

Linfomas difusos de células B grandes

Presentada con el respaldo de:





Es fácil
perderse en
el mundo del
cáncer



Deje que NCCN
Guidelines
for Patients[®]
lo oriente

- ✓ Guías paso a paso para conocer las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados
- ✓ Basadas en las guías para el tratamiento usadas por los profesionales de la atención médica en todo el mundo
- ✓ Diseñadas para ayudarle a hablar sobre el tratamiento del cáncer con sus médicos



NCCN Guidelines for Patients® fue desarrollada por National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)



NCCN

- ✓ Una alianza de centros oncológicos de gran importancia en los Estados Unidos dedicados a la atención de los pacientes, la investigación y la educación

Centros oncológicos que forman parte de NCCN:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ Desarrollada por los expertos de los centros oncológicos de NCCN por medio de las investigaciones más recientes y su larga experiencia
- ✓ Para profesionales de tratamiento oncológico de todo el mundo
- ✓ Recomendaciones de expertos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer

Versión gratuita en línea en
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Presenta la información de NCCN Guidelines en un formato que facilita el aprendizaje
- ✓ Para las personas con cáncer y sus grupos de apoyo
- ✓ Explica las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados

Versión gratuita en línea en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Estas NCCN Guidelines for Patients se basan en NCCN Guidelines® para el linfoma de células B, versión 4.2022, 9 de junio de 2022

© 2022 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, ni médicos ni pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con fines comerciales, ni puede declarar, de forma implícita o explícita, que NCCN Guidelines for Patients que haya sido modificada de cualquier manera fue derivada de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa, se relaciona o surge de ella. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede modificarse siempre que se descubra información nueva. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso de modo alguno.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer por medio de la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también está comprometida con el desarrollo de tratamientos para el cáncer por medio de la financiación de los médicos prometedores del país en el centro de innovación para la investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

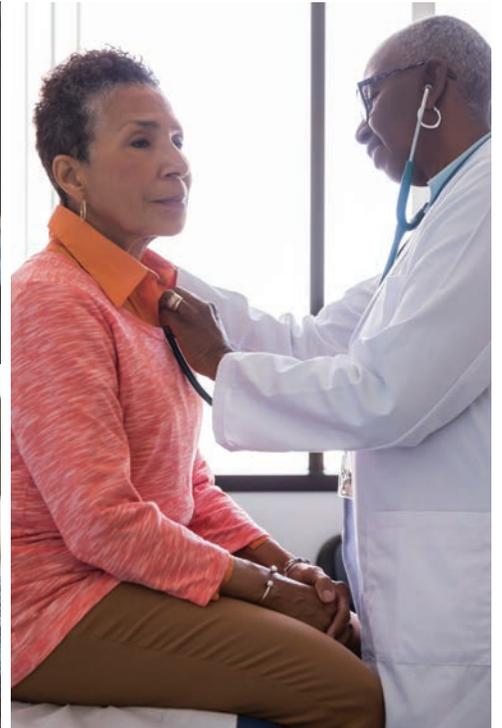
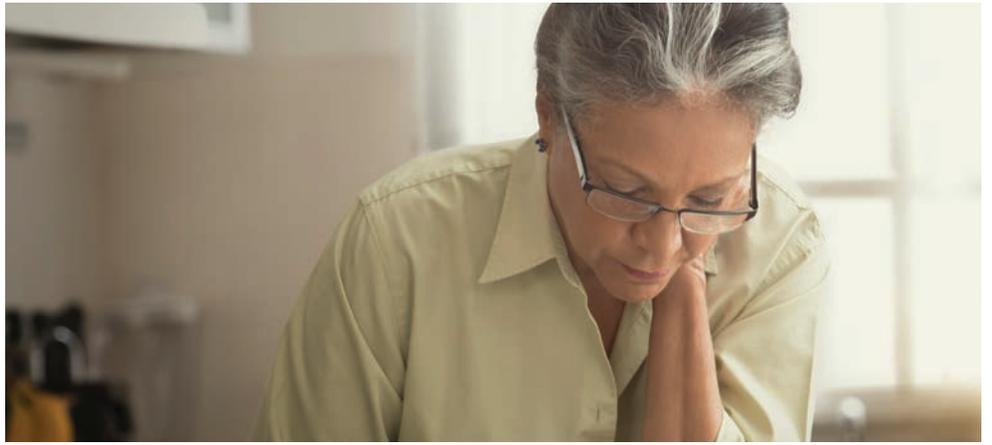
National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300



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

Para efectuar una donación u obtener más información, visite [NCCNFoundation.org/donate](https://www.nccn.org/donate) o envíe un correo electrónico a PatientGuidelines@NCCN.org.

Soporte adicional proporcionado por
Gaffney-Mohr Family



Contenido

- 6 Aspectos básicos sobre el linfoma
- 12 Pruebas para el LDCBG
- 30 Resumen del tratamiento
- 47 Estadios 1, 2, 3 y 4
- 54 Enfermedad recidivante o resistente
- 59 LDCBG cutáneo primario tipo pierna
- 64 Linfomas de zona gris
- 67 Linfoma primario mediastínico de células B grandes
- 71 Linfomas de células B de alto grado
- 74 Toma de decisiones sobre el tratamiento
- 87 Palabras que debe saber
- 91 Colaboradores de NCCN
- 92 Centros oncológicos de NCCN
- 94 Índice

1

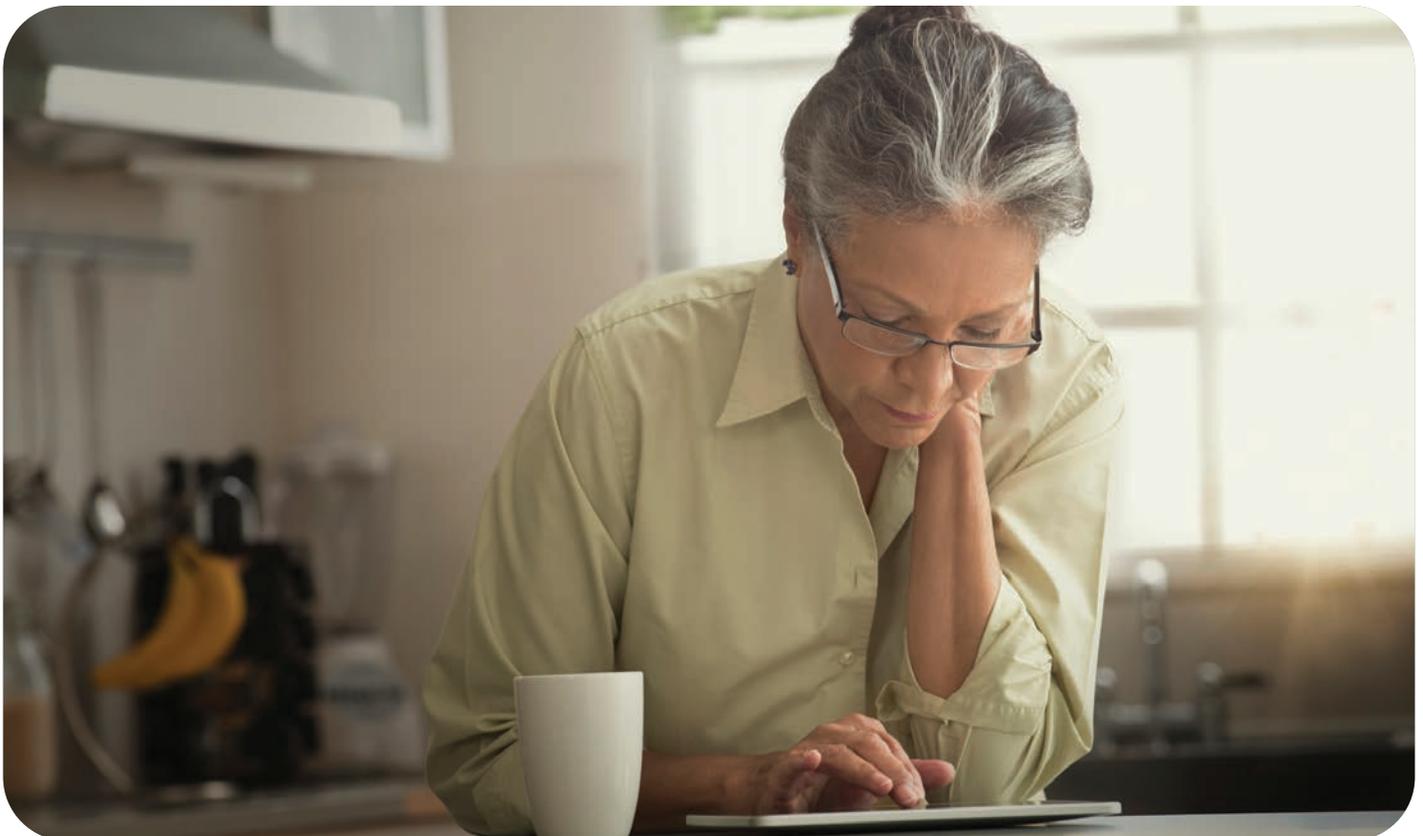
Aspectos básicos sobre el linfoma

7 Sistema linfático

8 Linfocitos

8 LDCBG

11 Puntos clave



El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el tipo más común de linfoma no hodgkiniano. Los linfomas no hodgkiniano (LNH) comienzan en los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco. El LDCBG es un tipo de cáncer de crecimiento rápido que afecta tejidos y órganos como la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos.

Sistema linfático

El linfoma es el tipo más común de cáncer de la sangre. Afecta el sistema linfático. El sistema linfático es una parte importante del sistema inmunitario del cuerpo. Es una red de

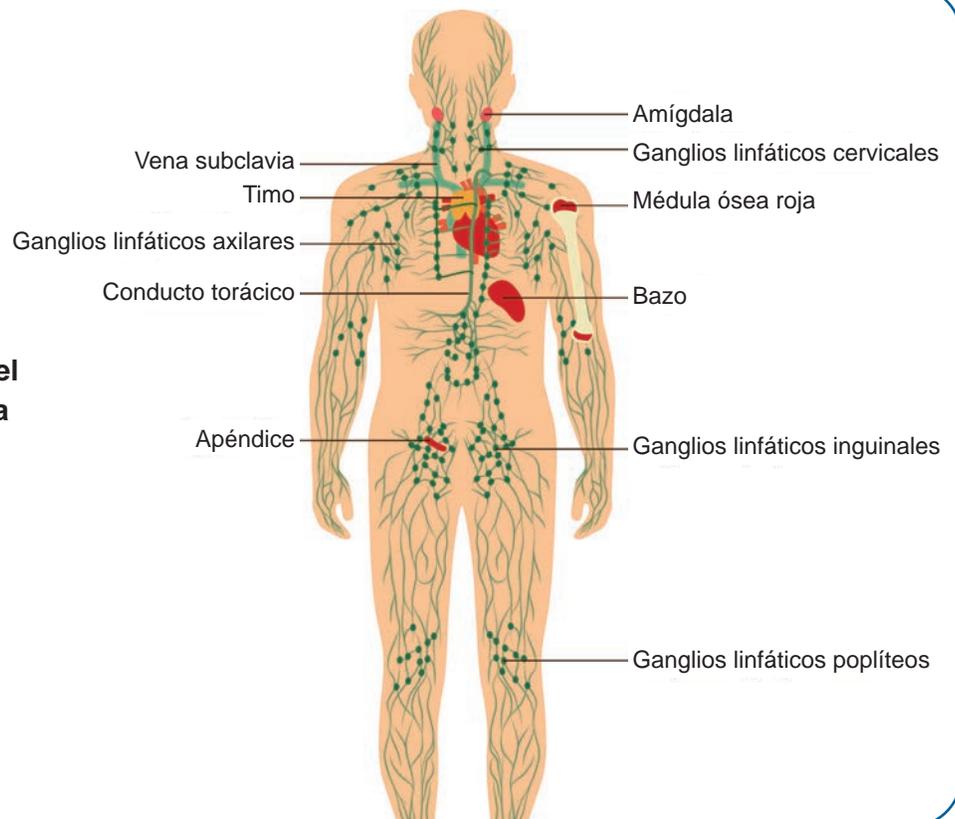
tejidos y órganos que combaten los gérmenes y que incluye la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos.

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

A medida que la linfa viaja por todo el cuerpo, pasa a través de cientos de pequeñas estructuras en forma de frijol llamadas ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos generan células inmunitarias que ayudan al cuerpo a combatir las infecciones. También filtran el líquido linfático y eliminan materiales extraños como bacterias y células cancerosas.

Sistema linfático

El sistema linfático es parte del sistema inmunitario. Incluye la médula ósea, el bazo, el timo, los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos.



Linfocitos

El linfoma no hodgkiniano (LNH) es un tipo de cáncer del sistema inmunitario que comienza en los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco. Los glóbulos blancos combaten las infecciones. Los linfocitos se encuentran tanto en la sangre como en el tejido linfático. El tejido linfático incluye vasos y ganglios linfáticos. Los linfocitos normalmente crecen como respuesta a una infección o inflamación. Cuando crecen por sí solos, pueden convertirse en un linfoma.

Hay 3 tipos principales de linfocitos:

- ▶ **Los linfocitos B o las células B** producen anticuerpos. Los anticuerpos son proteínas.
- ▶ **Los linfocitos T o células T** ayudan a destruir las células tumorales y a controlar las respuestas inmunitarias.
- ▶ **Los linfocitos citolíticos naturales (NK)** tienen gránulos (pequeñas partículas) con enzimas que pueden eliminar las células tumorales o infectadas con un virus.

El linfoma no hodgkiniano (LNH) se puede formar a partir de linfocitos de células B, células T o células NK. El linfoma difuso de células B grandes comienza en las células B. Las células B producen anticuerpos que se utilizan para atacar bacterias, virus y toxinas invasores. Las moléculas de anticuerpos se adhieren a los virus o bacterias invasores y los destruyen.

LDCBG

El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el tipo más común de linfoma no hodgkiniano. Representa aproximadamente 3 de cada 10 casos de LNH. Los tumores de células grandes y de crecimiento rápido se encuentran comúnmente en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, la médula ósea u otros tejidos y órganos. Los síntomas incluyen fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso. No todas las personas tienen los mismos síntomas y los tumores se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo.

Subtipos de LDCBG

Hay muchos subtipos de linfoma difuso de células B grandes. Si tiene LDCBG junto con otro tipo de linfoma, es probable que se trate como LDCBG. Para los subtipos de LDCBG que se cubren en este libro, consulte la [Guía 1](#).



No tenía ninguno de los síntomas típicos de LDCBG. Nada de lo que experimenté fue típico. Era joven, tenía 20 años y tenía LDCBG en un hueso del pie”.

Guía 1

Subtipos de LDCBG

LDCBG sin especificar (NOS) (incluye centros germinales y centros no germinales)

- El centro germinal (o centro folicular) no es lo mismo que el linfoma folicular (LF) y puede ocurrir en el LDCBG y el linfoma de Burkitt.

LDCBG con linfoma folicular (LF) de cualquier grado

LDCBG con linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa gástrica (MALT)

LDCBG con linfoma MALT no gástrico

Linfoma intravascular de células B grandes

LDCBG asociado con la inflamación crónica

Linfoma de células B grandes ALK positivo (suelen ser CD20 negativo y no se necesita el rituximab)

LDCBG positivo para el virus de Epstein-Barr (positivo para VEB)

Linfoma de células T/de células B grandes ricas en histiocitos

Linfoma de células B grandes con reordenamiento de *IRF4*

LDCBG de doble expresor

Linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG)

Linfoma de zona gris

Linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de *MYC* y *BCL2* o *BCL6* (linfoma doble o triple hit)

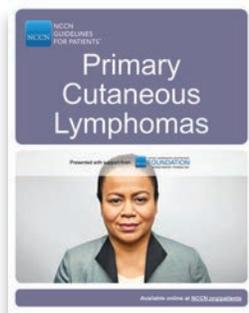
Linfomas de células B de alto grado, NOS

LDCBG cutáneo primario tipo pierna

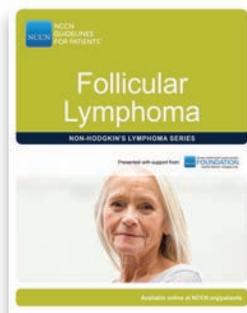
Información sobre los subtipos **no** cubiertos en este libro:

- **Linfoma de la zona marginal cutáneo primario (LZM-CP) y linfoma centrofolicular cutáneo primario (LCF-CP):** Para obtener más información, lea las *NCCN Guidelines for Patients: Linfoma cutáneo primario* y *NCCN Guidelines for Patients: Linfoma folicular*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).
- **LDCBG primario del sistema nervioso central (SNC):** Para obtener más información, lea las *NCCN Guidelines for Patients: Linfoma del sistema nervioso central primario*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)
- **LDCBG que surge de la leucemia linfocítica crónica (LLC) llamada transformación de Richter:** Para obtener más información, lea las *NCCN Guidelines for Patients: Leucemia linfocítica crónica*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

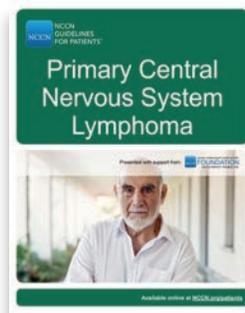
Los pacientes con linfoma difuso de células B grandes o cualquiera de sus subtipos deben tratarse en los centros con experiencia en tu tipo de cáncer.



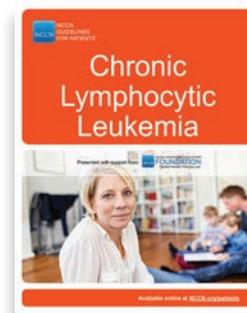
Linfoma de la zona marginal cutáneo primario (LZM-CP)



Linfoma centrofolicular cutáneo primario (LCF-CP)



LDCBG primario del sistema nervioso central (SNC)



LDCBG que surja de la leucemia linfocítica crónica (LLC) llamada transformación de Richter

Puntos clave

- El sistema linfático es una red de tejidos y órganos que ayudan a tu cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Es parte del sistema inmunitario.
- Los linfomas no hodgkiniano (LNH) comienzan en los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco. Los glóbulos blancos combaten las infecciones.
- El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es el tipo más común de linfoma no hodgkiniano (LNH).
- Los tumores de células grandes y de crecimiento rápido se encuentran comúnmente en los ganglios linfáticos, el bazo, el hígado, la médula ósea u otros tejidos y órganos. Los síntomas incluyen fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso.
- Hay muchos subtipos de LDCBG.



