 2A no voluminosos

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

Si se detecta cáncer en un solo ganglio linfático y se extirpó por completo al hacer la biopsia, puede recomendarse o no la radioterapia.

Para los estadios 1A y 2A voluminosos

Aunque es poco común, los tumores en estadio 1A y 2A pueden ser voluminosos. Se recomiendan el tratamiento sistémico y la radioterapia para tratar los tumores voluminosos en estadio temprano. Consulte la **Guía 6**.

Guía 6
Recomendaciones de tratamiento sistémico primario para el LHPLN

El rituximab puede administrarse por sí solo para el estadio 3 o 4. Para otros estadios, el rituximab se administra con los esquemas que se enumeran a continuación.

ABVD	Doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina
CHOP	Ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina y prednisona
CVbP	Ciclofosfamida, vinblastina y prednisolona

Si también se utiliza radioterapia para el tratamiento, generalmente el tratamiento sistémico solo se administra durante 2 a 4 meses.

Para el estadio 2A no contiguo

Se recomienda el tratamiento sistémico. En algunos casos, se administra radioterapia más el tratamiento sistémico. Consulte la **Guía 6**.

La radioterapia sola puede ser una opción para algunas personas con enfermedad en estadio 2A no contiguo.

El rituximab por sí solo puede usarse para aliviar los síntomas en algunas personas.

Para los estadios 1B y 2B

Se recomiendan el tratamiento sistémico y la radioterapia. La radioterapia sola puede ser una opción para algunas personas con cáncer en estadio 1B.

Para los estadios 3 y 4

Si no tiene síntomas, los tipos de cáncer en estadios 3 y 4 pueden controlarse sin tratamiento. O bien, su equipo de atención médica puede recomendar:

- Tratamiento sistémico (**Guía 6**) con o sin radioterapia
- Rituximab solo (en ciertos casos, para el alivio de los síntomas)
- Radioterapia sola (para el alivio de los síntomas)

Reestadificación

Puede esperar que le hagan una TEP/TC con FDG para saber si el cáncer ha respondido al tratamiento. Esto se llama reestadificación y se basa en las puntuaciones de Deauville, como se explica en el *Capítulo 3: Estadificación, síntomas y factores de riesgo*.

¿Qué significa no contiguo?

Hay cáncer en 2 grupos de ganglios linfáticos por encima del diafragma, pero los grupos no están uno al lado del otro.

Si el cáncer respondió al tratamiento

Si todavía tiene síntomas, se recomienda la radioterapia (si aún no la ha recibido). Si no tiene síntomas, su equipo de atención médica puede optar por la observación en lugar de tratar con radiación.

Comenzará la atención de seguimiento. Consulte el *Capítulo 7: Cuando el tratamiento primario finalice*.

Si el cáncer no respondió al tratamiento o reaparece

El cáncer que no responde al tratamiento se llama resistente al tratamiento. El cáncer que reaparece después de un período sin cáncer se llama recidiva.

Si se sospecha una recidiva, se necesitan estudios por imágenes adicionales y una biopsia para orientar su atención.

Si la biopsia no muestra signos de cáncer a pesar de una sospecha de recidiva, se recomienda un período de observación y, luego, puede comenzar la atención de seguimiento.

Si la biopsia muestra que el cáncer:

- permanece o ha reaparecido, las recomendaciones de tratamiento se basan en los grupos que se explican en las secciones siguientes;
- se ha transformado, consulte el recuadro lateral a la derecha. El linfoma transformado se suele tratar como el linfoma difuso de células B grandes.

Para el LHPLN que no es voluminoso y es asintomático

El cáncer puede observarse, o puede administrarse tratamiento con rituximab o radioterapia.

Algunas personas pueden recibir rituximab durante 2 años. Esto se denomina tratamiento de mantenimiento.

Si el cáncer responde al tratamiento y no tiene síntomas, se recomienda la observación. Si tiene síntomas, puede realizarse terapia de dosis alta con rescate de células madre. (Consulte el *Capítulo 4: Información sobre el tratamiento del linfoma de Hodgkin*).

Si el cáncer no responde al tratamiento o crece o se disemina, es posible que se necesite otra biopsia para ver si la enfermedad se transformó en un linfoma más agresivo. Se recomienda el tratamiento sistémico. Consulte la **Guía 7**.

