

sobre la que se aplica (enrojecimiento o descamación), sequedad o úlceras en las mucosas; ocasionalmente puede producir un cansancio leve y el descenso de los recuentos de las células de la sangre. Además, puede dañar los órganos que están cerca del campo de radiación, como por ejemplo las gónadas (testículos u ovarios), tiroides, pulmón, etc.

Trasplante de médula ósea

A veces, para consolidar la respuesta al tratamiento o si la enfermedad recae, es necesario aplicar quimioterapia o radioterapia a dosis muy elevadas. Como este tratamiento puede destruir a las células madre hematopoyéticas de la médula ósea del paciente, es preciso administrarle nuevas células madre que den lugar a la reconstrucción medular. Se pueden obtener de médula ósea, de sangre periférica o de cordón umbilical.

Según el origen de esas células existen tres tipos de trasplante:

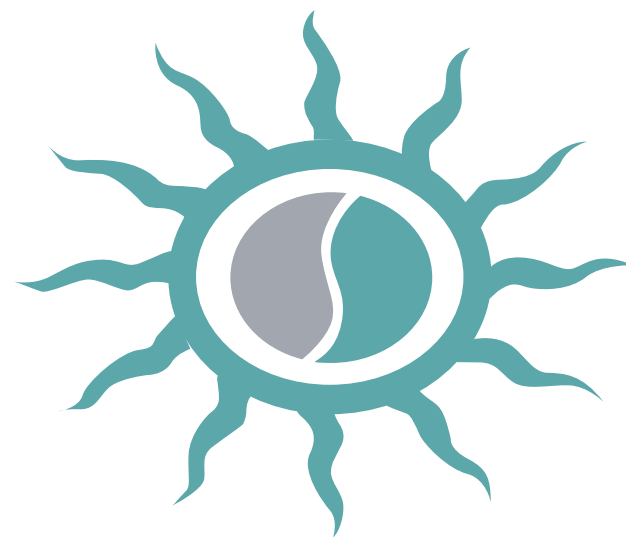
- **Trasplante autólogo**, los pacientes reciben sus propias

células madre, que previamente se han extraído y conservado a muy baja temperatura (criopreservación).

- **Trasplante singénico**, reciben las células madre de su gemelo idéntico.
- **Trasplante alogénico**, reciben las células madre de un donante histocompatible, familiar o no del paciente. En el LH esta modalidad se reserva a pacientes jóvenes seleccionados con mala respuesta a los tratamientos previos.

¿CÓMO SE EVALÚA LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO?

Tras el tratamiento previsto se realizarán de nuevo pruebas diagnósticas con el objetivo es evaluar la respuesta al mismo. Esta respuesta puede ser completa (**remisión completa**) o parcial (**remisión parcial**). También puede ser que no responda al tratamiento (**refractoriedad**), que empeore (**progresión bajo tratamiento**), o que tras alcanzar la remisión completa, la enfermedad reaparezca (**recaída**). Si bien, en general, es una enfermedad con buena respuesta al tratamiento.

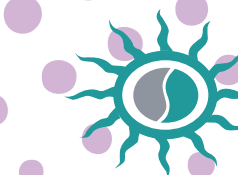


LINFOMA DE HODGKIN

ALCLES

C/ Julio del Campo, 4 - 2º Dcha. 24002 León. Tel: 987 24 22 11 / 658 98 93 57
www.alcles.com informacion@alcles.com

D. L.: LE-1841-2009



ALCLES
Asociación de Lucha Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre

El Linfoma de Hodgkin (LH) es una enfermedad neoplásica del sistema linfoide, representando aproximadamente el 30% de todos los linfomas, situándose su incidencia en aproximadamente de 3 a 4 casos/100.000 habitantes-año.

¿QUÉ ES EL SISTEMA LINFOIDE?

El sistema linfoide o linfático forma parte del sistema inmunológico del organismo. Su misión es la de defendernos de agresiones externas, por ejemplo de virus o bacterias.

El sistema linfático está compuesto por ganglios linfáticos, que son pequeñas bolitas que a veces podemos palparnos en el cuello o en las axilas. Estos ganglios están distribuidos por todo el cuerpo, y se unen unos a otros por los vasos linfáticos. Por este sistema discurren los linfocitos, que son las células encargadas de proteger nuestro cuerpo. Aparte de los ganglios y los vasos linfáticos, el sistema linfático también está compuesto por otras estructuras: el bazo, el timo, las amígdalas, la médula ósea, etc.

Cuando los linfocitos normales se transforman en células malignas, tumorales, hablamos de linfoma. Dado que el tejido linfático se encuentra en todo el cuerpo, el linfoma puede comenzar en cualquier parte del cuerpo.

Los linfomas se dividen en dos clases generales: linfoma de Hodgkin (denominado así en honor a su descubridor, el Dr. Thomas Hodgkin) y el linfoma de no Hodgkin.

En esta sección hablaremos exclusivamente del linfoma de Hodgkin.



¿QUÉ ES EL LINFOMA DE HODGKIN?

El LH es una enfermedad neoplásica del sistema linfoide caracterizada por un crecimiento incontrolado de linfocitos anormales que puede afectar a cualquier órgano linfoide (ganglios linfáticos, médula ósea, bazo...). Si no se trata, progresará afectando incluso a órganos no linfoides (hígado, pulmón...).

La célula anormal característica de esta enfermedad es una célula de gran tamaño denominada célula de Reed-Sternberg, siendo su presencia junto a otras características anatómo-patológicas las que diferencian esta enfermedad de otros tipos de linfomas, los denominados linfomas no Hodgkin.