¡Nos interesan sus comentarios!

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

Complete nuestra encuesta para hacernos saber lo que hemos hecho bien y lo que podríamos hacer mejor:

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

2

Pruebas para el LDCBG

13 Resultados de los estudios

14 Pruebas de salud general

16 Fertilidad (todos los sexos)

16 Prevención del embarazo

17 Estado funcional

17 Índice de pronóstico internacional

18 Análisis de sangre

20 Biopsia

22 Análisis genéticos

22 Pruebas de biomarcadores

24 Cariotipo

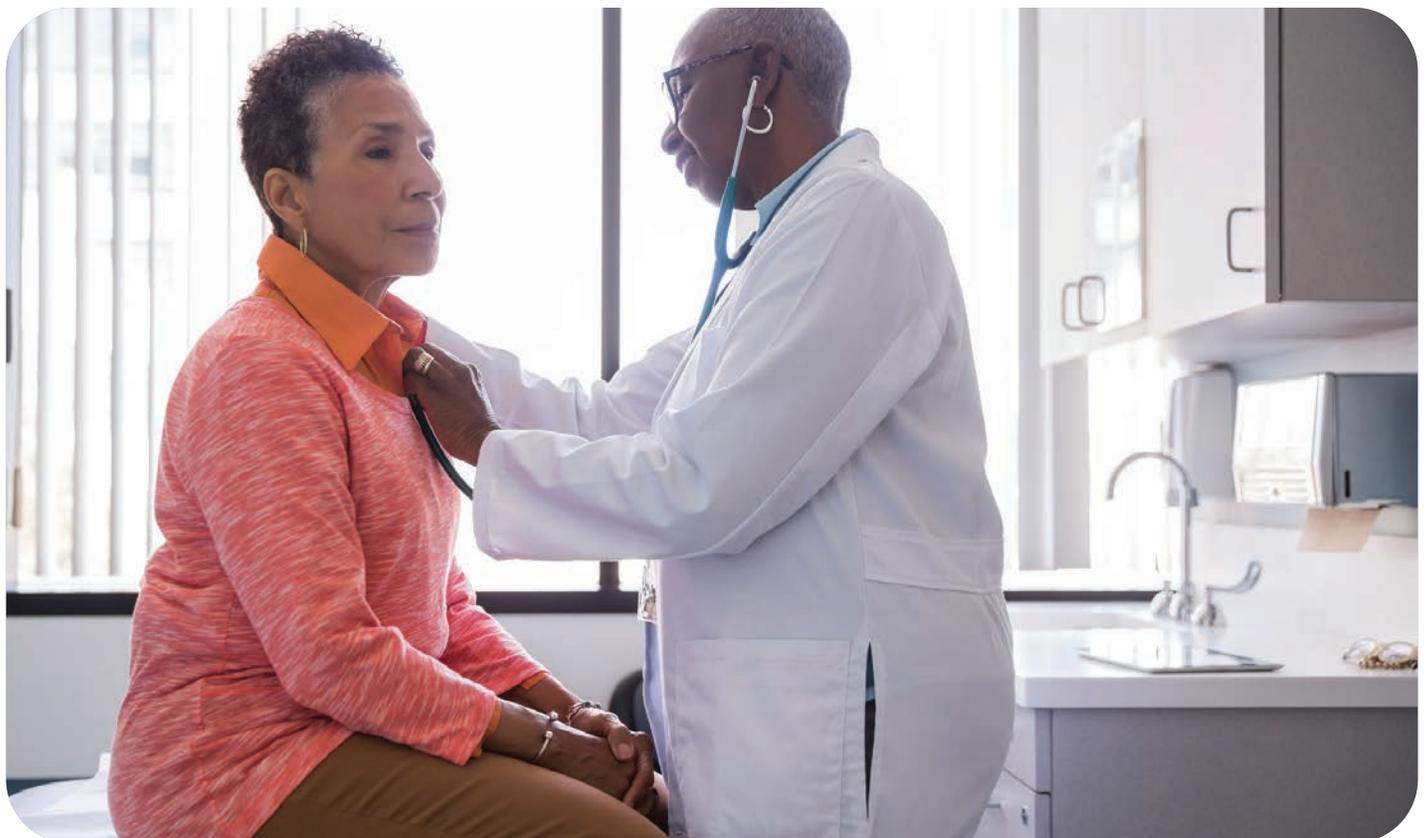
24 Inmunofenotipificación

26 Estudios de diagnóstico por imágenes

27 Punción lumbar

28 Pruebas de corazón

29 Puntos clave



Se necesitan pruebas precisas para diagnosticar y tratar el LDCBG. Este capítulo presenta una descripción general de los estudios posibles que puede realizarse y qué puede esperar.

Resultados de los estudios

Los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes y las biopsias se utilizarán para determinar su plan de tratamiento. Es importante que comprenda lo que significa cada estudio. Haga preguntas y guarde copias de los resultados de sus estudios. Los portales para pacientes en internet son una excelente manera de acceder a los resultados de sus estudios.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Elija a un amigo, familiar o compañero que pueda llevarlo a las citas, proporcionarle las comidas o darle apoyo emocional durante el diagnóstico y el tratamiento.
- Vaya acompañado a las visitas al médico si es posible.
- Escriba preguntas y tome notas durante las citas. No tenga miedo de hacer preguntas a su equipo de atención. Conozca a su equipo de atención y ayúdelos para que lo conozcan a usted.
- Haga copias de los resultados de los análisis de sangre, de los exámenes de diagnóstico por imágenes y de los informes sobre el tipo específico de cáncer que tiene.
- Organice su documentación. Arme archivos para los formularios del seguro, la historia clínica y los resultados de los estudios. Puede hacer lo mismo en su computadora.



Arme una carpeta médica

Un cuaderno o carpeta médica es una excelente manera de organizar toda su historia clínica en un solo lugar.

- Haga copias de los resultados de los análisis de sangre, de los exámenes de diagnóstico por imágenes y de los informes sobre su tipo específico de cáncer. Será útil al buscar una segunda opinión.
- Elija una carpeta que se adapte a sus necesidades. Procure que tenga un bolsillo con cremallera para llevar un bolígrafo, un pequeño calendario y las credenciales del seguro.
- Arme carpetas para los formularios del seguro, la historia clínica y los resultados de las pruebas. Puede hacer lo mismo en su computadora.
- Use los portales para pacientes en internet para ver los resultados de los análisis u otros registros. Descargue o imprima los registros y guárdelos en su carpeta.
- Organícela como le resulte más conveniente. Agregue una sección para tomar notas y escribir preguntas.
- Lleve su carpeta médica a las consultas. ¡Nunca se sabe cuándo puede necesitarla!

- Elabore una lista con la información de contacto de todos los miembros del equipo de atención. Agréguela a su teléfono. Coloque la lista en la puerta del refrigerador o guárdela en un lugar donde alguien pueda acceder a ella en caso de emergencia. Mantenga informado a su médico de atención primaria sobre los cambios en esta lista. Le recomendamos que mantenga a su médico de atención primaria. Son grandes socios en la atención.
- Incluya en su lista de contactos información sobre el subtipo exacto de LDCBG, así como cualquier tratamiento y la fecha en que se inició.

Pruebas de salud general

Historia clínica

La historia clínica es un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Prepárese para enumerar las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos interactúan y afectan las recetas que su médico puede darle. Informe a su médico sobre cualquier síntoma que tenga. Los antecedentes médicos, algunas veces llamados historia clínica, ayudan a determinar qué tratamiento es el mejor para usted.

Antecedentes familiares

Algunos cánceres, como otras enfermedades, pueden ser hereditarios. Su médico le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares. Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia

sobre problemas de salud como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. Es importante saber el tipo de cáncer específico o dónde comenzó el cáncer, si se encuentra en varios lugares.

Examen físico

Durante un examen físico, el profesional sanitario puede:

- Tomar la temperatura, la presión arterial, el pulso y el ritmo de su respiración.
- Controlar su altura y peso.
- Auscultar el corazón y los pulmones.
- Observar sus ojos, oídos, nariz y garganta.
- Palpar y aplicar presión en distintas partes del cuerpo para ver si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando los toca. Avise a su médico si siente dolor.
- Palpe el cuello y las axilas para detectar ganglios linfáticos agrandados. Informe a su médico si siente bultos o tiene dolor.

Para conocer los posibles estudios, [consulte la Guía 2](#).

Lleve una lista de los medicamentos, vitaminas, medicamentos de venta libre, herbarios o suplementos que toma.

Guía 2 Pruebas

Biopsia, clasificación de histología y revisión de patología

Inmunofenotipificación con inmunohistoquímica (IHC) y citometría de flujo

Examen físico con atención a las zonas de soporte de los ganglios, que incluyen el anillo de Waldeyer, así como al tamaño del hígado y del bazo

Estado funcional (PS)

Síntomas B (fiebre, sudoración nocturna abundante y pérdida de más del 10 % del peso corporal durante 6 meses)

Hemograma completo (CBC) con fórmula leucocitaria, lactato deshidrogenasa (LDH), panel metabólico completo y ácido úrico

Exploración por TEP/TC (incluido el cuello) o TC torácica/abdominal/pélvica con contraste

Cálculo del índice de pronóstico internacional (IPI) que predice la supervivencia general y libre de progresión del LDCBG en función de los factores de riesgo

Prueba de hepatitis B

Ecocardiograma o exploración por MUGA en caso de que se realice un régimen basado en antraciclina o antracenediona

Prueba de embarazo si se administrará quimioterapia o radioterapia

Posible:

- TC/IRM de cabeza con contraste o TC/IRM de cuello con contraste
 - La discusión de los problemas de fertilidad y los bancos de esperma
 - Prueba de VIH
 - Prueba de hepatitis C
 - Beta 2 microglobulina
 - Punción lumbar para pacientes con riesgo de afectación del sistema nervioso central (SNC)
 - Biopsia de médula ósea con o sin aspirado; la biopsia de médula ósea no es necesaria si en la exploración por TEP/TC se detecta enfermedad ósea.
-

Fertilidad (todos los sexos)

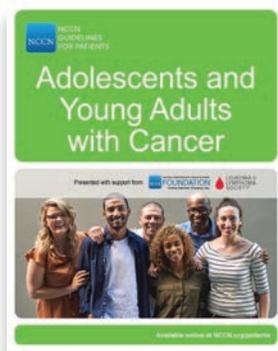
Tratamientos como la quimioterapia pueden afectar su fertilidad, la capacidad de tener hijos. Si cree que desea tener hijos en el futuro, consulte al médico la forma en que el cáncer y el tratamiento contra el cáncer podrían modificar su fertilidad. A fin de preservar su fertilidad, tal vez deba implementar alguna medida antes de comenzar el tratamiento contra el cáncer. Aquellas personas que deseen tener hijos en el futuro deberían consultar con un especialista en fertilidad para conversar acerca de las opciones disponibles antes de iniciar el tratamiento.

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

Puede encontrar más información sobre la preservación de la fertilidad en *NCCN Guidelines for Patients: Adolescentes y adultos jóvenes con cáncer*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).

Alteración de la fertilidad

El tratamiento puede hacer que su fertilidad se vea temporalmente alterada o interrumpida. Esta pérdida temporal de la fertilidad se relaciona con su edad en el momento de



recibir el diagnóstico, además de los tipos, la dosis y la duración del tratamiento. Hable con su médico sobre sus preocupaciones y si está planeando un embarazo.

Prevención del embarazo

Es importante prevenir el embarazo durante el tratamiento. El cáncer y el tratamiento del cáncer pueden afectar los ovarios y dañar los espermatozoides. Es posible que no sea recomendable utilizar un método hormonal de control de la natalidad, por lo que le recomendamos consultar a su médico acerca de las opciones con que cuenta, como dispositivos intrauterinos (DIU) y métodos de barrera. Los tipos de métodos de barrera incluyen condones, diafragmas, capuchones cervicales y esponja anticonceptiva.

Personas con ovarios

Las personas que pueden quedar embarazadas se someterán a una prueba de embarazo antes de comenzar el tratamiento. El tratamiento contra el cáncer puede dañar al bebé si está embarazada o queda embarazada durante el tratamiento. Por lo tanto, se recomienda adoptar medidas de control de la natalidad para prevenir el embarazo durante el tratamiento y posteriormente. Si está embarazada o amamantando en el momento del diagnóstico de cáncer, deberán evitarse ciertos tratamientos.

La menstruación, el flujo menstrual o “período” puede detenerse durante el tratamiento, pero a menudo reaparece dentro de los 2 años posteriores al tratamiento en mujeres de 40 años y menores. Todavía es posible que quede embarazada, aunque podría no tener el período. Por lo tanto, se recomienda un método de control de la natalidad durante el tratamiento y posteriormente. Consulte a su médico el mejor momento para planificar un embarazo.

Personas con testículos

El cáncer y el tratamiento contra el cáncer pueden dañar el esperma. Por lo tanto, use métodos anticonceptivos (control de la natalidad), como condones, para prevenir el embarazo durante y después del tratamiento.

Estado funcional

El estado funcional (PS) es el nivel general de aptitud física de una persona y su capacidad para realizar tareas de la vida diaria. Su estado de salud general se calificará mediante una escala de estado funcional llamada ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). El estado funcional (PS) es un factor que se tiene en cuenta al elegir un plan de tratamiento. Sus preferencias sobre el tratamiento siempre son importantes.

La puntuación del estado funcional (PS) según la escala ECOG varía de 0 a 4.

- PS 0 significa usted está plenamente activa.
- PS 1 significa que aún es capaz de realizar actividades de intensidad leve a moderada.

- PS 2 significa que aún puede cuidar de sí misma, pero no está activa.
- PS 3 significa que más de la mitad del tiempo debe permanecer sentada o acostada.
- PS 4 significa que requiere que una persona cuide de usted y debe permanecer sentada o acostada.

Por lo general, un buen estado funcional equivale a PS 0 o PS 1.

Índice de pronóstico internacional

El Índice de pronóstico internacional (IPI) es un sistema de puntuación para el pronóstico del cáncer. El pronóstico es el curso que probablemente tomará su cáncer. El IPI se basa en la edad, el estado funcional (PS), el estadio del cáncer, los resultados de la lactato deshidrogenasa (LDH) y si se encuentra cáncer en la médula ósea, el sistema nervioso central (SNC), el hígado, el tracto gastrointestinal o los pulmones. Estos factores también pueden evaluar su riesgo de enfermedad del SNC.

Estado funcional

El estado funcional (PS) es la capacidad de una persona para realizar tareas de la vida diaria.



Análisis de sangre

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

Prepárese para hacerse muchos análisis de sangre. Es posible que le hagan análisis de sangre cada 6 a 48 horas durante el tratamiento y la recuperación del LDCBG para verificar los resultados del tratamiento, los recuentos sanguíneos y la salud de órganos como el hígado y los riñones.

Algunas pruebas posibles que se describen a continuación se enumeran alfabéticamente y no en orden de importancia.

Ácido úrico

El ácido úrico es liberado por las células cuando el ADN se descompone. Es un producto de desecho normal que se disuelve en la sangre y se filtra a través de los riñones donde se expulsa del cuerpo en forma de orina. El nivel excesivo de ácido úrico en el cuerpo se denomina hiperuricemia. Con el LDCBG, puede ser causado por un recambio rápido de glóbulos blancos. Un nivel alto de ácido úrico podría ser un efecto secundario de la quimioterapia o la radioterapia.

Anticuerpos contra el CMV

La prueba de anticuerpos contra el citomegalovirus (CMV) busca anticuerpos contra el CMV, un virus de la familia del herpes. El CMV es muy común. La mayoría de las personas ni siquiera saben que lo tienen.

Creatinina

La creatinina es un desecho generado por los músculos. Cada persona genera una cantidad fija de creatinina todos los días según la

cantidad de músculo que tenga. Se filtra de la sangre por los riñones. El nivel de creatinina en la sangre indica qué tan bien están funcionando los riñones. Los niveles más altos de creatinina significan que los riñones no funcionan tan bien como cuando alguien tenía niveles más bajos de creatinina.

Electrolitos

Los electrolitos ayudan a trasladar los nutrientes hacia las células y a retirar los desechos de ellas. Los electrolitos son iones o partículas con cargas eléctricas que ayudan a que los nervios, los músculos, el corazón y el cerebro funcionen como deberían. El cuerpo necesita electrolitos para funcionar correctamente.

Fórmula leucocitaria

Hay 5 tipos de glóbulos blancos: neutrófilos, linfocitos, monocitos, eosinófilos y basófilos. La fórmula leucocitaria cuenta la cantidad de cada tipo de glóbulo blanco. Además verifica si las cantidades están equilibradas entre sí.

Hemograma completo

El hemograma completo (CBC) mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. El médico averiguará si tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos para combatir infecciones y plaquetas para controlar sangrados.

Hepatitis B y C

La hepatitis es un virus que causa la inflamación del hígado. La hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC) se transmiten por contacto con la sangre y otros líquidos corporales. Un análisis de sangre mostrará si tuvo hepatitis en el pasado o si tiene la enfermedad hoy. Algunos

tratamientos pueden hacer que el VHB se reactive, lo que puede causar daño hepático.

Lactato deshidrogenasa

La lactato deshidrogenasa (LDH) o deshidrogenasa del ácido láctico es una proteína que se encuentra en la mayoría de las células. Las células que mueren liberan LDH en la sangre. Las células de rápido crecimiento también liberan LDH.

Panel metabólico completo

El panel metabólico completo (PMC) mide 14 sustancias diferentes en la sangre. Suele realizarse con el plasma de la sangre. El PMC proporciona información importante sobre el funcionamiento de sus riñones e hígado, entre otras cosas.