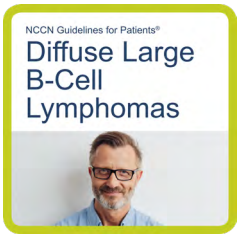
Transformación

Aunque es poco común, el LHPLN puede cambiar o transformarse en un linfoma de crecimiento rápido con el tiempo.

Puede ser necesaria una biopsia de médula ósea para confirmar este cambio.

El linfoma transformado se suele tratar como el linfoma difuso de células B grandes.

Obtenga más información sobre el linfoma difuso de células B grandes en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Para el LHPLN que es voluminoso o sintomático

Si el cáncer es voluminoso (grande) o sintomático, se recomienda el tratamiento sistémico. Su equipo de atención médica recomendará un esquema según sus antecedentes de tratamiento. Consulte la **Guía 7**.

Además del tratamiento sistémico, su equipo puede recomendar radioterapia o quimioterapia de dosis alta con rescate de células madre. Después de la reestadificación, los próximos pasos se basan en si el cáncer respondió al tratamiento y si usted tiene síntomas. Puede administrarse tratamiento adicional.

Puntos clave

- El linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) es un tipo poco frecuente de linfoma de Hodgkin. Con el tiempo, puede convertirse en un linfoma no hodgkiniano de crecimiento rápido.
- El rituximab es una inmunoterapia muy utilizada para tratar el LHPLN.
- La radioterapia es el tratamiento preferido para la mayoría de los tipos de cáncer no voluminosos en estadios 1A y 2A.
- Se recomiendan el tratamiento sistémico y la radioterapia para los tipos de cáncer en estadios 1B y 2B y los tipos de cáncer voluminosos en estadios 1A y 2A.
- Se recomienda el tratamiento sistémico para la mayoría de las personas con tipos de cáncer en estadio 2A no contiguo. Puede agregarse radioterapia.

Guía 7
Esquemas de tratamiento sistémico recomendados:
LHPLN que reaparece o deja de responder al tratamiento

Puede administrarse rituximab solo o puede administrarse con los esquemas que se enumeran a continuación. Puede usarse uno de los esquemas que se enumeran en la **Guía 6** si aún no se ha administrado.

Bendamustina	
DHAP	Dexametasona, cisplatino y citarabina (dosis alta)
ICE	Ifosfamida, carboplatino y etopósido
IGEV	Ifosfamida, gemcitabina y vinorelbina

- El tratamiento para el LHPLN en estadios 3 y 4 puede incluir observación, tratamiento sistémico o radioterapia para aliviar los síntomas.
- Si el LHPLN reaparece o deja de responder al tratamiento, puede observarse o tratarse con tratamiento sistémico, radioterapia o ambos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué debo saber sobre el LHPLN que se transforma?
- ¿Tengo riesgo de padecer transformación del LHPLN?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes del rituximab?
- ¿Es seguro observar el LHPLN avanzado sin tratamiento?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response

7

Cuando el tratamiento primario finalice

47 Supervivencia

47 Atención de seguimiento

49 Exámenes de detección para cánceres secundarios

51 Puntos clave

51 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin y su tratamiento pueden causar otros tipos de cáncer y problemas de salud más adelante en la vida. Después del tratamiento, no existe una estrategia única para la atención de seguimiento.

Los tipos de pruebas de seguimiento y la frecuencia con la que deben realizarse se basan en los siguientes factores:

- Su edad.
- El estadio del cáncer al momento del diagnóstico.
- Sus antecedentes de tratamiento, inclusive si recibió radioterapia.

Supervivencia

La supervivencia comienza en el momento del diagnóstico de cáncer y continúa a lo largo de la vida. Las personas que terminan el tratamiento y están libres de cáncer pueden tener necesidades e inquietudes diferentes a las de las personas que acaban de recibir el diagnóstico.

Resumen del tratamiento

Su equipo de atención oncológica le proporcionará un resumen del tratamiento una vez finalizado. El resumen:

- Incluye detalles de la radioterapia y la quimioterapia, incluso la cantidad y las dosis de ciertos medicamentos administrados.
- También puede entregarse a su médico de atención primaria.