Aunque conocer si su origen es neoplásico o infeccioso ha sido objeto de intensos debates, actualmente se ha podido determinar la clonalidad, es decir, el origen neoplásico de las células de Hodgkin y de Reed-Sternberg. No es, por tanto, una enfermedad contagiosa. Aunque puede aparecer a cualquier edad, la mayoría de los pacientes son jóvenes, existiendo dos picos de incidencia, uno entre los menores de 30 años y otro entre los mayores de 60 años.

En el LH los linfocitos no son capaces de desempeñar su función normal (defender

al organismo frente a las infecciones y a otros agentes extraños) y los pacientes están más expuestos al desarrollo de infecciones.

¿POR QUÉ APARECE?

Habitualmente la causa primaria no se conoce. De todas formas, diferentes estudios asocian la aparición del LH a diferentes factores genéticos, así como a:

- Infecciones víricas, especialmente al virus de Epstein-Barr.
- Problemas inmunológicos:
 - Enfermedades inmunológicas hereditarias como el Síndrome de Wiskott-Aldrich, que se caracteriza por una elevada predisposición a infecciones.
 - Enfermedades inmunológicas adquiridas:
 - infección por VIH/SIDA, virus de Epstein Barr...
 - enfermedades autoinmunes.
 - personas sometidas a trasplante.

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

Uno de los signos iniciales es el aumento de tamaño indoloro de uno o varios ganglios linfáticos (adenopatías). A diferencia de la inflamación que se produce con las infecciones, la “hinchazón” de los ganglios en el LH es **persistente**.

Puede acompañarse de cansancio (astenia), prurito generalizado y de los denominados “síntomas B”: fiebre, pérdida de peso y sudoración profusa.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se sospecha por la clínica del paciente, es

decir, por la aparición de ganglios aumentados de tamaño (adenopatías), especialmente en el cuello, axilas, ingles o el pecho, pudiendo acompañarse de los síntomas anteriormente descritos.

En este caso, se realizará una biopsia del ganglio sospechoso para su análisis anatómo-patológico. Esto permite no solamente el diagnóstico de linfoma, sino también conocer la variedad del mismo y establecer el pronóstico y el tratamiento más adecuado.

En caso de confirmarse que se trata de un LH, deben realizarse estudios para determinar si la enfermedad está localizada o se ha extendido a otras partes del organismo. Es el denominado “**estudio de extensión**” e incluye:

- **análisis de sangre**, para conocer el grado de afectación de las células de la sangre y la del resto del organismo.
- **pruebas de imagen**, fundamentalmente TAC.
- **pruebas metabólicas**, Gammagrafía con Galio y/o PET.
- **biopsia de médula ósea**, que consiste en extraer un pequeño trozo del interior del hueso (generalmente de la cadera), para analizar la médula ósea.

De acuerdo con los resultados, el LH se clasifica en estadios del I al IV y, además se añadirá A o B, dependiendo de la presencia o ausencia de los “síntomas B”.

¿CÓMO SE TRATA?

El tratamiento del LH se basa en dos terapéuticas: la quimioterapia y la radioterapia. Su objetivo principal es la eliminación de la totalidad de las células patológicas, logrando la curación de la enfermedad. Son también objetivos importantes el mantener una adecuada calidad de vida y el mi-

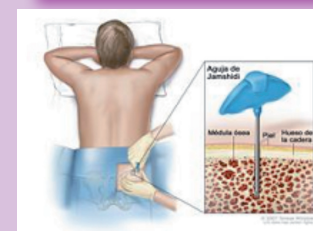
nimizar en lo posible los efectos tóxicos derivados del tratamiento.

Su indicación en cada paciente dependerá de su estadio clínico y de un conjunto de factores de riesgo independientes de éste. Son factores importantes a considerar: la presencia de una enfermedad voluminosa (“*bulky*”, con masas de tamaño superior a 10 cm.), presencia de enfermedad fuera de los ganglios linfáticos, presencia de síntomas B (fiebre, sudoración intensa, pérdida de peso), edad avanzada, elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y de la enzima LDH... Estos parámetros se incluyen en el denominado Índice Pronóstico Internacional (IPI), que se debe tener en cuenta antes de planificar el tratamiento.

Pero además también hay que tener en cuenta: si el paciente padece otras enfermedades asociadas (comorbilidad), la posibilidad de que en el centro se pueda administrar radioterapia correctamente y de la voluntad del paciente, debido a que algunos tratamientos entrañan efectos secundarios importantes (caso de la esterilidad), considerando que se trata de pacientes habitualmente jóvenes.

Quimioterapia

La base del tratamiento es la poliquimioterapia (combinación de varios fármacos) por vía intravenosa, que se administra periódicamente, normalmente de forma



ambulatoria (Hospital de Día), aunque ocasionalmente será preciso el ingreso.

El tratamiento quimioterápico suele tener efectos secundarios que en su mayoría desaparecen al finalizar el mismo. La complicación más frecuente son las infecciones, por el descenso transitorio de las células encargadas de la defensa del organismo (leucocitos). Otros efectos son la anemia, riesgo de sangrado, pérdida temporal del pelo, lesiones en la boca (mucositis), náuseas, etc.

Si el paciente tiene problemas con la canalización de las venas se propondrá la implantación de un catéter central tipo reservorio intravenoso, que servirá tanto para realizar extracciones de sangre como para administrar el tratamiento.

Radioterapia

Es una modalidad de tratamiento que utiliza radiación para eliminar células tumorales. Es especialmente útil en pacientes con LH que presentan enfermedad localizada y en aquellos con conglomerados de adenopatías o masas de gran tamaño, sobre las que se puede administrar radioterapia una vez finalizada la quimioterapia, para reforzar (consolidar) el resultado obtenido con la quimioterapia y minimizar el riesgo de recaída. La radioterapia puede producir alteraciones en la piel