Prueba de embarazo

Si el tratamiento planeado podría afectar el embarazo, a quienes puedan quedar embarazadas se les entregará una prueba de embarazo antes de comenzar el tratamiento.

SPEP

La electroforesis de proteínas en suero (SPEP) examina proteínas específicas en la sangre llamadas globulinas, que pueden aumentar en ciertas afecciones.

Tipificación de HLA

El antígeno leucocitario humano (HLA) es una proteína que se encuentra en la superficie de la mayoría de las células. Desempeña un papel importante en la respuesta inmunitaria del cuerpo. Los HLA son únicos para cada persona. Marcan las células de su cuerpo. El cuerpo detecta estos marcadores que indican que células son suyas. En otras palabras,

Prepárese para hacerse muchos análisis de sangre.

todas sus células tienen el mismo conjunto de HLA. El conjunto de HLA de cada persona se llama tipo de HLA o tipo de tejido.

La tipificación de HLA es una prueba de sangre que detecta el tipo de HLA de la persona. Esta prueba se le realiza al donante antes de un trasplante de células precursoras sanguíneas (allogénico). Para encontrar un donante compatible, se compararán las proteínas con las del donante para ver cuántas de ellas son iguales. Se necesita una muy buena coincidencia para que el trasplante pueda ser una opción de tratamiento. De no ser así, su cuerpo rechazará las células del donante o las células del donante reaccionarán contra su cuerpo. En primer lugar se analizarán sus muestras de sangre y las de sus familiares consanguíneos.

VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). La prueba de anticuerpos contra el VIH busca anticuerpos contra el VIH en una muestra de sangre, orina o saliva. El tratamiento para el LDCBG VIH positivo no está cubierto en este libro.

Biopsia

Una biopsia es la extracción de una muestra de tejido o líquido para analizarlo. Es una parte importante para realizar un diagnóstico preciso. La muestra debe ser revisada por un anatomopatólogo experto en el diagnóstico de LDCBG. El anatomopatólogo observará la apariencia general y el tamaño, forma y tipo de sus células. Esta revisión suele denominarse revisión de histología, histopatología o hematopatología. Se realizarán pruebas con las células obtenidas por biopsia. Consulte sobre los resultados de su biopsia y qué significa para su tratamiento.

Los tipos de biopsias posibles incluyen:

- **La aspiración con aguja fina (AAF) o biopsia por punción con aguja gruesa (CB)** utiliza agujas de diferentes tamaños para extraer una muestra de tejido o líquido.

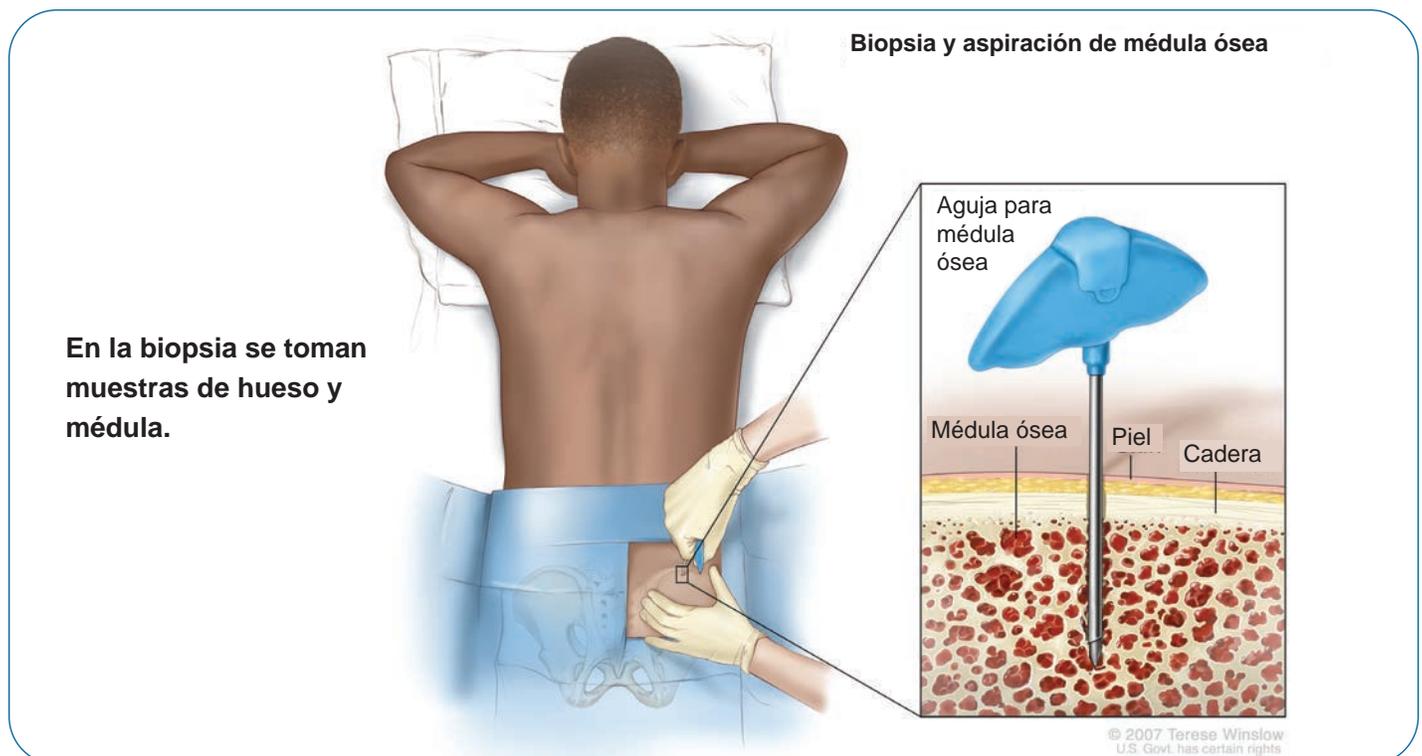
➤ Biopsia del ganglio linfático

Se recomienda una aspiración con aguja fina (AAF) y una biopsia de ganglio linfático. La AAF generalmente se realiza con otros métodos de laboratorio para diagnosticar con precisión el tipo de LDCBG.

Estos métodos incluyen:

- Inmunohistoquímica (IHQ)
- Citometría de flujo
- Pruebas de biomarcadores para detectar reordenamientos genéticos y cariotipo o FISH para translocaciones importantes

En un reordenamiento genético, hay pérdida o ganancia de material cromosómico. Una translocación se refiere a la transferencia de material genético de un cromosoma a otro.



Análisis de médula ósea

En ciertos casos, se pueden realizar análisis de médula ósea.

Hay 2 tipos de análisis de médula ósea que suelen realizarse al mismo tiempo:

- Aspiración de médula ósea
- Biopsia de médula ósea

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

Normalmente las muestras se toman de la parte posterior del hueso de la cadera (pelvis). Es probable que deba acostarse boca abajo o de costado. Los médicos primero limpiarán la zona y le administrarán un sedante o adormecerán la piel y la superficie externa del hueso. Para la aspiración, se introduce una aguja hueca en el hueso a través de la piel. La médula ósea líquida se extrae con una jeringa. Para la biopsia, se usa una aguja más ancha para extraer una muestra del núcleo. Puede sentir dolor en el hueso de la cadera durante algunos días. Pueden aparecer moretones en la piel.

Biopsia del ganglio linfático

Se recomienda realizar una biopsia del ganglio linfático para el diagnóstico de LDCBG. Los ganglios linfáticos suelen ser demasiado pequeños para verse o palpase. A veces, los ganglios linfáticos pueden sentirse hinchados, agrandados, duros al tacto o no se mueven cuando se los empuja (fijos o inmóviles). Se puede realizar una biopsia del ganglio linfático mediante un procedimiento de biopsia con aguja o como una pequeña cirugía para extirpar un ganglio linfático.

¿Cuáles son sus antecedentes médicos familiares?

Algunos tipos de cáncer y otras enfermedades son hereditarios, es decir, se relacionan con usted a través de los genes que se transmiten de padres a hijos. Esta información se llama antecedentes médicos familiares. Puede preguntar a los miembros de su familia sobre problemas de salud como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron. En caso de parientes que hayan muerto, pregunte la causa y la edad en que murieron.

Empiece por sus padres, hermanos e hijos. Luego, hable con sus medio hermanos, tíos, sobrinos, abuelos y nietos.

Escriba todo lo que averigüe sobre sus antecedentes familiares y compártalo con el profesional de atención médica.

Algunas de las preguntas que debe hacer son las siguientes:

- ¿Tiene alguna enfermedad crónica, como una cardiopatía o diabetes, o problemas de salud como hipertensión arterial o colesterol alto?
- ¿Tuvo alguna otra enfermedad, como cáncer o accidente cerebrovascular?
- ¿Qué edad tenía cuando recibió el diagnóstico de cada una de estas enfermedades y problemas de salud?
- ¿Cuál es la ascendencia de su familia? ¿De qué países proceden sus antepasados?

Análisis genéticos

Los análisis genéticos se realizan con sangre o saliva (escupir en una taza). El objetivo consiste en buscar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos, llamadas mutaciones de la línea germinal. Algunas mutaciones pueden ponerlo en riesgo de tener más de un tipo de cáncer. También puede transmitir estos genes a sus hijos. Además, los familiares pueden ser portadores de estas mutaciones. Informe a su médico si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Hay 3 tipos principales de análisis genéticos:

- **Pruebas citogenéticas:** para examinar cromosomas completos
- **Pruebas bioquímicas:** para medir la proteína producida por los genes
- **Pruebas moleculares:** para detectar pequeñas mutaciones genéticas o de ADN

Aunque puede ser confuso, solo se debe saber que las pruebas realizadas para detectar una mutación genética heredada o un riesgo heredado de cáncer son diferentes a los análisis genéticos realizados en células cancerosas o las pruebas para detectar proteínas producidas por células cancerosas. Este libro se refiere a las pruebas realizadas en células cancerosas o para detectar evidencia de cáncer como pruebas de biomarcadores.

Pruebas de biomarcadores

Se realizarán pruebas de laboratorio con la muestra de la biopsia para detectar mutaciones/alteraciones específicas del ADN (ácido desoxirribonucleico), niveles de

proteína u otras características moleculares. Esta información se utiliza para obtener más información sobre el tipo de LDCBG y para elegir el mejor tratamiento para usted. Algunas veces también se llaman estudios moleculares, perfiles tumorales, perfiles de expresión genética o pruebas genómicas.

Dentro de nuestras células hay moléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN): estas moléculas están muy comprimidas en lo que se conoce como un cromosoma. Los cromosomas contienen la mayor parte de la información genética de la célula. Las células humanas normales contienen 23 pares de cromosomas para un total de 46 cromosomas. Cada cromosoma contiene miles de genes. Los genes son instrucciones codificadas para las proteínas producidas por las células. Una mutación se produce cuando algo sale mal en el código genético.

Las pruebas de biomarcadores incluyen pruebas de genes o sus productos (proteínas). Identifica la presencia o ausencia de mutaciones y ciertas proteínas que podrían indicar el tratamiento. Las proteínas se escriben así: BCL6. Los genes se escriben en cursiva de la siguiente manera: BCL6. Cuando se encuentra un gen o una proteína, se muestra con un signo (+) de la siguiente manera: CD10+. Cuando no se haya encontrado se escribirá como CD10-.

Ejemplos de biomarcadores:

- BCL2, BCL6, CD3, CD5, CD10, CD20, CD45, IRF4/MUM1, Ki-67, MYC y otros.

Ejemplos de genes:

- MYC, BCL2 y BCL6.

Prueba de marcadores tumorales de microglobulina beta 2 (B2M)

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

Hibridación in situ del virus de Epstein-Barr

La hibridación in situ de la región de codificación de Epstein-Barr (EBER) (EBER-ISH) se utiliza para detectar el virus de Epstein-Barr (VEB) en muestras de tejido. El virus de Epstein-Barr a veces se puede encontrar en personas con LDCBG. Esta prueba puede ayudar a determinar el subtipo de LDCBG.

FISH

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

Con FISH, se pueden encontrar translocaciones que son demasiado pequeñas para ser vistas con otros métodos. La translocación se produce cuando partes de dos cromosomas se intercambian entre sí. Sin embargo, el método FISH solo se puede usar para cambios conocidos. No puede detectar todos los cambios posibles encontrados con un cariotipo. Por ejemplo, FISH se usa para detectar los reordenamientos genéticos de *BCL2* y *BCL6* si LDCBG es *MYC* positivo.

Reordenamientos genéticos

En los reordenamientos genéticos, se desprende parte de un gen y se une a otro gen. Cuando una célula se divide muchas veces, todo el grupo de células se denomina clonal o clonalidad. En los reordenamientos clonales, se encuentran grupos anormales.

- Los reordenamientos genéticos de *MYC*, *BCL2* y *BCL6* suelen encontrarse en LDCBG.
- El linfoma de células B de doble hit es un grupo de tumores con translocaciones de *MYC* y *BCL2*, *BCL6* u otros genes.

MYC

El reordenamiento genético *MYC* (protooncogén, factor de transcripción bHLH) o *MYC-R* suele encontrarse con un reordenamiento genético de *BCL2* o *BCL6*.

BCL2

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

BCL6

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

Cariotipo

Un cariotipo es una imagen de cromosomas. Las células humanas normales contienen 23 pares de cromosomas para un total de 46 cromosomas. El cariotipo mostrará piezas de cromosomas adicionales, faltantes, reorganizadas o anormales. Como el cariotipo requiere células en crecimiento, se debe usar una muestra de médula ósea.

Prueba de mutación

Se utilizará una muestra de sangre o de médula ósea para determinar si las células cancerosas del LDCBG tienen mutaciones específicas. Los tratamientos específicos se pueden enfocar en algunas mutaciones. Esto es distinto de los análisis genéticos para mutaciones que puede haber heredado de sus padres.

La prueba de mutación incluye pruebas de genes o sus productos (proteínas). Puede que se presenten nuevas mutaciones sutiles y resistentes a los medicamentos con el tiempo. Las mutaciones también pueden ocurrir durante el tratamiento. Las pruebas de mutación se realizan para detectar estas nuevas mutaciones. Algunas mutaciones producen resistencia a ciertos tratamientos dirigidos. Hay muchas mutaciones posibles.

Hibridación genómica comparativa

La hibridación genómica comparativa (HGC) es una técnica que compara muestras de ADN de tejido normal y tejido tumoral. Se utiliza para detectar cromosomas anormales.

Secuenciación de alto rendimiento

La secuenciación de alto rendimiento (SAR) es capaz de secuenciar cientos de millones de moléculas de ADN a la vez.

Secuenciación de la próxima generación

La secuenciación de la próxima generación (NGS) es un método de alto rendimiento utilizado para determinar una parte de la secuencia de ADN de una persona.

PCR

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es un proceso de laboratorio que puede producir millones o miles de millones de copias de su ADN (información genética) en unas pocas horas, pero los resultados pueden demorar días en obtenerse. La PCR es muy sensible. Puede encontrar una célula anormal entre más de 100 000 células normales. Estas copias denominadas productos de PCR podrían utilizarse para la SAR y la NGS.

Inmunofenotipificación

La inmunofenotipificación es un proceso que utiliza anticuerpos para detectar la presencia o ausencia de ciertos antígenos. Los antígenos son proteínas o marcadores que se pueden encontrar en la superficie o dentro de los glóbulos blancos. Las agrupaciones específicas de antígenos son normales. Sin embargo, se encuentran algunos patrones específicos de antígenos en células anormales.

La inmunofenotipificación se puede realizar mediante citometría de flujo o inmunohistoquímica. Se utiliza para

identificar el subtipo específico de LDCBG. El inmunofenotipo puede cambiar a medida que avanza el cáncer.

El linfoma difuso de células B grandes se divide en 2 categorías amplias:

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

La inmunofenotipificación se utiliza para establecer el diagnóstico y el origen de GCB frente a no GCB.

- GCB es CD10+ o BCL6+ e IRF4/MUM1-.
- No GCB es CD10- e IRF4/MUM1+ o BCL6- e IRF4/MUM1-.

El inmunofenotipo de LDCBG suele ser CD20+, CD45+ y CD3-. Se utilizan marcadores adicionales para establecer el subtipo.

[Consulte la Guía 3.](#)

Citometría de flujo

La citometría de flujo es un método de laboratorio que se utiliza para detectar, identificar y contar células específicas. La

citometría de flujo implica teñir las células con un tinte sensible a la luz. Las células teñidas se pasan a través de un haz de luz en una máquina. La máquina mide la cantidad de células, aspectos como su forma y tamaño y las proteínas de la superficie de miles de células. La citometría de flujo se puede usar en células de sangre circulante (periférica), médula ósea o una biopsia. La citometría de flujo se usa más comúnmente en la identificación de marcadores en las células, particularmente en el sistema inmunitario (llamado inmunofenotipificación).

Los siguientes marcadores de superficie celular pueden analizarse mediante citometría de flujo: kappa/lambda, CD45, CD3, CD5, CD19, CD10 y CD20.

Inmunohistoquímica

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

Guía 3

Pruebas para diagnosticar el subtipo de LDCBG

Se necesitan

- Panel de IHQ: CD20, CD3, CD5, CD10, CD45, BCL2, BCL6, Ki-67, IRF4/MUM1 y MYC con o sin análisis de marcadores de superficie celular por citometría de flujo: kappa/lambda, CD45, CD3, CD5, CD19, CD10 y CD20
- FISH para reordenamientos de *BCL2*, *BCL6* si es *MYC* positivo

En algunos casos

- Panel HC: ciclina D1, kappa/lambda, CD30, CD138, ALK, HHV8 y SOX11
- Hibridación in situ del virus de Epstein-Barr (EBER-ISH)

Estudios de diagnóstico por imágenes

En los estudios de diagnóstico por imágenes, se toman fotografías del interior del cuerpo. En los estudios de diagnóstico por imágenes se observan el tumor primario, o dónde comenzó el cáncer, y se busca cáncer en otras partes del cuerpo. Un radiólogo, experto que interpreta los estudios de diagnóstico por imágenes de los estudios, redactará un informe y se lo enviará a su médico. Su médico analizará los resultados con usted.