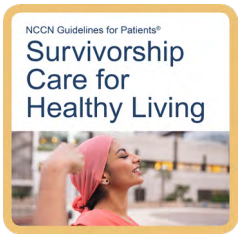
Otras inquietudes

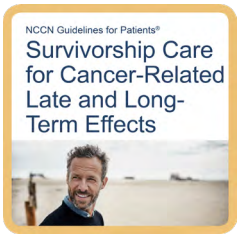
Su equipo de atención médica puede analizar las inquietudes sobre la fertilidad que pueda tener. Su equipo también puede sugerirle que busque atención de seguimiento en una clínica o un programa de supervivencia.

Si desea hablar sobre cualquier aspecto de la supervivencia que no se aborde durante las visitas de seguimiento, es importante expresar sus inquietudes.

Consulte más información sobre la supervivencia al cáncer en NCCN.org/patientguidelines y en 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*





Atención de seguimiento

Su atención de seguimiento incluirá a un oncólogo y a un médico de atención primaria. La atención de seguimiento es especialmente importante en los primeros 5 años después del tratamiento.

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

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

Análisis de sangre

El médico puede solicitar análisis de sangre en el momento de los exámenes físicos o solo si se sospecha una recidiva. Consulte el *Capítulo 2: Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin* con el fin de conocer lo que puede analizarse.

Se analizará la función de la tiroides si recibió radioterapia que pueda haber afectado la tiroides.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En general, solo se necesitan estudios de diagnóstico por imágenes si su equipo de atención primaria sospecha firmemente que el cáncer ha reaparecido. Si es necesario:

- Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir una TC cada 3 a 6 meses durante un máximo de 2 años o después de 2 años si su equipo sospecha que el cáncer ha reaparecido.
- Puede solicitarse otra TEP/TC si el cáncer del estudio anterior tenía una puntuación de Deauville de 4 o 5. Esto se hace para asegurarse de que haya respondido por completo al tratamiento.

Si se planifica quimioterapia con doxorrubicina, se le hará un ecocardiograma. La doxorrubicina es un tipo de medicamento que podría afectar el corazón.

Vacunas

Se recomiendan las vacunas anuales contra la gripe. Puede encontrar más información sobre las vacunas en *NCCN Guidelines for Patients: Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*.

Después del año 5

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 el riesgo.

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

Exámenes físicos

Los exámenes físicos anuales seguirán siendo una parte importante de la atención de seguimiento.

Su equipo de atención médica controlará de cerca los cambios en la presión arterial. Se registrará y se manejará de inmediato cualquier signo de daño o enfermedad cardíaca.

Análisis de sangre

Una vez al año, se le harán análisis de sangre. Consulte el *Capítulo 2: Pruebas para detectar el linfoma de Hodgkin* con el fin de conocer lo que puede analizarse.

Se analizará la función de la tiroides si recibió radioterapia que pueda haber afectado la tiroides.

Dos veces al año, se controlarán los lípidos, las grasas que el cuerpo utiliza para obtener energía.

Enfermedades cardíacas

Los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin tienen un mayor riesgo a largo plazo de sufrir problemas cardíacos o vasculares. 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 que el tratamiento haya finalizado.

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

Su equipo de atención médica puede solicitar:

- un ecocardiograma cada 10 años;
- una ecografía de las arterias carótidas (los vasos que llevan la sangre del corazón a la cabeza) si recibió radioterapia en el cuello.

Vacunas

Se recomiendan las vacunas anuales contra la gripe.

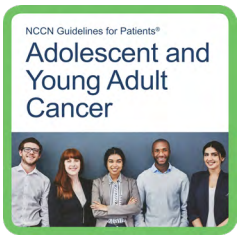
Puede encontrar más información sobre las recomendaciones de vacunas en N*CCN Guidelines for Patients: Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*.

Puede encontrar la guía más actualizada sobre las vacunas contra la COVID-19 en el sitio web de los CDC: https://www.cdc.gov/covid/hcp/vaccine-considerations/.

Si tiene 39 años o menos

Las personas de 15 a 39 años en el momento del diagnóstico inicial de cáncer tienen necesidades y desafíos únicos.

Puede encontrar información para adolescentes y adultos jóvenes afectados por el cáncer en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Exámenes de detección para cánceres secundarios

Los sobrevivientes de linfoma de Hodgkin tienen riesgo de padecer otros tipos de cáncer.

Los cánceres secundarios se suelen desarrollar más de 10 años después de finalizado el tratamiento del linfoma de Hodgkin. El cáncer de pulmón y el cáncer de mama son los más comunes.