Los siguientes estudios de diagnóstico por imágenes se enumeran en orden alfabético, pero no en orden de importancia.

Exploración por TC

Una exploración por tomografía computada (TC o TAC) usa rayos X y tecnología para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes se combinan para hacer una imagen detallada.

La TC de pecho, abdomen o pelvis se puede utilizar como prueba para detectar el cáncer. En la mayoría de los casos, se utilizará contraste.

Medio de contraste

El material de contraste se utiliza para mejorar las imágenes del interior del cuerpo. Los materiales de contraste no son colorantes, sino sustancias que ayudan a realzar y mejorar las imágenes de varios órganos y estructuras en el cuerpo. Se usa para que las imágenes sean más claras. El medio de contraste no es permanente y se expulsa del cuerpo a través de la orina después de la prueba. Los tipos de contraste varían y son diferentes para la TC y la IRM.

Avise a sus médicos si ha tenido reacciones alérgicas al medio de contraste en el pasado, especialmente al yodo o a los mariscos, como las gambas. Esto es importante. Es posible que le administren medicamentos, como Benadryl y prednisona, para evitar los efectos de dichas alergias. Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien.

Exploración por IRM

La imagen por resonancia magnética (IRM) usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. No usa rayos X. Informe al técnico si tiene metales en el cuerpo.

Exploración por TEP/TC

Una tomografía por emisión de positrones (TEP) utiliza un fármaco radiactivo llamado radiomarcador. El radiomarcador es una sustancia que se inyecta en una vena para ver en qué lugar del cuerpo se encuentran las células cancerosas y para saber si están usando azúcar producida por el cuerpo para crecer. Las células cancerosas aparecen como puntos brillantes en las exploraciones por TEP. Sin embargo, no todos los tumores aparecerán en una exploración por TEP. Además, no todos los puntos brillantes son cáncer. Es normal que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP. Cuando la exploración por TEP se combina con una TC se llama exploración por TEP/TC. Según el centro oncológico, puede realizarse con uno o dos equipos.

Ecografía escrotal

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

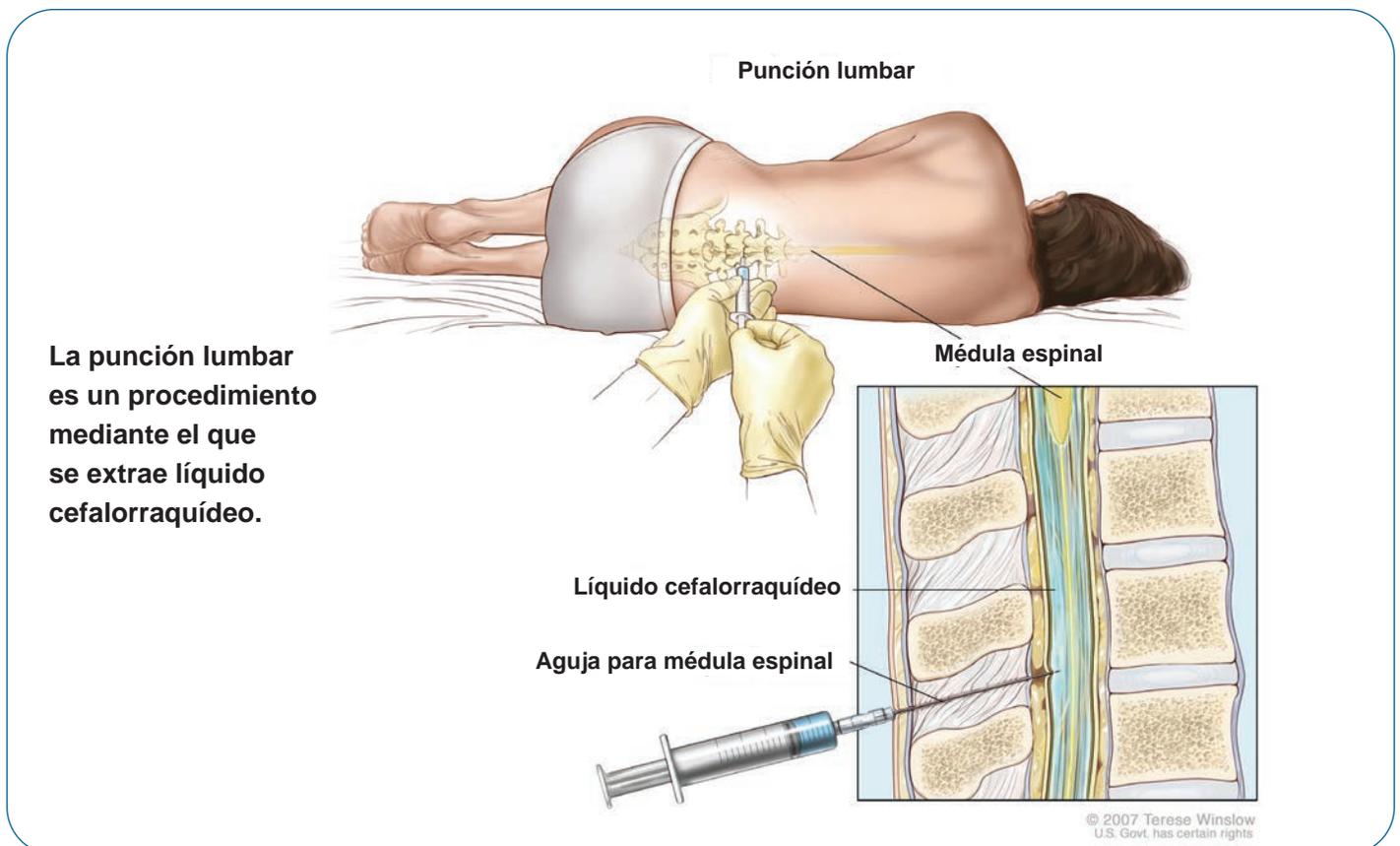
Punción lumbar

La punción lumbar (PL) es un procedimiento mediante el que se extrae líquido cefalorraquídeo. También se usa para inyectar los medicamentos de quimioterapia en el líquido cefalorraquídeo. Esto se llama quimioterapia intratecal (IT).

Cuando se realice la TI, se tomará y analizará una muestra del líquido cefalorraquídeo. El LDCBG puede viajar al líquido cefalorraquídeo (LCR) que rodea la columna vertebral o el cerebro. Esto se denomina enfermedad del sistema nervioso central (SNC). Cuando la terapia sistémica y la terapia IT se administran juntas para prevenir la enfermedad del SNC, se denomina profilaxis del SNC.



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



Pruebas de corazón

Ciertos tratamientos pueden afectar la función (cardíaca) del corazón. Las pruebas cardíacas se pueden realizar para evaluar qué tan bien funciona el corazón. Estas pruebas pueden realizarse como referencia y antes de administrar la quimioterapia. Es posible que lo deriven a un cardiólogo.

Electrocardiograma

Un electrocardiograma (ECG) muestra los cambios eléctricos del corazón. Revela información sobre la frecuencia y el ritmo cardíacos. El intervalo QT corregido prolongado (o QTc) ocurre cuando el músculo cardíaco tarda más de lo normal en recargarse entre latidos. Con frecuencia, esta interferencia eléctrica se puede detectar con un ECG. Ciertos tratamientos para la LMC pueden causar un QTc prolongado. Si el QTc se prolonga demasiado, puede causar ritmos cardíacos peligrosos.

Ecocardiograma

El ecocardiograma (o eco) utiliza ondas sonoras para generar imágenes. En esta prueba, se colocarán pequeños parches en el pecho para registrar los latidos del corazón. A continuación, se deslizará una varilla con gel en la punta por una parte del pecho desnudo. En la pantalla, se verá una imagen del corazón latiendo. Las imágenes se grabarán para verlas más adelante.

El ecocardiograma es una forma de medir la fracción de eyección, que es la cantidad de sangre bombeada desde el lado izquierdo del corazón cada vez que late. Si la fracción de eyección es baja, la cantidad de sangre que se bombea desde el lado izquierdo del corazón es más baja de lo normal.

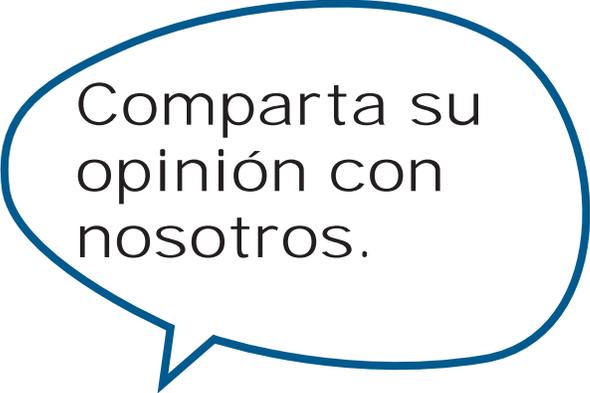
Las pruebas
llevan tiempo.
Los resultados de
las pruebas pueden
tardar días o
semanas en llegar.

Exploración de medicina nuclear cardíaca

Una gammagrafía cardíaca nuclear es un estudio de diagnóstico por imágenes que utiliza cámaras especiales y una sustancia radiactiva llamada radiomarcador para generar imágenes del corazón. El radiomarcador se inyecta en la sangre y viaja hasta el corazón. Esta prueba también se puede realizar para medir la fracción de eyección.

Puntos clave

- Los análisis de sangre y estudios de diagnóstico por imágenes comprueban si hay signos de la enfermedad, el funcionamiento de los órganos y los resultados de tratamiento.
- Una biopsia es la extracción de una muestra de tejido o líquido para analizarlo. Es una parte importante para realizar un diagnóstico de LDCBG preciso.
- La inmunofenotipificación se realiza para identificar el subtipo específico de LDCBG.
- Se realizarán pruebas de laboratorio con la muestra de la biopsia para detectar mutaciones/alteraciones específicas del ADN (ácido desoxirribonucleico), niveles de proteína u otras características moleculares. Esta información se utiliza para obtener más información sobre el subtipo de LDCBG y para elegir el mejor tratamiento para usted.
- Las pruebas de biomarcadores incluyen pruebas de genes o sus productos (proteínas). Identifica la presencia o ausencia de mutaciones y ciertas proteínas que podrían indicar el tratamiento.
- Los reordenamientos genéticos de *MYC*, *BCL2* y *BCL6* suelen encontrarse en LDCBG.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes se realizan para detectar sitios de infección, sangrado y leucemia que podrían haberse propagado fuera del torrente sanguíneo.
- Se puede realizar una punción lumbar para detectar LDCBG en el líquido cefalorraquídeo.
- Ciertos tratamientos pueden afectar la función del corazón. Las pruebas cardíacas se pueden realizar para evaluar qué tan bien funciona el corazón.
- Los portales para pacientes en internet son una excelente manera de acceder a los resultados de sus estudios.



Comparta su
opinión con
nosotros.

Complete nuestra
[encuesta](#)

**Y colabore para que
NCCN Guidelines for Patients sea
mejor para todos.**

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

3

Resumen del tratamiento

31	Equipo de atención	38	Trasplante de células madre
33	Fases de tratamiento	39	Cirugía
34	Prevenir el embarazo durante el tratamiento	39	Ensayos clínicos
34	Tratamiento sistémico	41	Tratamiento complementario
35	Quimioterapia	46	Puntos clave
35	Quimioinmunoterapia		
36	Inmunoterapia		
37	Tratamiento dirigido		
37	Radioterapia		



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

El LDCBG es tratable. El tratamiento del LDCBG suele ser una combinación de quimioterapia e inmunoterapia llamada quimioinmunoterapia. Podría agregarse la radioterapia. La cirugía es una parte rutinaria del tratamiento para el LDCBG. Si se necesita la cirugía, consulte a un cirujano con experiencia en LDCBG.

Es importante hablar periódicamente con el equipo de atención sobre los objetivos y el plan de tratamiento.

Equipo de atención

El tratamiento del LDCBG requiere un abordaje en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario (MDT). Un equipo multidisciplinario es un equipo de médicos, trabajadores de la salud y asistentes sociales de diferentes entornos profesionales que tengan conocimiento y experiencia sobre su tipo de cáncer. Este equipo debe reunirse para planificar e implementar su tratamiento. Pregunte quién coordinará su atención.

Algunos integrantes de su equipo de atención lo acompañarán durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros estarán presentes

durante ciertos momentos. Conozca a su equipo de atención y ayúdelos para que lo conozcan a usted.

Dependiendo de su diagnóstico, su equipo puede incluir los siguientes especialistas:

- El **hematólogo** es un experto en enfermedades de la sangre y cánceres de la sangre.
- El **anatomopatólogo o hematopatólogo** analiza las células y los tejidos extraídos durante una biopsia y aporta un diagnóstico de cáncer, estadificación e información sobre las pruebas de biomarcadores.
- El **radiólogo especializado en diagnóstico** interpreta los resultados de las radiografías y otros estudios de diagnóstico por imágenes.
- El **radiólogo intervencionista** realiza biopsias con aguja y coloca vías para los tratamientos.
- El **oncólogo médico** trata el cáncer en adultos usando tratamiento sistémico.
- El **radiooncólogo** prescribe y planifica la radioterapia para tratar el cáncer.
- El **anestesiólogo** administra la anestesia, un medicamento para que no sienta dolor durante las operaciones o procedimientos.
- Los **residentes y becarios** son médicos que continúan su formación, en algunos casos, para convertirse en especialistas en un determinado campo de la medicina.
- Los **enfermeros practicantes y asociados médicos** son profesionales de atención médica que trabajan junto con los médicos y otros miembros del equipo médico. Algunas de sus visitas a la clínica pueden estar a cargo de un enfermero practicante o de un asociado médico.

- Los **enfermeros oncológicos** brindan atención práctica, como el tratamiento sistémico, administran la atención, responden preguntas y lo ayudan a sobrellevar los efectos secundarios. A veces, a estos expertos se les llama enfermeros coordinadores.
- Los **farmacéuticos oncológicos** proporcionan los medicamentos que se usan para tratar el cáncer y para controlar los síntomas y los efectos secundarios.
- Los **enfermeros, proveedores de práctica avanzada y médicos de cuidados paliativos** proporcionan un nivel adicional de asistencia para ayudarlo con sus síntomas relacionados con el cáncer.
- Los **nutricionistas y dietistas** pueden ofrecer orientación sobre los alimentos que son más adecuados para su enfermedad.
- El **terapeuta ocupacional** ayuda a las personas con las tareas de la vida diaria.
- El **fisioterapeuta** ayuda a las personas a moverse con mayor comodidad y facilidad.
- El **terapeuta certificado para linfedema** da un tipo de masaje llamado drenaje linfático manual.
- Los **psicólogos y psiquiatras** son expertos en salud mental que pueden ayudarlo a tratar problemas tales como depresión, ansiedad u otros problemas relacionados con la salud mental que pueden afectar cómo se siente.
- Los **asistentes sociales** ayudan a las personas a resolver y hacer frente a los problemas de la vida diaria. Los asistentes sociales clínicos también diagnostican y tratan problemas mentales, conductuales y emocionales. En algunos centros

oncológicos, el asistente social es quien se ocupa de manejar la ansiedad que se siente cuando las personas reciben un diagnóstico de cáncer. Ellos, u otros asistentes designados, pueden ayudarlo con las complejidades propias de las tensiones financieras y en asuntos relacionados con el seguro.

- El **equipo de investigación** ayuda a recopilar datos de investigación y a coordinar la atención si está participando en un ensayo clínico.

Conozca a su equipo de atención y ayúdelos para que lo conozcan a usted.

Su bienestar físico, mental y emocional es importante. Usted se conoce a sí mismo mejor que nadie. Ayude a otros miembros del equipo a comprender lo siguiente:

- Cómo se siente
- Qué necesita
- Qué funciona y qué no

Tenga a mano una lista de nombres e información de contacto de cada miembro de su equipo. Esto hará que sea más fácil para usted y cualquier persona involucrada en su cuidado saber a quién contactar si tiene preguntas o inquietudes.

Fases de tratamiento

Estos son algunos términos que puede escuchar de su equipo de atención.

Inducción

El tratamiento de inducción o de primera línea es la primera fase del tratamiento. El objetivo de la inducción es la respuesta completa (RC) o la remisión. A veces, este tratamiento inicial se denomina tratamiento de inducción de remisión. Después de la inducción, le harán pruebas para detectar una respuesta (remisión).

Consolidación

Para aquellos en remisión, la consolidación puede producirse después de la inducción. Se realiza para eliminar las células cancerosas que puedan quedar en el cuerpo después de la inducción. Esto es para evitar que el cáncer regrese. A veces, este tratamiento se denomina terapia de posremisión, que puede ser una combinación de terapia de consolidación y mantenimiento.

Mantenimiento

El mantenimiento puede ser la tercera fase del tratamiento. Es un tratamiento para evitar que el cáncer regrese. Se puede administrar durante un período largo y extenderse durante años. El mantenimiento también se denomina terapia de posconsolidación porque es un tratamiento después (pos) de la consolidación. No todos recibirán terapia de mantenimiento. Se puede recomendar mantenimiento según el tipo de enfermedad, la consolidación y el riesgo de recidiva.

Remisión

Hay distintos tipos de respuesta al tratamiento. Cuando no hay indicios de cáncer, esto se denomina respuesta completa (RC) o remisión completa. La remisión puede ser a corto plazo (temporal) o de larga duración (permanente). En la respuesta parcial, el cáncer aún está presente, pero se ha reducido en tamaño.

Recidiva

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

Enfermedad resistente

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

Vigilancia

Se realizarán monitoreos durante el tratamiento. La vigilancia supervisa cualquier cambio en su afección después de la remisión o un trasplante de células madre. Se le realizarán pruebas durante la vigilancia para verificar si hay signos de recidiva.

Prevenir el embarazo durante el tratamiento

Si queda embarazada durante la quimioterapia, la radioterapia u otros tipos de tratamiento sistémico, pueden producirse defectos congénitos graves. Hable con su equipo de atención sobre la prevención del embarazo durante el tratamiento del cáncer. Aquellas personas que deseen quedar embarazadas en el futuro deberían consultar con un especialista en fertilidad para conversar acerca de las opciones disponibles antes de iniciar la quimioterapia o la radioterapia.