Cáncer de mama

Si recibió radiación en el tórax o en la zona de la axila, NCCN recomienda la detección del cáncer de mama para las personas de sexo femenino asignado al nacer que tienen tejido mamario intacto. Se recomienda un examen de detección:

- A los 40 años u 8 años después de finalizar el tratamiento (lo que ocurra primero).
- Con mamografías y RM mamaria para las personas que recibieron radioterapia en el tórax entre los 10 y los 30 años.

Otros aspectos que deben considerarse:

- Es importante prestar atención al aspecto y la sensación de sus mamas para notar cualquier cambio.
- Puede recomendarse consultar a un especialista en mamas.

Otros tipos de cáncer

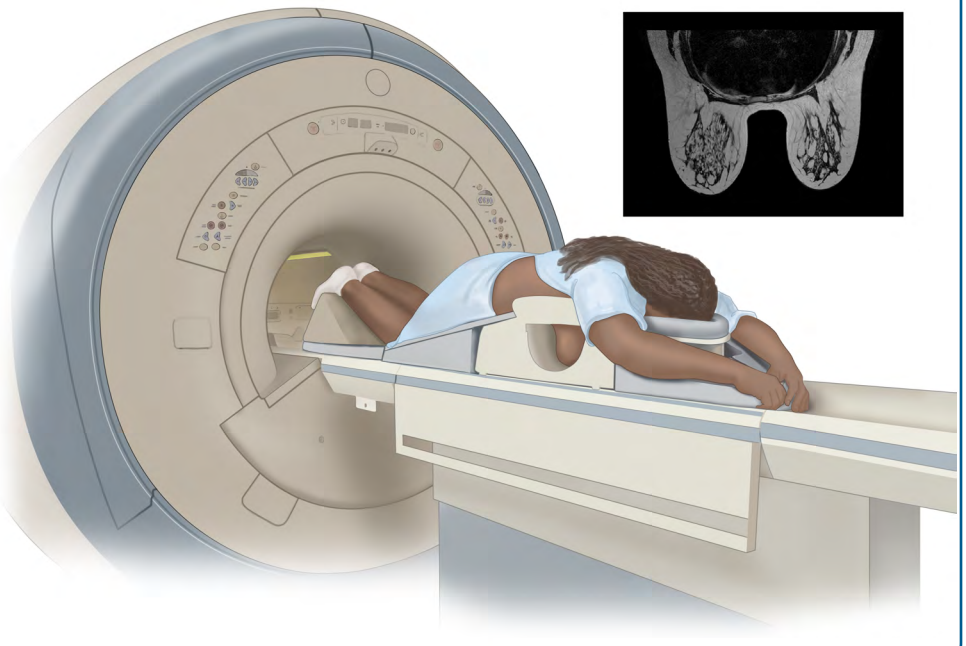
Las pruebas adicionales pueden incluir las de cánceres de:

- Cuello uterino
- Colon y recto
- Endometrio (revestimiento del útero)
- Pulmón
- Próstata
- Piel

Para conocer las recomendaciones sobre las pruebas, consulte la serie *NCCN Guidelines para la detección, prevención y reducción de riesgos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer, y las guías de detección del cáncer de la American Cancer Society.

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, puede recomendarse la detección mediante RM mamaria (como se muestra aquí) y mamografía.



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

Puntos clave

- Los sobrevivientes de linfoma de Hodgkin tienen un mayor riesgo de padecer cánceres secundarios y enfermedades cardíacas.
- Los exámenes físicos se realizan con mayor frecuencia durante los primeros dos años después del tratamiento.
- A partir del quinto año, se recomiendan exámenes anuales. Para detectar signos de enfermedad cardíaca, se controlará la presión arterial al menos una vez al año.
- En general, solo se solicitan estudios de diagnóstico por imágenes si su equipo de atención médica sospecha firmemente que el cáncer ha reaparecido.
- Se recomienda que las personas sobrevivientes de sexo femenino asignado al nacer que recibieron radioterapia en el tórax comiencen a hacerse mamografías 8 años después del tratamiento o a los 40 años (lo que ocurra primero).
- Si recibió radiación entre los 10 y los 30 años, también se recomiendan las RM mamarias.
- Se recomienda realizar exámenes de detección de cáncer de cuello uterino, de pulmón, de endometrio, de colon y de próstata para los sobrevivientes. La detección debe seguir las recomendaciones de NCCN y las de la American Cancer Society.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tan comunes son los cánceres secundarios en los sobrevivientes del linfoma de Hodgkin?
- ¿Qué síntomas debo tener en cuenta? ¿Cómo debo comunicarme con usted si tengo síntomas?
- Mi esquema de quimioterapia incluyó doxorrubicina. ¿Cuáles son los riesgos?
- ¿Qué más puedo hacer para controlar el riesgo de padecer efectos secundarios tardíos?