No debe quedar embarazada durante el tratamiento con tratamiento sistémico o radioterapia.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es una terapia con medicamentos que funciona en todo el cuerpo. Los tipos incluyen quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia. Los tratamientos sistémicos podrían usarse solos o en combinación con otros tratamientos. Los objetivos del tratamiento sistémico deben analizarse antes de comenzar el tratamiento. Sus preferencias sobre el tratamiento son importantes. Si tiene creencias religiosas o personales sobre ciertos tipos de tratamiento, ahora es el momento de compartirlas con su equipo de atención.

¡Advertencias!

Es posible que se le pida que deje de tomar o evite ciertos suplementos herbarios cuando se someta a un tratamiento sistémico. Algunos suplementos pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Esto se conoce como interacción de los fármacos. Es fundamental hablar con su equipo de atención sobre cualquier suplemento que esté tomando.

Algunos ejemplos incluyen:

- Cúrcuma
- Ginkgo biloba
- Extracto de té verde
- Hierba de San Juan

Ciertos medicamentos también pueden afectar la capacidad de un medicamento para realizar su función. Los antiácidos, los medicamentos para el corazón y los antidepresivos son solo algunos de los medicamentos que pueden interactuar con el tratamiento sistémico. Por eso es importante que informe a su médico sobre cualquier medicamento, vitaminas, medicamentos de venta libre (OTC), hierbas o suplementos que esté tomando. **Lleve una lista con usted a cada visita.**

Quimioterapia

La quimioterapia mata a las células de rápido crecimiento en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales. Se puede utilizar más de un medicamento de quimioterapia para tratar el LDCBG. Cuando se usa solo un fármaco, se lo denomina agente único. El régimen combinado o con múltiples agentes utiliza dos o más medicamentos de quimioterapia.

Algunos medicamentos de quimioterapia son líquidos que se infunden en una vena o se inyectan debajo de la piel con una aguja. Otros medicamentos de quimioterapia se pueden administrar como una píldora que se ingiere. La dosis final difiere entre las personas porque se basa en el peso corporal. La quimioterapia intratecal se inyecta en el líquido cefalorraquídeo.

En la mayoría de los casos, la quimioterapia se realiza en ciclos con días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del próximo ciclo. La duración de los ciclos varía según la quimioterapia que se utilice. Le harán análisis para ver si el tratamiento está funcionando bien. Es posible que pase algún tiempo en el hospital durante el tratamiento.

Este es un ejemplo de una combinación de medicamentos de quimioterapia (régimen):

- EPOCH incluye etopósido (Etopophos), prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina.

Quimioinmunoterapia

La quimioinmunoterapia, también llamada inmuoquimioterapia, incluye medicamentos de quimioterapia e inmunoterapia para tratar el cáncer.

Algunos ejemplos incluyen:

- RCHOP incluye rituximab (Rituxan), ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona.
- RCDOP incluye rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina liposomal (Doxil), vincristina y prednisona.
- RCEOP incluye rituximab, ciclofosfamida, etopósido, vincristina y prednisona.
- RCEPP incluye rituximab, ciclofosfamida, etopósido, prednisona y procarbazona (Matulane).
- RGCVP incluye rituximab, gemcitabina (Gemzar o Infugem), ciclofosfamida, vincristina y prednisona.



Durante la quimioterapia, me aseguré de comer incluso cuando no tenía hambre y de beber mucha agua”.

Inmunoterapia

La inmunoterapia es un tratamiento con medicamentos que aumenta la actividad del sistema inmunitario. Al hacerlo, mejora la capacidad de su cuerpo de detectar y destruir células cancerosas. La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con otros tipos de tratamiento.

Tratamiento con anticuerpos monoclonales

El tratamiento con anticuerpos usa anticuerpos para ayudar al cuerpo a combatir el cáncer, las infecciones u otras enfermedades.

Los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario que se unen a marcadores específicos de células o tejidos. Los anticuerpos monoclonales (mAb) que se usan en el tratamiento del cáncer pueden destruir las células cancerosas directamente, bloquear el desarrollo de los vasos sanguíneos del tumor o ayudar al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas. Al igual que con otros tratamientos, existe la posibilidad de complicaciones.

- Rituximab (Rituxan) actúa contra la proteína CD20 que se encuentra en la superficie de las células B. Cuando se une a esta proteína desencadena la muerte celular. Se puede usar un biosimilar o un sustituto en vez de rituximab. Un biosimilar es casi un fármaco idéntico fabricado por otro laboratorio. Debe usarse exactamente de la misma manera y en la misma dosis que rituximab. Los biosimilares incluyen: Riabni, Rituxan Hycela, Ruxience y Truxima.
- Otros ejemplos de tratamiento con mAb incluyen brentuximab vedotina (Adcetris), nivolumab (Opdivo), pembrolizumab

(Keytruda), polatuzumab vedotina-piiq (Polivy) y tafasitamab-cxix (Monjuvi).

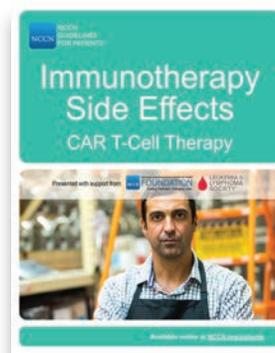
Tratamiento con células CAR-T dirigida a CD19

La inmunoterapia con células T autólogas modificadas genéticamente dirigidas a CD19 (tratamiento con células CAR-T dirigida a CD19) o tratamiento con células CAR-T anti-CD19 se realiza a partir de sus propias células T. Se eliminarán las células T del cuerpo y, en el laboratorio, se les agregará un CAR (receptor de antígeno quimérico). Esto programa las células T para que detecten las células cancerosas. Las células T programadas se infundirán nuevamente en el cuerpo para detectar y eliminar las células cancerosas. Este tratamiento no es para todos los pacientes. Puede haber reacciones graves y, a veces, potencialmente mortales.

El tratamiento con células CAR-T solo se realiza en tratamientos de tercera línea o posteriores.

- Axicabtagene ciloleucel (Yescarta)
- Lisocabtagene melaleuca (Breyanzi)
- Tisagenlecleucel (Kymriah)

Puede encontrar más información sobre el tratamiento con células CAR-T en *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido es un tratamiento con medicamentos que se centra en características específicas o únicas de las células cancerosas.

Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo. Estos medicamentos detienen la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento y la supervivencia de las células cancerosas. Ibrutinib (Imbruvica) es un ejemplo.

Radioterapia

La radioterapia (RT) utiliza radiación de alta energía de fotones, electrones o protones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. Se administra durante un período específico. La radioterapia se puede administrar sola o con ciertos tratamientos sistémicos. Cuando se administra como tratamiento complementario para ayudar a aliviar la molestia o el dolor provocado por el cáncer, se denomina radioterapia paliativa.

- La radioterapia administrada para prevenir el cáncer en el sistema nervioso central o los testículos se denomina profilaxis o radioterapia profiláctica.
- Los pacientes con cáncer en el sistema nervioso central en el momento del diagnóstico pueden recibir radiación en la zona del cerebro.
- Los pacientes con enfermedad testicular en el momento del diagnóstico que permanece después del tratamiento de inducción pueden recibir radiación en los testículos. Radioterapia

Se puede usar una exploración por TC de cuatro dimensiones (4D) para planificar la radioterapia. La TC-4D registra varias imágenes a lo largo del tiempo. Permite la reproducción del escaneo como un video, de modo que se pueda rastrear y observar el movimiento interno.

RTHE

La radioterapia de haz externo (RTHE) utiliza una máquina fuera del cuerpo para dirigir la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo.

Los tipos de RTHE habituales que pueden usarse para tratar el cáncer incluyen lo siguiente:

- **La radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT)** utiliza software informático e imágenes de TC para dirigir los rayos que se adapten a la forma del tumor.
- **La radioterapia de intensidad modulada (RTIM)** utiliza pequeños haces de diferentes intensidades para adaptarse a la forma del tumor.
- **La radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)** trata el cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos o cerca de ellos (enfermedad de los ganglios)

Irradiación craneal

En la irradiación craneal, las áreas del cerebro a las que se dirige el tratamiento con radiación del LDCBG son diferentes de las áreas tratadas por metástasis cerebrales de tumores sólidos. Se puede administrar la irradiación craneal para evitar que el LDCBG se propague al cerebro. Esto se denomina profilaxis.

Irradiación de cuerpo completo

La irradiación de cuerpo completo (TBI) es la irradiación de todo el cuerpo que se administra antes del trasplante de médula ósea.

Trasplante de células madre

El trasplante de células madre (SCT) reemplaza las células madre de la médula ósea. Puede que lo conozca como trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o trasplante de médula ósea (BMT). En este libro, se hará referencia como SCT.

Hay 2 tipos de SCT:

- **Autólogo:** las células madre provienen de usted.
- **Alogénico:** las células madre provienen de un donante que puede o no ser su pariente.

Trasplante autólogo:

El trasplante autólogo también se denomina TDA/RCMA (terapia de dosis alta con rescate de células madre autólogas) o SCT autólogo. Primero, se extraerán sus células madre sanas. Luego, recibirá tratamiento para destruir las células de la médula ósea. Las células madre sanas se volverán a suministrar para “rescatar” su médula ósea.

Trasplante alogénico

El trasplante alogénico utiliza células madre sanas de un donante. El donante puede o no ser su pariente. A veces, el SCT alogénico se realiza para tratar una recidiva.

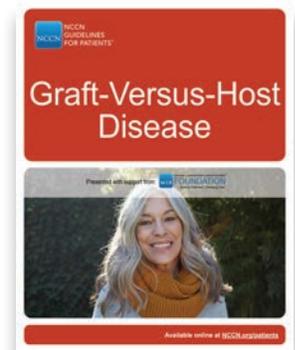
Antes de un SCT, se debe administrar un tratamiento para destruir las células de la médula ósea. Esto se conoce como acondicionamiento y crea espacio para las células madre sanas del donante. También debilita el sistema inmunitario para que su cuerpo no destruya las células trasplantadas. Se utiliza la quimioterapia para el acondicionamiento. También se podría administrar radioterapia como parte del proceso de acondicionamiento.

Después del acondicionamiento, recibirá las células madre sanas a través de una transfusión. La transfusión es una inyección lenta de hemoderivados a través de una vena. Esto puede llevar varias horas. Las células madre trasplantadas viajarán hasta la médula ósea y crecerán. Se formarán glóbulos sanguíneos nuevos y sanos. Esto se denomina incorporación del injerto. Suele llevar de 2 a 4 semanas. Hasta entonces, tendrá poca o ninguna defensa inmunitaria. Es posible que deba permanecer en una habitación muy limpia en el hospital o que le den antibióticos para prevenir o tratar infecciones. También se pueden necesitar transfusiones. Las transfusiones de glóbulos rojos se realizan para prevenir el sangrado y para tratar la anemia (recuento de glóbulos rojos por debajo de lo normal). La transfusión de plaquetas se realiza para tratar el recuento bajo de plaquetas o sangrado. Mientras espera que las células se injerten, es probable que sienta cansancio y debilidad.

Posibles efectos secundarios

Cada tratamiento tiene efectos secundarios. Se realizarán controles para detectar infecciones, recidivas de la enfermedad y enfermedad de injerto contra huésped (EICH). En la EICH, las células del donante atacan su tejido sano normal. Existen tratamientos para la EICH. Consulte a su médico sobre los posibles efectos secundarios o complicaciones del SCT y cómo esto podría afectar su calidad de vida.

Puede encontrar más información sobre la EICH en *NCCN Guidelines for Patients: Enfermedad de injerto contra huésped*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Cirugía

La cirugía es una operación o procedimiento para extirpar el cáncer del cuerpo. La cirugía es una parte rutinaria del tratamiento para el LDCBG. Si necesita cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. El cirujano debe ser experto en el tipo de cirugía al que deben someterse los pacientes con LDCBG. Los hospitales que hacen muchas cirugías a menudo tienen mejores resultados. Puede pedir que lo deriven a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento de su tipo de cáncer.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollarse y probarse en un laboratorio, es necesario estudiar nuevas formas potenciales de combatir el cáncer en las personas. Si se determina que es seguro y efectivo en un ensayo clínico, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) puede aprobar un medicamento, dispositivo o método de tratamiento.

Todas las personas con cáncer deben considerar seriamente todas las opciones de tratamiento disponibles para su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos estándar y los ensayos clínicos. Hable con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.



Cómo encontrar un ensayo clínico

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

The National Cancer Institute (NCI)
[cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search)

En el mundo

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

¿Necesita ayuda para encontrar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (CIS) del NCI

+1.800.4.CANCER (+1.800.422.6237)
[cancer.gov/contact](https://www.cancer.gov/contact)

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos de cáncer se centran en el tratamiento. Los ensayos de tratamiento se realizan en fases.

- Los **ensayos de fase I** estudian la dosis, la seguridad y los efectos secundarios de un medicamento en investigación o un método de tratamiento. También buscan indicios tempranos de que el medicamento o método es útil.
- Los **ensayos de fase II** evalúan el grado en que un medicamento o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- Los **ensayos de fase III** prueban el medicamento o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- Los **ensayos de fase IV** estudian la seguridad y el beneficio a largo plazo de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Cada ensayo clínico tiene reglas para participar, llamadas criterios de elegibilidad. Las reglas pueden referirse a la edad, el tipo y estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o la salud general. Estos requisitos garantizan que los participantes sean iguales en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

La administración de los ensayos clínicos está a cargo de un grupo de expertos llamado equipo de investigación. El equipo de investigación revisará el estudio con usted en detalle, incluidos su 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 familiares, amigos u otras personas de su confianza. Tenga en cuenta que

puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

Inicie la conversación

No espere a que su médico le hable sobre los ensayos clínicos. Inicie la conversación y conozca todas las opciones de tratamiento. Si encuentra un estudio en el que cree que puede participar, pregúntele a su equipo de atención si cumple con los requisitos necesarios. Si ya ha comenzado el tratamiento estándar, es posible que no pueda participar en ciertos ensayos clínicos. Trate de no desanimarse si no puede participar. Siempre hay nuevos ensayos clínicos disponibles.

Preguntas más frecuentes

Hay muchos mitos y conceptos erróneos en torno a los ensayos clínicos. Muchos de quienes padecen cáncer no entienden muy bien los posibles beneficios y riesgos.

¿Recibiré un placebo?

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

¿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 medicamento del estudio. Sin embargo, es posible que tenga costos relacionados indirectamente con el ensayo, como el transporte o servicios de cuidado infantil debido a citas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo atención estándar para el cáncer. Este tipo de atención se factura al seguro y a menudo está cubierta por este. Usted es responsable de los copagos y de los costos de este tipo de atención que no estén cubiertos por el seguro.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es la atención médica que se brinda durante todos los estadios del cáncer. Su objetivo es prevenir, reducir y aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. El tratamiento complementario puede incluir alivio del dolor (cuidados paliativos), apoyo emocional o espiritual, ayuda económica y asesoramiento familiar. Indique a su equipo de atención médica cómo se siente y si sufre algún efecto secundario. Los términos mejor tratamiento complementario, tratamiento complementario y cuidados paliativos a menudo se usan indistintamente.

Es muy importante cuidar de uno mismo a través de una buena alimentación, la ingesta de muchos líquidos, el ejercicio y las tareas que le den energía. Es necesario que tenga fuerza para sostenerse durante el tratamiento. A continuación se describen algunos posibles efectos secundarios y procedimientos. No se enumeran en orden de importancia. Algunos efectos secundarios son muy poco frecuentes.

Anemia, neutropenia y trombocitopenia

Algunos tratamientos para el cáncer provocan recuentos bajos de células sanguíneas.

- La **anemia** es una afección en la que su cuerpo no produce cantidad suficiente de glóbulos sanos, lo que causa que se transporte menos oxígeno a las células.
- La **neutropenia** hace referencia a una disminución de neutrófilos, el tipo más común de glóbulo blanco. Esto lo pone en riesgo de sufrir infecciones.

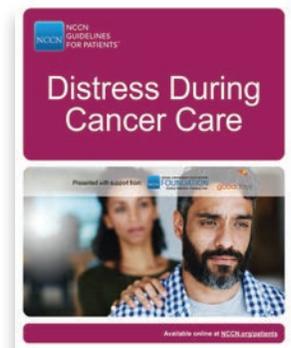
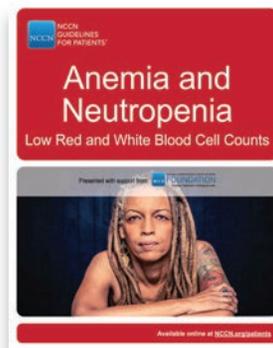
- La **trombocitopenia** es una afección en la que no hay suficientes plaquetas presentes en la sangre.

Para obtener información sobre anemia, neutropenia y trombocitopenia, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Anemia y neutropenia*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).

Malestar emocional

La depresión, la ansiedad y los problemas para dormir son comunes en el cáncer. Hable con su médico y con aquellas personas con quienes se siente a gusto sobre cómo se siente. Hay servicios, personas y medicamentos que pueden ayudarlo. Cuenta con servicios de apoyo y asesoramiento disponibles.

Consulte más información en *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Fatiga

La fatiga es el cansancio extremo y la incapacidad de funcionar debido a la falta de energía. La fatiga puede ser provocada por el cáncer o puede ser un efecto secundario del tratamiento. Hágale saber a su equipo de atención cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, yoga y recibir masajes puede ayudarlo. Es posible que lo deriven a un nutricionista o dietista para que lo ayude con la fatiga.

Caída del cabello

La quimioterapia puede causar caída del cabello (alopecia) en todo el cuerpo, no solo en el cuero cabelludo. Algunos medicamentos de quimioterapia tienen más probabilidades que otros de provocar caída del cabello. La dosis también podría afectar la cantidad de cabello que pierda. La mayoría de las veces, la caída del cabello por la quimioterapia es temporal. El cabello a menudo vuelve a crecer de 3 a 6 meses después de finalizado el tratamiento. El cabello puede tener un tono o textura diferente.

Enfriamiento del cuero cabelludo

El enfriamiento del cuero cabelludo (o hipotermia del cuero cabelludo) puede ayudar a disminuir la caída del cabello en quienes reciben ciertos tipos de quimioterapia. Algunas personas encuentran que el enfriamiento del cuero cabelludo es incómodo y tienen dolores de cabeza como efecto secundario del frío. Se puede sufrir caída del cabello incluso con el tratamiento de enfriamiento del cuero cabelludo.

Hipersensibilidad, alergia y anafilaxia

Ciertos tratamientos pueden causar una reacción no deseada. La hipersensibilidad es una respuesta exagerada del sistema inmunitario a un medicamento u otra sustancia. Esto puede incluir urticaria, ronchas en la piel y dificultad

para respirar. La alergia es una reacción inmunitaria a una sustancia que normalmente es inofensiva o que no provocaría una respuesta inmunitaria en la mayoría de las personas. Una respuesta alérgica puede causar síntomas dañinos como picazón o inflamación (hinchazón). La anafilaxia o shock anafiláctico es una reacción alérgica grave y potencialmente mortal.

Infecciones

Las infecciones ocurren con mayor frecuencia y son más graves en las personas con un sistema inmunitario debilitado. El tratamiento farmacológico para el LDCBG puede debilitar las defensas naturales del cuerpo contra las infecciones. Si no se tratan a tiempo, las infecciones pueden ser fatales. Las infecciones pueden ser causadas por virus, hongos o bacterias. Las infecciones bacterianas pueden tratarse con antibióticos. Las infecciones por hongos pueden tratarse con medicamentos antimicóticos. Es posible que le administren medicamentos antivirales para prevenir infecciones virales.

Leucocitaféresis

En la leucocitaféresis, lo conectarán a una máquina llamada centrífuga. La centrífuga separa los glóbulos blancos (leucocitos) de otros glóbulos sanguíneos. Cuando se elimina el exceso de leucocitos, la sangre regresa a su cuerpo. También se llama leucoaféresis.

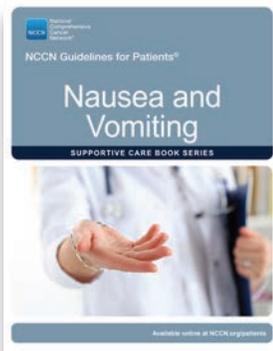
Linfedema

El linfedema es una afección en la que se acumula líquido linfático adicional en los tejidos y causa hinchazón. Puede producirse cuando parte del sistema linfático está dañado o bloqueado, por ejemplo, durante la cirugía para extirpar los ganglios linfáticos o la radioterapia. Los cánceres que bloquean los vasos linfáticos también pueden provocar linfedema. La

hinchazón generalmente aparece lentamente con el tiempo. Puede aparecer durante el tratamiento o puede comenzar años después del tratamiento. Si presenta linfedema, es posible se ordene derivación a un experto en el tratamiento de linfedema. La hinchazón se puede reducir mediante ejercicios, masajes, mangas de compresión y demás. Pregúntele a su equipo de atención sobre las formas de tratar el linfedema.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos son un efecto secundario común del tratamiento. Se le administrarán medicamentos para prevenir y tratar las náuseas y los vómitos.



Consulte más información en *NCCN Guidelines for Patients: Náuseas y vómitos*, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).

Efectos neurocognitivos

Algunos tratamientos pueden dañar el sistema nervioso (neurotoxicidad) y causar problemas de concentración y memoria. Los sobrevivientes corren riesgo de neurotoxicidad y se les puede recomendar pruebas neuropsicológicas. La neuropsicología analiza cómo la salud de su cerebro afecta su pensamiento y comportamiento. Las pruebas neuropsicológicas pueden identificar sus límites y los médicos pueden crear un plan para ayudarlo con estos.

Neuropatía

La neuropatía es un problema nervioso que causa dolor, entumecimiento, hormigueo,

Lleve un diario del dolor

Un diario del dolor es un registro escrito que le ayuda a hacer un seguimiento de cuándo tiene dolor, qué tan intenso es, qué lo provoca y qué lo hace mejorar o empeorar. Use un diario del dolor para hablar sobre su dolor con el equipo de atención. Es posible que lo deriven a un especialista para el manejo del dolor.

Incluya en su diario de dolor:

- Hora y dosis recibida de todos los medicamentos
- Cuándo comienza y termina o disminuye el dolor
- Dónde siente dolor
- Describa su dolor. ¿Es punzante, agudo, una sensación de hormigueo o le provoca ardor? ¿Es constante o aparece y desaparece?
- ¿Cambia el dolor a diferentes horas del día? ¿Cuándo?
- ¿El dolor empeora antes o después de las comidas? ¿Ciertos alimentos o bebidas mejoran el dolor?
- ¿El dolor mejora o empeora con la actividad? ¿Qué tipo de actividad?
- ¿El dolor hace que no pueda conciliar el sueño? ¿El dolor lo despierta en la noche?
- Califique su dolor de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor que haya sentido)
- ¿El dolor le impide hacer las cosas que disfruta?

hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. Por lo general, comienza en las manos o los pies y empeora con el tiempo. La neuropatía puede ser causada por cáncer o por un tratamiento contra el cáncer, como la quimioterapia.

Dolor

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

Efectos secundarios

Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.

Algunos efectos secundarios pueden ser muy perjudiciales para su salud. Otros pueden ser simplemente desagradables. El tratamiento del LDCBG puede causar varios efectos secundarios. Algunos son muy graves.

Pida la lista completa de efectos secundarios de su tratamiento. Además, avise a su equipo de atención si tiene síntomas nuevos o si se ha agravado alguno de los síntomas que presentaba. Es posible que se puedan tomar medidas para ayudarlo a sentirse mejor. También hay formas de prevenir algunos efectos secundarios.

Efectos tardíos

Los efectos tardíos son efectos secundarios que ocurren meses o años después de que se diagnostica una enfermedad o después de que se finaliza el tratamiento. Los efectos tardíos pueden ser causados por el cáncer

o el tratamiento del cáncer. Pueden incluir problemas físicos, mentales y sociales, y cánceres secundarios. Cuanto antes se traten los efectos tardíos, mejor. Pregúntele a su equipo de atención qué efectos tardíos podrían presentarse. Esto lo ayudará a saber qué alternativa buscar.

Toxicidad relacionada con el tratamiento

Muchos de los tratamientos con medicamentos que se usan para tratar el LDCBG pueden ser nocivos para el cuerpo. Se lo controlará de cerca para detectar la toxicidad relacionada con el tratamiento.

Problemas para comer

Algunos efectos secundarios de la cirugía, el cáncer u otros tratamientos pueden hacer que sienta falta de apetito o malestar estomacal (náuseas). Es posible que tenga la boca dolorida. Comer de forma saludable es importante durante el tratamiento. Incluye consumir una dieta equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Un nutricionista matriculado que sea experto en nutrición y alimentos puede ayudar. Hable con su equipo de atención médica si tiene problemas para comer o mantener su peso.

Síndrome de lisis tumoral

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



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

Supervivencia

Después del tratamiento, se controlará su salud para determinar los efectos secundarios del tratamiento y la reaparición del cáncer. Esto es parte de su plan de atención de supervivencia. Es importante que no falte a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes. Busque una buena atención médica de rutina, incluidas visitas regulares al médico para atención preventiva y estudios de detección de cáncer.

Debería recibir un plan de atención de supervivencia personalizado, que incluye un resumen de los posibles efectos a largo plazo del tratamiento y enumera las pruebas de seguimiento. Consulte cómo coordinará su proveedor de atención primaria con los especialistas para su atención de seguimiento.

No falte a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes. Busque una buena atención médica de rutina, incluso atención preventiva y estudios de detección de cáncer.

Para obtener más información sobre la supervivencia, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Supervivencia* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Puntos clave

- Las decisiones de tratamiento deben involucrar a un equipo multidisciplinario (MDT) de diferentes campos de la medicina que tenga conocimientos (pericia) y experiencia con el tipo de cáncer que tiene.
- El LDCBG es tratable. El objetivo del tratamiento es la respuesta completa (RC) o la remisión.
- El tratamiento sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- La radioterapia (RT) utiliza radiación de alta energía de fotones, protones, electrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores.
- La quimioterapia mata a las células de rápido crecimiento en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales.
- Los tratamientos dirigidos pueden bloquear las formas en que las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se mueven en el cuerpo.
- El tratamiento puede afectar la fertilidad en ambos sexos. Aquellas personas que deseen tener hijos en el futuro deberían consultar con un especialista en fertilidad antes de iniciar quimioterapia o radioterapia para conversar acerca de las opciones disponibles.
- El trasplante de células madre (SCT) reemplaza las células madre dañadas de la médula ósea por células madre sanas. Puede que lo conozca como trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o trasplante de médula ósea (BMT).
- Los ensayos clínicos estudian la seguridad y la utilidad de las pruebas y tratamientos del cáncer para las personas.
- El tratamiento complementario es atención médica que alivia los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento y mejora la calidad de vida. Siempre se administra el tratamiento complementario.
- Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Es importante que le informe a su equipo de atención sobre todos sus efectos secundarios para que se puedan controlar.
- Cumplir con una dieta equilibrada, tomar muchos líquidos, hacer ejercicio, yoga y recibir masajes puede ayudarlo a tratar los efectos secundarios.
- Algunos efectos secundarios, llamados efectos tardíos, pueden tardar años en aparecer. El riesgo de efectos tardíos dependerá de los tipos de tratamiento del cáncer que haya recibido, y de la dosis y la duración del tratamiento. Es importante que no falte a las citas de seguimiento.

4

Estadios 1, 2, 3 y 4

- 48 Estadificación
- 49 Tratamiento
- 50 Estadios 1 y 2 de enfermedad no voluminosa
- 51 Estadios 1 y 2 de enfermedad voluminosa
- 52 Estadio 2 con enfermedad mesentérica o estadios 3 y 4
- 53 Pruebas de seguimiento
- 53 Puntos clave



El tratamiento del LDCBG depende del estadio del cáncer y suele ser una combinación de quimioinmunoterapia y radioterapia. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Estadificación

Se realizará una exploración por TC o TEP para clasificar el estadio del LDCBG. Además, las decisiones de tratamiento se basan en la histología y los resultados de las pruebas genéticas y de biomarcadores. La histología es la apariencia general y el tamaño, forma y tipo de sus células.

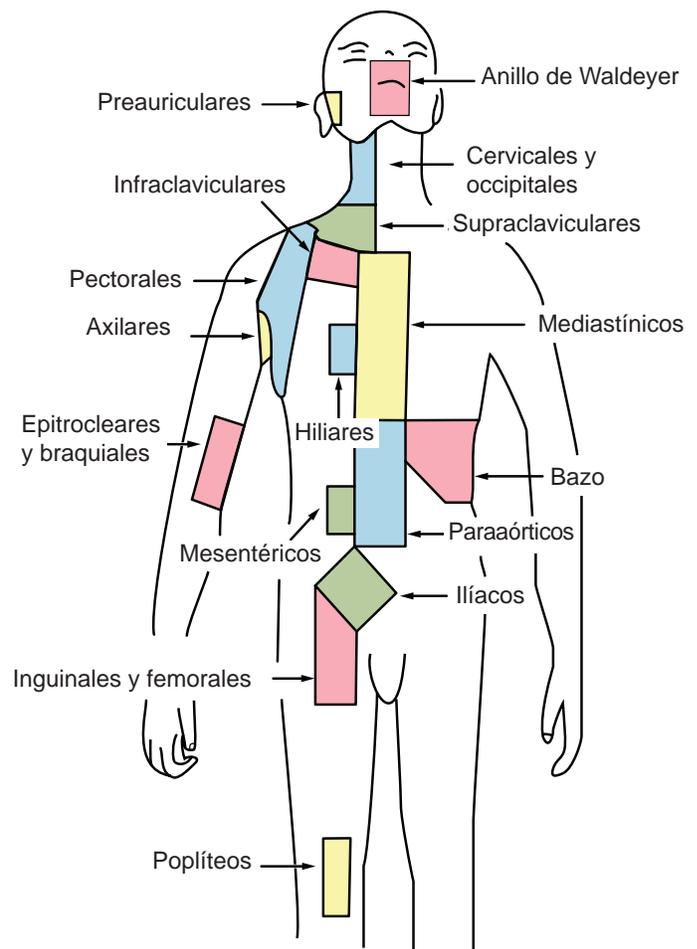
En general, los estadios del LDCBG son los siguientes:

- **Estadio 1:** la enfermedad se encuentra en 1 ganglio linfático o en un grupo de ganglios linfáticos cercanos.
- **Estadio 2:** la enfermedad se encuentra en 2 o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.
- **Estadio 2 de enfermedad voluminosa:** la enfermedad voluminosa significa que hay áreas de linfoma que miden 7,5 centímetros (cm) o más.
- **Estadio 3:** la enfermedad se encuentra en los ganglios linfáticos por encima y por debajo del diafragma en el mismo lado del cuerpo o en los ganglios por encima del diafragma y en el bazo.
- **Estadio 4:** la enfermedad se ha propagado fuera del sistema linfático a otras partes del cuerpo.

Regiones de ganglios linfáticos

Regiones de ganglios linfáticos basadas en el sistema de estadificación de Ann Arbor.

Lymph_node_regions.jpg: http://training.seer.cancer.gov/ss_module08_lymph_leuk/lymph_unit02_sec02_reg_ins.html derivative work: Fred the Oyster. Public domain, via Wikimedia Commons



Tratamiento

El LDCBG se trata primero con RCHOP. Es posible que luego se aplique radioterapia. La radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) trata el cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos o cerca de ellos (enfermedad de los ganglios). La RTDLA se

recomienda para los pacientes que no pueden o no quieren recibir quimioinmunoterapia.

RCHOP consiste en rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona. Para conocer todas las opciones de primera línea, consulte la [Guía 4](#).

Guía 4 Opciones de tratamiento de primera línea

Preferido	<ul style="list-style-type: none"> Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (RCHOP)
Otras recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> Etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina de dosis ajustada (DA-EPOCH)
Para pacientes con afecciones cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> Etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina de dosis ajustada (DA-EPOCH) Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina liposomal (Doxil), vincristina y prednisona (RCDOP) Rituximab, ciclofosfamida, etopósido, vincristina y prednisona (RCEOP) Rituximab, ciclofosfamida, etopósido, prednisona y procarbazona (RCEPP) Rituximab, gemcitabina, ciclofosfamida, vincristina y prednisona (RGCVP)
Pacientes frágiles o mayores de 80 años con otros problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> Rituximab, ciclofosfamida, etopósido, prednisona y procarbazona (RCEPP) Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina liposomal (Doxil), vincristina y prednisona (RCDOP) Rituximab con mini-CHOP (R-mini-CHOP) Rituximab, gemcitabina, ciclofosfamida, vincristina y prednisona (RGCVP)

*Nota: Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse por rituximab.

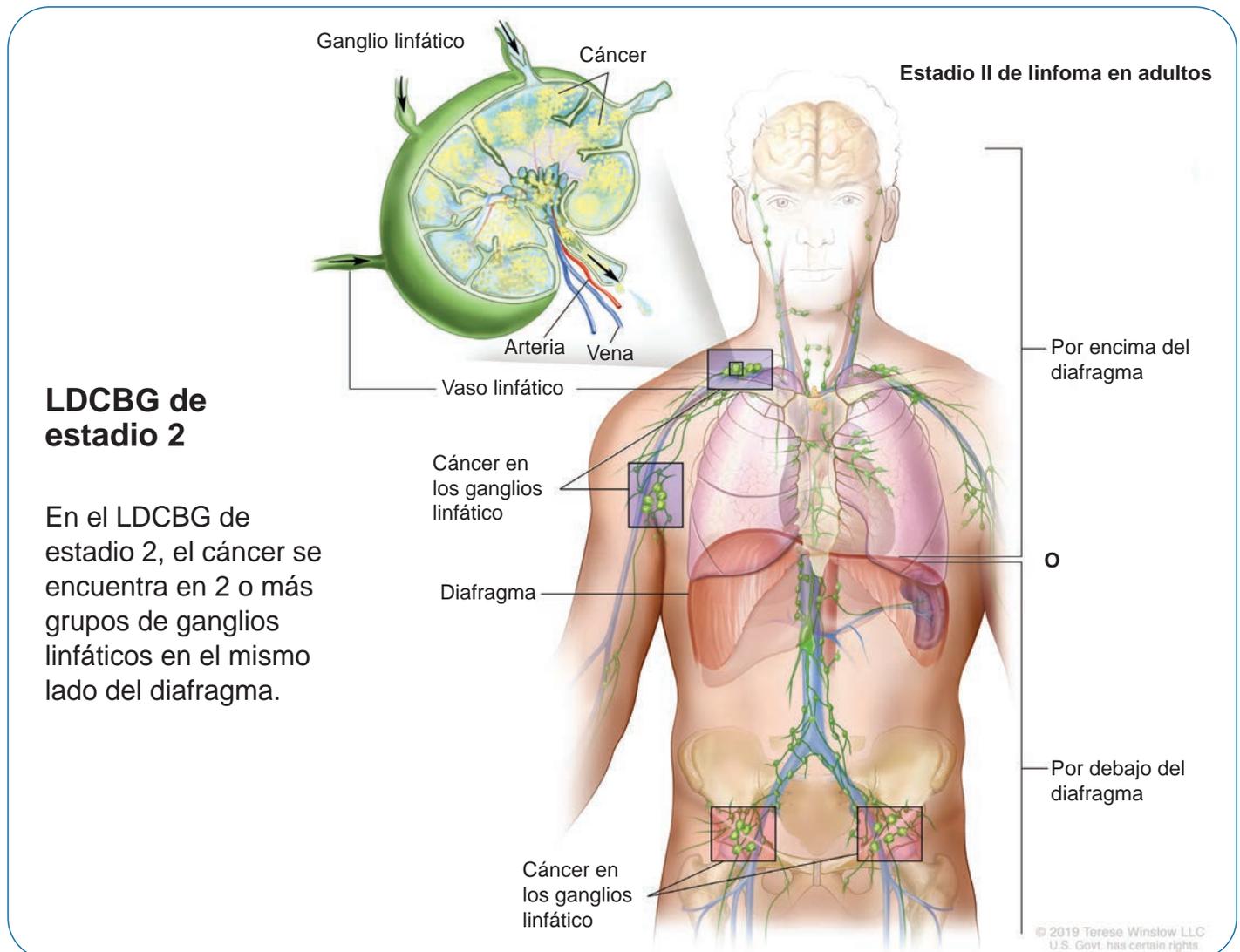
Estadios 1 y 2 de enfermedad no voluminosa

El tratamiento de la enfermedad no voluminosa en estadio 1 o 2 es de 3 ciclos de RCHOP. Esto se llama quimioinmunoterapia de primera línea. Se volverá a determinar la estadificación de su cáncer mediante una exploración por TEP/TC después de 3 ciclos de RCHOP y nuevamente después del último ciclo.