8

Si el linfoma de Hodgkin clásico reaparece o no responde al tratamiento

53 Si se recomienda terapia de dosis alta con TCH

54 Si no se recomienda la terapia de dosis alta con TCH

55 Puntos clave

55 Preguntas para hacer

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) que reaparece se llama recidiva o recurrencia. El LHC que no responde al tratamiento se llama resistente al tratamiento.

Si el LHC reaparece o no responde al tratamiento, NCCN recomienda buscar tratamiento en un centro con experiencia en LHC, dentro de un ensayo clínico si es posible.

El linfoma de Hodgkin clásico (LHC) resistente al tratamiento o recidivante se confirma mediante una biopsia.

El tratamiento depende de si su equipo de atención médica recomienda terapia de dosis alta seguida de un trasplante de células (madre) hematopoyéticas (TCH) o solo tratamiento sistémico. Esa decisión se basa en muchos factores. Su equipo de atención médica puede explicarle por qué se recomienda o no un TCH para usted.

Si se recomienda terapia de dosis alta con TCH

Si un ensayo clínico no es una opción, el tratamiento comienza con tratamiento sistémico. Se prefiere un esquema con un inhibidor del punto de control inmunitario si no se ha usado antes. Consulte la **Guía 8**.

Después del tratamiento sistémico, se volverá a estadificar el cáncer. El tratamiento adicional se basará en la puntuación de Deauville. Vuelva a consultar el Capítulo 3 para conocer detalles sobre la reestadificación.

Para una puntuación de Deauville de 1, 2 o 3, se recomienda un TCH autógeno. También puede administrarse la radioterapia.

Para una puntuación de Deauville de 4, las terapias recomendadas son:

- TCH autógeno. También puede administrarse la radioterapia.
- Radioterapia sola, posiblemente seguida de un TCH.
- Tratamiento sistémico (consulte la **Guía 8**), posiblemente combinado con radioterapia y, posiblemente, seguido de un TCH.

Para una puntuación de Deauville de 5, las terapias recomendadas son la radioterapia sola o el tratamiento sistémico (consulte la **Guía 8**), posiblemente con radioterapia. Si uno de estos enfoques funciona bien, se considerará un TCH.

Después del TCH, puede considerarse la terapia de mantenimiento con brentuximab vedotina (BV) si el cáncer tiene características que hacen probable su reaparición, en personas que no han recibido BV antes. Puede comenzar la atención de seguimiento.

Para el cáncer que reaparece 3 meses o más después del tratamiento

Se prefiere el tratamiento sistémico con un inhibidor del punto de control inmunitario. Consulte la **Guía 8**. Después del tratamiento sistémico, se volverá a estadificar el cáncer. Según el estadio del cáncer al momento del diagnóstico, la puntuación de Deauville actual y sus antecedentes de tratamiento, es posible que reciba:

- TCH autógeno. También puede administrarse la radioterapia.
- Radioterapia sola, posiblemente seguida de un TCH.

- Tratamiento sistémico (consulte la **Guía 8**), posiblemente combinado con radioterapia y, posiblemente, seguido de un TCH.

Después del TCH, puede considerarse la terapia de mantenimiento con BV si el cáncer tiene características que hacen probable su reaparición, en personas que no han recibido BV antes. Puede comenzar la atención de seguimiento.

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

Si no se recomienda la terapia de dosis alta con TCH

No siempre se recomienda un TCH. Si su equipo de atención médica no lo recomienda, puede explicarle el motivo. Recomendará el tratamiento en un ensayo clínico si hay uno disponible y realizará la derivación a un centro con experiencia o consultará con uno.

Se recomienda un tratamiento sistémico que incluya un inhibidor del punto de control inmunitario o BV. También puede administrarse la radioterapia. La elección depende de sus antecedentes de tratamiento.