- Si hay una respuesta completa, tendrá 1 ciclo más de RCHOP por un total de 4 ciclos o radioterapia (RTDLA). Luego,

ingresará a vigilancia y será monitoreado para detectar una recidiva.

- Si hay una respuesta parcial, tendrá de 1 a 3 ciclos más de RCHOP por un total de 4 a 6 ciclos o radioterapia (RTDLA) si la TEP arrojó un resultado positivo de la enfermedad después de 3 ciclos de RCHOP.
- Si la enfermedad ha progresado, se repetirá la biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.



Estadios 1 y 2 de enfermedad voluminosa

La enfermedad voluminosa en el LDCBG se refiere al cáncer que mide 7,5 cm o más. El tratamiento para la enfermedad voluminosa en estadio 1 o 2 es de 6 ciclos de RCHOP. Esto se llama quimioinmunoterapia de primera línea. Se puede agregar un tipo de radiación llamada RTDLA.

Si se planea la RTDLA

Después de finalizar la quimioinmunoterapia de primera línea, se le realizará un TEP/TC antes de comenzar la radioterapia (RTDLA).

- Si se obtiene una respuesta completa, completará el curso de tratamiento planificado con una primera dosis de radioterapia (RTDLA).
- Si se obtiene una respuesta parcial, completará el curso de tratamiento planificado con una dosis de RTDLA más alta o ingresará a un ensayo clínico. Es posible que reciba tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.
- Si no se observa una respuesta al tratamiento o la enfermedad ha progresado, se repetirá la biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.

Si no se planea la RTDLA

Después de 3 o 4 ciclos, se volverá a determinar la estadificación de su cáncer mediante TC/TEP. También puede volver a realizarse una biopsia.

- Si hay remisión, también llamada respuesta completa, completará los ciclos restantes de RCHOP por un total de 6 ciclos. Luego, ingresará a vigilancia y será monitoreado para detectar una recidiva.
- Si hay una respuesta parcial, podría recibir radioterapia (RTDLA) o tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.
- Si la enfermedad ha progresado, se repetirá la biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.

Es muy importante que siga tomando su medicamento según lo prescrito y no omitir ni saltar ninguna dosis.

Estadio 2 con enfermedad mesentérica o estadios 3 y 4

El mesenterio es un pliegue de la membrana que une el intestino a la pared abdominal y lo mantiene en su lugar. Para el cáncer en estadio 2 con enfermedad mesentérica o en estadios 3 y 4, las opciones recomendadas y preferidas son un ensayo clínico o RCHOP. Se pueden usar otros regímenes de quimioterapia. Se puede realizar una exploración por TC después de 2 a 4 ciclos para volver a determinar la estadificación del cáncer.

- Si hay una respuesta completa o parcial, completará los ciclos restantes de RCHOP por un total de 6 ciclos. Luego, ingresará a vigilancia y será monitoreado para detectar una recidiva.
- Si no se observa una respuesta al tratamiento o la enfermedad ha progresado, se repetirá la biopsia y recibirá tratamiento para la enfermedad resistente que se describe en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.

Estadio III de linfoma en adultos

LDCBG de estadio 3

En el LDCBG de estadio 3, el cáncer se encuentra en los grupos de ganglios linfáticos por encima y por debajo del diafragma en el mismo lado del cuerpo o en los ganglios linfáticos por encima del diafragma y en el bazo.

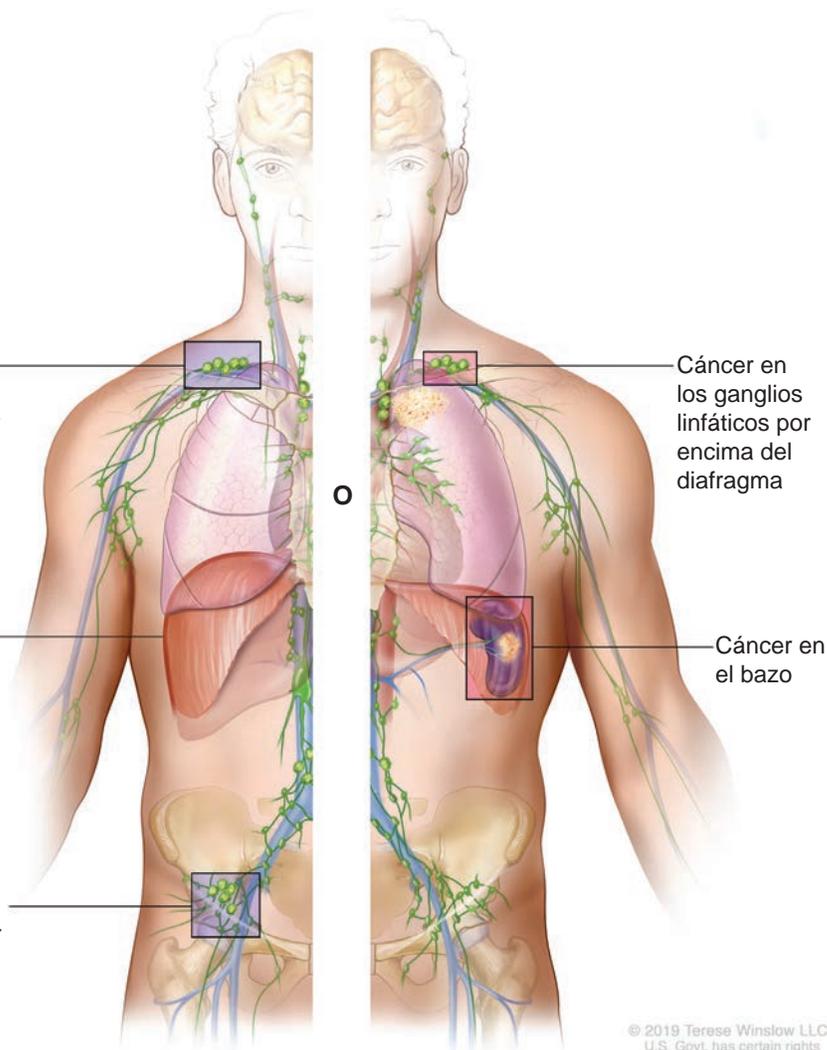
Cáncer en los ganglios linfáticos por encima del diafragma

Diafragma

Cáncer en los ganglios linfáticos por debajo del diafragma

Cáncer en los ganglios linfáticos por encima del diafragma

Cáncer en el bazo



© 2019 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Pruebas de seguimiento

Después de completar los 6 ciclos de RCHOP, se realizará una exploración por TEP. Se puede administrar RTDLA para tratar cualquier sitio de enfermedad ósea o voluminosa. La vigilancia es un período de prueba que comienza después de la remisión para controlar la recidiva o la reaparición del cáncer.

- Incluye examen físico, historial de salud y análisis de sangre cada 3 a 6 meses durante 5 años. Después de 5 años, las pruebas se realizarán una vez al año o según sea necesario.
- Los estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia se utilizan para controlar a aquellos pacientes que no presentan síntomas (asintomáticos). Incluye una TC de tórax/abdomen/pelvis no más de una cada 6 meses durante 2 años. Después de 2 años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario.

Puntos clave

- RCHOP incluye rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona.
- El tratamiento de la enfermedad no voluminosa en estadio 1 o 2 es de 6 ciclos de RCHOP.
- La enfermedad voluminosa en el LDCBG se refiere al cáncer que mide 7,5 cm o más.
- El tratamiento para la enfermedad voluminosa en estadio 1 o 2 es de 6 ciclos de RCHOP.
- Para el cáncer en estadio 2 con enfermedad mesentérica o en estadios 3 y 4, las opciones recomendadas son un ensayo clínico o RCHOP. El mesenterio es una membrana que une el intestino a la pared abdominal y lo mantiene en su lugar.
- Se puede agregar un tipo de radiación llamada RTDLA al tratamiento. La radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) trata el cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos o cerca de ellos (enfermedad de los ganglios).
- Después de completar los 6 ciclos de RCHOP, se realizará una exploración por TEP. Se puede administrar RTDLA para tratar cualquier sitio de enfermedad ósea o voluminosa.
- La vigilancia es un período de prueba que comienza después de la remisión para controlar la recidiva o la reaparición del cáncer.

5

Enfermedad recidivante o resistente

55 Recidiva: menos de 12 meses

56 Recidiva: más de 12 meses

56 Enfermedad resistente al tratamiento

58 2 o más recidivas

58 Pruebas de seguimiento

58 Puntos clave



El LDCBG vuelve a aparecer en aproximadamente la mitad de los pacientes en remisión. El cáncer que vuelve a aparecer se llama recidiva. Cuando el LDCBG progresa a pesar del tratamiento, se conoce como resistente. El objetivo del tratamiento es volver a lograr la remisión. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Recidiva: menos de 12 meses

Las opciones de tratamiento para la enfermedad recidivante se basan en el tiempo transcurrido desde que se completó el último tratamiento. Si el cáncer regresó y han pasado menos de 12 meses desde que finalizó el tratamiento, el tratamiento dependerá de si se planificó el tratamiento con células CAR-T.

El tratamiento con células CAR-T está planificado

El tratamiento con células CAR-T es una opción para la recidiva que ha ocurrido en

menos de 12 meses desde que finalizó el tratamiento. Mientras se espera el tratamiento con células CAR-T, se administrará axicabtagene ciloleucel con tratamiento puente según sea necesario. Consulte la [Guía 5](#)

Otras opciones

Si no está recibiendo tratamiento con células CAR-T, las opciones incluyen lo siguiente:

- Ensayo clínico
- Tratamiento de segunda línea, consulte la [Guía 6](#)
- Radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) paliativa
- El mejor tratamiento complementario

El mejor tratamiento complementario mejora la calidad de vida y alivia las molestias.

En los casos de respuesta completa, hay pruebas de seguimiento.

En los casos de respuesta parcial, ausencia de respuesta o avance de la enfermedad, consulte el tratamiento para 2 o más recidivas.

Guía 5

Opciones puente de tratamiento con células CAR-T

Dexametasona y citarabina (DHA) con carboplatino, cisplatino u oxaliplatino

Gemcitabina, dexametasona y cisplatino (GDP) o gemcitabina, dexametasona y carboplatino

Gemcitabina y oxaliplatino (GemOx)

Ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE)

Polatuzumab vedotina-piiq con o sin rituximab con o sin bendamustina (la bendamustina debe considerarse/agregarse solo después de la leucocitaféresis)

*Nota: Se puede agregar rituximab a cualquiera de los tratamientos enumerados. Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse por rituximab.

Recidiva: más de 12 meses

Si el cáncer regresó después de más de 12 meses desde que finalizó el tratamiento, las opciones de tratamiento se describen a continuación.

Se planificó el trasplante de células madre

Si se prevé el trasplante autólogo de células madre, se administrará el tratamiento de segunda línea. Consulte la [Guía 7](#).

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

- Trasplante autólogo de células madre (autoSCT). Se puede agregar la RTDLA.
- Ensayo clínico
- En algunos casos, el trasplante alogénico (donante) de células madre (aloSCT). Se puede agregar la radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA). La RTDLA trata los ganglios linfáticos donde se detectó originalmente el cáncer.

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

- Tratamiento con células CAR-T anti-CD19
- Trasplante autólogo de células madre (autoSCT). Se puede agregar la RTDLA.
- Ensayo clínico
- En algunos casos, el trasplante alogénico (donante) de células madre (aloSCT). Se puede agregar la RTDLA.

Otras opciones

Si se someterá a un trasplante de células madres (SCT), las opciones incluyen lo siguiente:

- Ensayo clínico
- Tratamiento de segunda línea, [consulte la Guía 6](#)
- RTDLA paliativa
- El mejor tratamiento complementario

Enfermedad resistente al tratamiento

La enfermedad resistente al tratamiento se puede tratar con el tratamiento con células CAR-T. Mientras se espera el tratamiento con células CAR-T, se administrará axicabtagene ciloleucel (Yescarta) con tratamiento puente según sea necesario. Para obtener información sobre el tratamiento puente, [consulte la Guía 5](#).

Otras opciones incluyen lo siguiente:

- Ensayo clínico
- Tratamiento de segunda línea, [consulte la Guía 6](#)
- RTDLA paliativa
- El mejor tratamiento complementario

La RT con o sin quimioinmunoterapia seguida de terapia de dosis alta con rescate de células madre puede ser una opción en algunas personas con enfermedad localizada.

Guía 6

Opciones de tratamiento de segunda línea

Opciones recomendadas

- Gemcitabina y oxaliplatino (GemOx)
- Polatuzumab vedotina-piiq. Se pueden agregar bendamustina o rituximab.
- Tafasitamab-cxix y lenalidomida

Otras recomendaciones

- Ciclofosfamida, etopósido, vincristina, prednisona (CEOP). Se puede agregar rituximab.
- Etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina de dosis ajustada (DA-EPOCH). Se puede agregar rituximab.
- Gemcitabina, dexametasona y cisplatino (GDP) o gemcitabina, dexametasona y carboplatino. Se puede agregar rituximab.
- Rituximab

Útil en algunos casos

- Brentuximab vedotina para la enfermedad CD30+
- Bendamustina con o sin rituximab
- Ibrutinib (LDCBG no GCB)
- Lenalidomida con o sin rituximab (LDCBG no GCB)

*Nota: Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse por rituximab.

Guía 7

Opciones de tratamiento de segunda línea si se prevé un trasplante de células madre (SCT)

Opciones recomendadas

- Dexametasona y citarabina (DHA) con carboplatino, cisplatino u oxaliplatino
- Gemcitabina, dexametasona y cisplatino (GDP) o gemcitabina, dexametasona y carboplatino
- Ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE)

Otras recomendaciones

- Etopósido, metilprednisolona, citarabina y cisplatino (ESHAP)
- Gemcitabina y oxaliplatino (GemOx)
- Mesna, ifosfamida, mitoxantrona y etopósido (MINE)

*Nota: Se puede agregar rituximab a cualquiera de los tratamientos enumerados. Un biosimilar aprobado por la FDA podría utilizarse por rituximab.

2 o más recidivas

En caso de una respuesta parcial, una segunda o tercera recidiva o progresión de la enfermedad, las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Tratamiento con células CAR-T anti-CD19 (si no se administró antes) como axicabtagene ciloleucel, lisocabtagene maraleucel o tisagenlecleucel
- Un tratamiento sistémico que no se haya administrado antes
- Ensayo clínico
- RTDLA paliativa
- El mejor tratamiento complementario

Para una respuesta completa o parcial al tratamiento, el trasplante alogénico de células madre (aloSCT) con o sin RTDLA podría ser una opción en algunos casos.

Pruebas de seguimiento

Después de completar el tratamiento, se le realizarán las siguientes pruebas para controlar las recidivas:

- Un examen físico, historial de salud y análisis de sangre cada 3 a 6 meses durante 5 años. Después de 5 años, estas pruebas se realizarán una vez al año o según sea necesario.
- TC de tórax/abdomen/pelvis no más de una cada 6 meses durante 2 años. Después de 2 años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario.

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

Puntos clave

- El LDCBG vuelve a aparecer en aproximadamente la mitad de los pacientes en remisión.
- El cáncer que vuelve a aparecer se llama recidiva.
- Cuando el LDCBG progresa a pesar del tratamiento, se conoce como resistente.
- Las opciones de tratamiento para la enfermedad recidivante se basan en el tiempo transcurrido desde que se completó el último tratamiento. El objetivo del tratamiento es volver a lograr la remisión.
- Si el cáncer regresó y han pasado menos de 12 meses desde que finalizó el tratamiento, el tratamiento dependerá de si se planificó el tratamiento con células CAR-T.
- Si el cáncer regresó después de haber pasado más de 12 meses desde que finalizó el tratamiento, el tratamiento dependerá de si se planificó el trasplante de células madre
- Después de completar el tratamiento, se lo controlará para detectar si el cáncer vuelve a aparecer. No falte a las visitas de seguimiento y a las citas para los estudios de diagnóstico por imágenes.

6

LDCBG cutáneo primario tipo pierna

- 60 Descripción general
- 60 Tratamiento
- 61 Enfermedad solitaria o regional
- 62 Enfermedad generalizada solo de la piel
- 62 Pruebas de seguimiento
- 63 Puntos clave



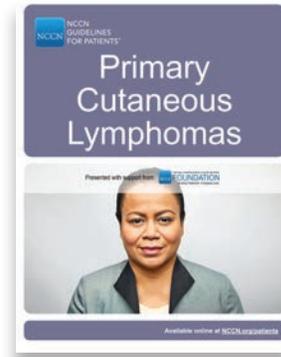
El linfoma cutáneo primario difuso de células B grandes (LDCBG-CP) tipo pierna es una forma poco frecuente y agresiva de linfoma. En el LDCBG-CP tipo pierna los linfocitos de células B anormales causan lesiones en la piel. Aunque la piel está afectada, las células de la piel en sí mismas no son cancerosas. Las opciones de tratamiento se basan en muchos factores. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Descripción general

Los linfomas cutáneos primarios (LCP) o linfomas de la piel son un grupo poco frecuente de linfomas no hodgkinianos (LNH) que se desarrollan en la piel. En el momento del diagnóstico, el LCP no se detecta en ninguna otra parte del cuerpo. El linfoma de la piel no es un tipo de cáncer de piel. El cáncer de piel se desarrolla a partir de las células de la piel. El LCP se desarrolla a partir de linfocitos anormales.