Guía 8
Esquemas de tratamiento sistémico de segunda línea recomendados: LHC recidivante o resistente al tratamiento

Con tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario	• Brentuximab vedotina (BV) y nivolumab • GEMOX y tislelizumab-jsgr • ICE y pembrolizumab	• GVD y pembrolizumab • ICE y nivolumab
Sin tratamiento con inhibidores del punto de control inmunitario	• Brentuximab vedotina • BV y bendamustina • DHAP • Gemcitabina, bendamustina y vinorelbina	• GVD e ICE • ICE y BV • IGEV

¿Qué incluye cada esquema?
DHAP: dexametasona, cisplatino, citarabina en dosis alta
GEMOX: gemcitabina y oxaliplatino
GVD: gemcitabina, vinorelbina, doxorrubicina liposomal
ICE: ifosfamida, carboplatino, etopósido
IGEV: ifosfamida, gemcitabina, vinorelbina

Sobre la inmunoterapia y la reestadificación

Con los inhibidores del punto de control inmunitario, a veces lo que parece un crecimiento o una diseminación del cáncer en las TEP/TC con FDG es en realidad un signo de que el sistema inmunitario está funcionando. Por lo tanto, si el tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario está ayudando a aliviar sus síntomas, pero sus estudios muestran que puede haber cáncer, su equipo puede continuar con la inmunoterapia y repetir las TEP/TC con FDG con frecuencia.

Puntos clave

- Después de confirmarse mediante una biopsia, el tratamiento del linfoma de Hodgkin clásico (LHC) resistente al tratamiento o recidivante depende de si su equipo de atención médica recomienda la terapia de dosis alta seguida de un trasplante de células (madre) hematopoyéticas (TCH) o solo el tratamiento sistémico.
- Las células (madre) hematopoyéticas son células inmaduras que pueden convertirse en cualquier tipo de célula sanguínea.
- Las dosis altas de quimioterapia que pueden usarse para tratar el LHC que no responde a otros tratamientos pueden dañar estas células madre.
- Con un TCH, las células madre se extraen del cuerpo hasta después de administrar las dosis altas de terapia.
- Luego, las células madre “rescatadas” se reinfunden en la sangre.
- No siempre se recomienda un trasplante de células madre.
- Si no se recomienda un TCH, pueden usarse el tratamiento sistémico y, posiblemente, la radioterapia.

Preguntas para hacer

- ¿Recomienda un TCH? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Cuál es el proceso de un TCH? ¿Cuánto tiempo tarda?
- ¿Un TCH causa efectos secundarios?
- ¿Qué esquema de tratamiento sistémico me recomienda?
- ¿Qué debo saber sobre el esquema de tratamiento sistémico elegido antes de comenzarlo?

9

Otros recursos

57 Qué más hay que saber

57 Qué más hacer

57 Dónde obtener ayuda

58 Preguntas para hacer

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

Qué más hay que saber

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

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

- Manejar el miedo y la ansiedad ante la recidiva del cáncer y la aparición de cánceres secundarios.
- Obtener la ayuda que necesita de las personas que le brindan apoyo.
- Obtener ayuda económica.
- Buscar un profesional de atención oncológica que sea experto en el tratamiento de linfoma de Hodgkin.
- Sobrellevar otros problemas de salud, incluidos los efectos secundarios del tratamiento.

Qué más hacer

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

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

Dónde obtener ayuda

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

AnCan Foundation

ancan.org

Blood & Marrow Transplant Information Network

bmtinfonet.org

Blood Cancer United

bloodcancerunited.org

Cancer*Care*

cancercare.org

Cancer Hope Network

cancerhopenetwork.org

GRACE

cancergrace.org

Imerman Angels

imermanangels.org

Lymphoma Research Foundation

lymphoma.org

National Bone Marrow Transplant Link (nbmtLINK)

nbmtlink.org

NMDP

nmdp.org

Stupid Cancer

stupidcancer.org

Triage Cancer

triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién puedo hablar sobre vivienda, alimentación y otras necesidades?
- ¿Qué ayudas existen para el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Cómo puedo conectarme con otras personas con linfoma de Hodgkin y crear una red de apoyo?
- ¿Con quién puedo hablar si no siento seguridad en mi casa, el trabajo o mi barrio?



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Complete nuestra encuesta para indicarnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

NCCN.org/patients/feedback



Palabras que debe conocer

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

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

biopsia por punción con aguja gruesa
Extracción de una muestra de tejido con una aguja gruesa para examinarla con el microscopio. También llamada directamente biopsia o punción con aguja gruesa.

célula hematopoyética
También conocida como célula madre, una célula de la sangre y la médula ósea que puede convertirse en todos los tipos de células sanguíneas.

corticoesteroide
Medicamento que puede utilizarse para reducir la inflamación.

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

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

ensayo clínico
Tipo de investigación en la que se estudia qué tan bien funcionan los enfoques de tratamiento en investigación en las personas.

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

estadio del cáncer
Una puntuación 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 esquemas 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.

inmunoterapia
Tratamiento que utiliza el sistema inmunitario para combatir el cáncer.

linfa
Un líquido transparente que contiene glóbulos blancos llamados linfocitos.

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

linfoma 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 la esclerosis nodular, la celularidad mixta, el rico en linfocitos y el pobre en linfocitos.

linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN)
Una forma poco frecuente 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.

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 las células sanguíneas.

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

puntuación de Deauville
Sistema de puntuación de 5 puntos que se usa para estadificar el linfoma de Hodgkin y ver cómo responde al tratamiento.

quimioterapia
Tipo más común de tratamiento sistémico que se usa para destruir las células cancerosas.

radioterapia
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

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

recidiva
Cuando el cáncer reaparece después de haber mejorado o desaparecido.

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

síntomas B
Fiebre inexplicable, sudoraciones nocturnas intensas y pérdida de peso rápida sin hacer dieta causadas 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 radiomarcador y un escáner para determinar dónde puede haber cáncer en el cuerpo.

trasplante de células hematopoyéticas (TCH)
Tratamiento que destruye la médula ósea y, luego, la reconstruye con sus células madre sanas. También se llama terapia en dosis altas con rescate de células madre autógenas (TDA/RCMA).

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

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

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 2.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Vicepresidenta adjunta
Información para el paciente

Stephanie Levin
Redactora médica

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

Las NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) sobre el linfoma de Hodgkin, versión 2.2026, fueron elaboradas por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dra. Ranjana H. Advani, presidenta
Stanford Cancer Institute

Dr. Christopher R. Kelsey, vicepresidente
Duke Cancer Institute

Dr. Philippe Armand, doctor en Medicina
Dana-Farber Cancer Institute

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

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

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

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. Magdalena Czader, doctora en Medicina
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

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

Dra. Megan E. Daly
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Zachary Frosch, máster 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

Dr. Richard T. Hoppe
Stanford Cancer Institute

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

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

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

Dr. David Morgan
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Alex Niu
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Suman Paul, doctor en Medicina, licenciado en Medicina y Cirugía
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dra. Rachel Rabinovitch
University of Colorado Cancer Center

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

* Dahlia Sano, licenciada en Medicina y Cirugía
University of Michigan Rogel 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 Letras
Especialista en Diseño de Guías

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

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

Centros oncológicos de NCCN

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

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

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

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

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

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

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

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

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

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

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

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

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

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

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

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

alcohol 20

bleomicina 13-14

brentuximab vedotina (Adcetris) 26, 33, 53

cáncer de mama 49-50

célula (madre) hematopoyética 27-28

diafragma 18-19, 34, 42

ecocardiograma 13, 48-49

embarazada 13, 36-37

enfermedad cardíaca 28, 32, 49

ensayo clínico 7, 24-25, 29-30, 37-38, 53-54

fertilidad 14, 22, 47

inhibidor del punto de control inmunitario 26, 53, 54-55

inmunoterapia 7, 25-26, 32, 41, 55

lactancia materna 37

linfoma de Hodgkin clásico (LHC) 6, 10, 18, 32, 53

linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (LHPLN) 6, 7, 10, 18, 40-45

nivolumab (Opdivo) 26, 33, 35, 37

pruebas de función pulmonar 13

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) 28

rituximab (Rituxan) 26, 41-43

síntomas B 19-20

sudoraciones nocturnas 19

transformación 43

trasplante de células (madre) hematopoyéticas (TCH) 7, 28, 53-54

VIH 6, 11



NCCN Guidelines for Patients®

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

Linfoma de Hodgkin en adultos



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

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-2005-0926