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

Puede encontrar más información sobre los linfomas de piel en NCCN Guidelines for Patients: Linfomas cutáneos primarios, disponible en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Tratamiento

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

La enfermedad puede presentar lesiones solitarias, regionales, generalizadas solo en la piel o fuera de la piel (extracutáneas). Al final del tratamiento, se deben realizar estudios de diagnóstico por imágenes para evaluar la respuesta.

Enfermedad solitaria o regional

Una lesión solitaria es una lesión (T1). Las lesiones regionales pueden ser lesiones múltiples limitadas a una región del cuerpo o dos regiones contiguas (T2). Se medirá el área afectada por la enfermedad.

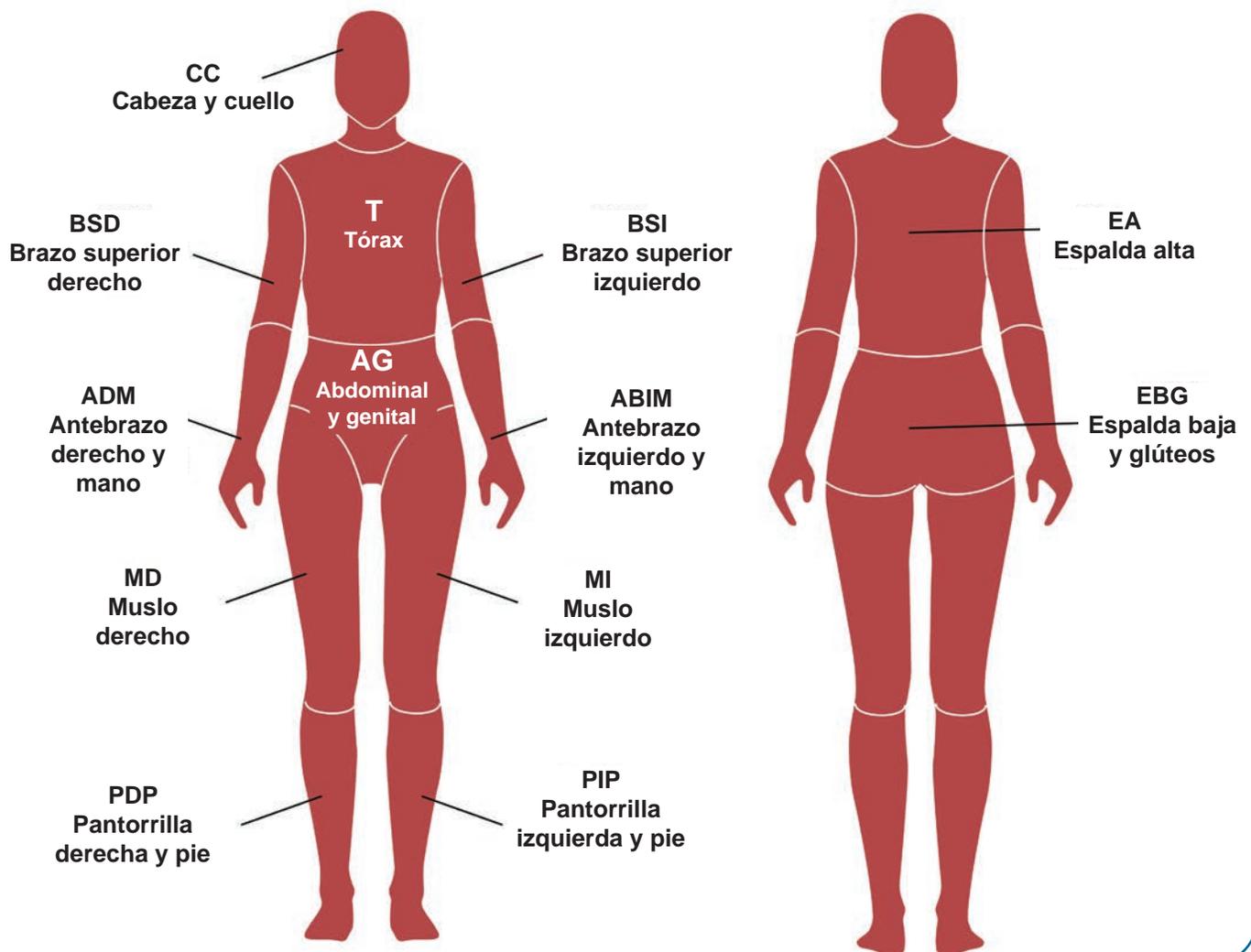
Estas son sus alternativas:

- RCHOP con RTDLA local
- RTDLA local
- Ensayo clínico

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

En caso de recidiva, si no se administró antes, es posible que lo traten con RCHOP o radioterapia local (RTDLA). Otras opciones de tratamiento dependen de si la recidiva ocurrió en un plazo inferior o superior a 12 meses después de finalizado el tratamiento inicial. Para obtener más información, consulte la Guía 5: Enfermedad recidivante o resistente.

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



Enfermedad generalizada solo de la piel

La enfermedad generalizada solo de la piel cubre un área más grande del cuerpo que la enfermedad regional. Hay múltiples lesiones que afectan 2 o más regiones del cuerpo (T3) que no son contiguas. La enfermedad no se encuentra en los ganglios linfáticos, la sangre u otros órganos. El tratamiento actúa dentro del cuerpo para atacar las lesiones de la piel. La radioterapia (RTDLA) podría administrarse para abordar un área específica de la piel.

Primer tratamiento

El tratamiento de primera línea es el primer tratamiento que se administra. La enfermedad solo de la piel se trata inicialmente con RCHOP. RCHOP incluye rituximab (Rituxan), ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona. Se puede agregar la radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) para tratar las lesiones de la piel. Un ensayo clínico también es una opción.

Se pueden usar otros regímenes de quimioinmunoterapia si tiene problemas cardíacos. Estos pueden incluir lo siguiente:

- DA-EPOCH (etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina) con rituximab
- RCDOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina liposomal, vincristina y prednisona)
- RCEOP (rituximab, ciclofosfamida, etopósido, vincristina y prednisona)
- RCEPP (rituximab, ciclofosfamida, etopósido, prednisona y procarbazona)
- RGCVP (rituximab, gemcitabina, ciclofosfamida, vincristina y prednisona)

Próximo tratamiento o recidiva

En caso de no haber respuesta, una respuesta parcial o una recidiva, el tratamiento será lo siguiente:

- Una quimioinmunoterapia diferente
- RTDLA paliativa
- Ibritumomab tiuxetan

Otras opciones de tratamiento dependen de si la recidiva ocurrió en un plazo inferior o superior a 12 meses después de finalizado el tratamiento inicial. Para obtener más información, consulte la Guía 5: Enfermedad recidivante o resistente.

Enfermedad extracutánea

La enfermedad extracutánea se encuentra fuera de la piel. Es un tipo de cáncer que se puede encontrar en los ganglios linfáticos, la sangre o los órganos. El tratamiento dependerá del estadio del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) que se describe en el Capítulo 3: Estadios 1, 2, 3 y 4.

Pruebas de seguimiento

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

- Un examen físico, historial de salud y análisis de sangre cada 3 a 6 meses durante 5 años. Después de 5 años, estas pruebas se realizarán una vez al año o según sea necesario.
- TC de tórax/abdomen/pelvis no más de una cada 6 meses durante 2 años.

Después de 2 años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario.

Puntos clave

- El linfoma cutáneo primario difuso de células B grandes (LDCBG-CP) tipo pierna consiste en células B grandes y transformadas que suelen lucir como tumores rojos o rojo azulados en la piel. No es cáncer de piel.
- A pesar de su nombre, la enfermedad puede afectar el torso, los brazos, las piernas, los glúteos o cualquier parte del cuerpo.
- El tratamiento se basa en la cantidad de lesiones cutáneas y su localización. Este procedimiento se llama estadificación.
- La enfermedad puede presentar lesiones solitarias, regionales, generalizadas solo en la piel o fuera de la piel (extracutáneas).
- Una lesión solitaria es una lesión (T1).
- Las lesiones regionales pueden ser lesiones múltiples limitadas a una región del cuerpo o dos regiones contiguas (T2).
- La enfermedad generalizada solo de la piel cubre un área más grande del cuerpo que la enfermedad regional. Hay múltiples lesiones que afectan 2 o más regiones del cuerpo (T3) que no son contiguas.
- La enfermedad extracutánea se puede encontrar en los ganglios linfáticos, la sangre o los órganos.



¡Cuéntenos qué opina!

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

[NCCN.org/patients/response](https://www.nccn.org/patients/response)

7

Linfomas de zona gris

65 Descripción general

65 Tipos

66 Tratamiento

66 Puntos clave



Los linfomas de zona gris tienen características superpuestas del linfoma de Hodgkin clásico (LHC) y el linfoma difuso de células B grandes (LDCBG). El tratamiento suele basarse en las mismas opciones de tratamiento sistémico que se administran a los pacientes con LDCBG. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Descripción general

Los linfomas de zona gris tienen características superpuestas del LDCBG y linfoma de Hodgkin clásico (LHC). Esto significa que las células son grandes pero pueden variar en tamaño y pueden parecerse a las células de Hodgkin (células de Reed-Sternberg). Las células de Reed-Sternberg son linfocitos grandes y anormales que pueden contener más de un núcleo.

A veces, los linfomas de zona gris también se denominan de las siguientes maneras:

- Linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre LDCBG y linfoma de Hodgkin clásico (LHC)
- Linfoma de células B grandes con características de Hodgkin

En general, CD45 suele ser positivo y CD15, CD20, CD30 y CD79a también suelen ser positivos. CD10 y ALK suelen ser negativos. Los factores de transcripción de células B como PAX5, BOB.1 y OCT-2 suelen ser positivos; BCL6 se expresa de forma variable y VEB suele ser negativo.

La revisión de un hematopatólogo experto es fundamental para confirmar el diagnóstico del linfoma de zona gris.

Tipos

Hay 2 tipos principales:

- Linfomas mediastínicos de zona gris
- Linfomas no mediastínicos de zona gris

Los linfomas mediastínicos son crecimientos que se encuentran en el área del tórax que separa los pulmones. Los linfomas mediastínicos de zona gris son diferentes del linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG). Ha habido casos raros de linfomas mediastínicos de zona gris con características combinadas del linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) y el linfoma de Hodgkin clásico (LHC).

Linfomas mediastínicos de zona gris

Los linfomas mediastínicos de la zona gris se observan con más frecuencia en pacientes entre los 20 y los 40 años de edad y de sexo biológico masculino. Se caracteriza por la presencia de una gran masa mediastínica. Los ganglios linfáticos por encima de la clavícula (supraclaviculares) pueden verse afectados.

Linfomas no mediastínicos de zona gris

Los linfomas no mediastínicos de zona gris se presentan en personas mayores, tienen una tasa más alta de afectación de la médula ósea, incluyen enfermedad fuera de los ganglios linfáticos (enfermedad extraganglionar) y presentan una enfermedad en estadio avanzado en comparación con los linfomas mediastínicos de zona gris.

Tratamiento

Como los linfomas de zona gris tienen características tanto del linfoma de Hodgkin clásico como del LDCBG no hodgkinianos, el tratamiento es un desafío. Actualmente, no existe un estándar de atención o consenso sobre el tratamiento. Por lo general, los linfomas de zona gris se tratan con las mismas opciones de quimioinmunoterapia (RCHOP o DA-EPOCH-R) que se usan para los pacientes con LDCBG. Si las células tumorales son CD20+, se puede agregar rituximab a la quimioterapia. El ensayo clínico es una opción. Es muy recomendable considerar la radioterapia (RTDLA) para aquellos pacientes con enfermedad en estadio limitado.

- DA-EPOCH-R incluye etopósido, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina de dosis ajustada con rituximab.
- RCHOP incluye rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona.

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

Puntos clave

- Los linfomas de zona gris tienen características superpuestas del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) y linfoma de Hodgkin clásico (LHC).
- Hay 2 tipos principales de linfomas de zona gris: linfomas mediastínicos de zona gris y linfomas no mediastínicos de zona gris.
- Los linfomas mediastínicos son crecimientos que se encuentran en el área del tórax que separa los pulmones.
- La revisión de un hematopatólogo experto es fundamental para confirmar el diagnóstico del linfoma de zona gris.
- Las personas con linfomas de zona gris reciben un mejor tratamiento en centros oncológicos que tengan experiencia en tratar este tipo de linfoma.
- Por lo general, los linfomas de zona gris se tratan con las mismas opciones de quimioinmunoterapia (RCHOP o DA-EPOCH-R) que se usan para los pacientes con LDCBG.

8

Linfoma primario mediastínico de células B grandes

- 68 Descripción general
- 68 Tratamiento
- 69 Pruebas de seguimiento
- 70 Enfermedad recidivante o resistente al tratamiento
- 70 Puntos clave



El linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) es un tipo de linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) que se desarrolla en el área detrás del esternón llamada mediastino. En el microscopio, el LPMCBG se parece tanto al LDCBG como al linfoma de Hodgkin (LH). Los tratamientos son las mismas opciones de tratamiento sistémico que se administran a los pacientes con LDCBG. Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Descripción general

El linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) es un tipo de linfoma difuso de células B grandes que se caracteriza por el crecimiento excesivo de tejido linfático fibroso (como una cicatriz). Suele formarse un tumor detrás del esternón que causa tos, dificultad para respirar o hinchazón de la cabeza y el cuello, debido a que el tumor presiona la tráquea y las venas grandes sobre el corazón. También se pueden detectar ganglios linfáticos agrandados en esta área. El LPMCBG puede extenderse a órganos y tejidos como los pulmones, el pericardio (saco alrededor del corazón), el hígado, el tracto gastrointestinal, los ovarios, las glándulas suprarrenales y el sistema nervioso central.

El LPMCBG es CD19+, CD20+, CD22+, CD21-, IRF4/MUM1+ y CD23+ con una expresión variable de BCL2 y BCL6. Los cromosomas anormales son comunes en el LPMCBG.

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

NCCN Guidelines for Patients®

linfoma difuso de células B grandes, 2022

Tratamiento

Las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Seis ciclos de etopósido (Etopophos), prednisona, vincristina, ciclofosfamida y doxorubicina (EPOCH) de dosis ajustada con rituximab (DA-EPOCH-R).
- De 4 a 6 ciclos de rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona (RCHOP).

Se realizará una exploración por TEP/TC después del tratamiento para volver a determinar la estadificación del cáncer. Parte del tumor tiende a permanecer después del tratamiento, y con la exploración por TEP/TC se podrán detectar las masas residuales. Puede realizarse una biopsia.

Después de alcanzar una respuesta completa

- Después de DA-EPOCH-R, entrará en observación.
- Después de 6 ciclos de RCHOP, se prefiere la RTDLA. La radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) trata el cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos o cerca de ellos.
- Después de 4 ciclos de RCHOP, se someterá a una consolidación con 3 ciclos de ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE). Se puede agregar rituximab.

En caso de una respuesta parcial o el avance del cáncer

Si hay una respuesta parcial o el cáncer avanza, se repetirá la biopsia. Si el cáncer persiste, se puede administrar RTDLA o uno de los siguientes tratamientos:

- Pembrolizumab
- Nivolumab con o sin brentuximab vedotina
- O tratar como en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente

Estudios de diagnóstico por imágenes de vigilancia para controlar a aquellos pacientes que no presentan síntomas (asintomáticos). Incluye una TC de tórax/abdomen/pelvis no más de una cada 6 meses durante 2 años. Después de 2 años, los estudios de diagnóstico por imágenes se realizarán según sea necesario.

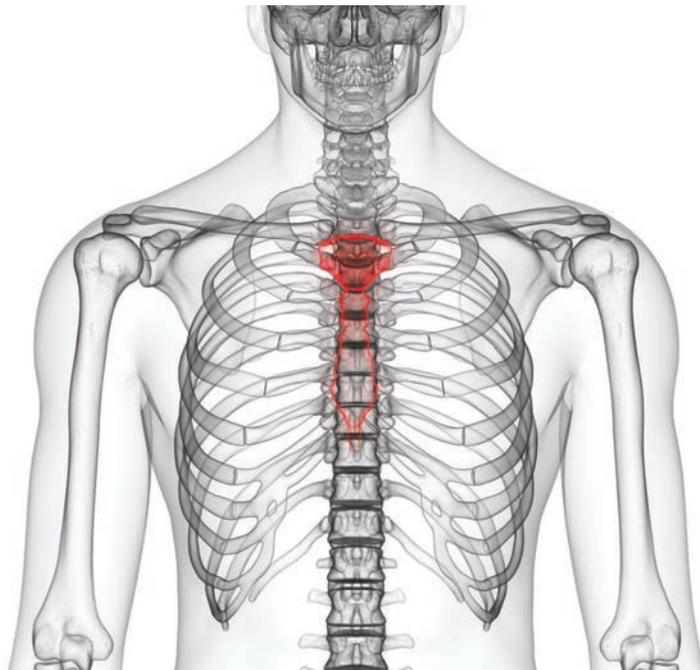
Pruebas de seguimiento

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

- Un examen físico, historial de salud y análisis de sangre cada 3 a 6 meses durante 5 años. Después de 5 años, estas pruebas se realizarán una vez al año o según sea necesario.

Mediastino

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



Enfermedad recidivante o resistente al tratamiento

El cáncer que vuelve a aparecer se llama recidiva. Cuando el LDCBG progresa a pesar del tratamiento, se conoce como resistente.

Las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Pembrolizumab (después de 2 o más líneas de tratamiento).
- Nivolumab con o sin brentuximab vedotina.
- O tratar como en el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.
- Tratamiento con células CAR-T con axicabtagene ciloleucel (después de 2 o más líneas de tratamiento sistémico previo).
- El tisagenlecleucel no está aprobado por la FDA para el linfoma primario mediastínico de células B grandes en recidiva o resistente.

Puntos clave

- El linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG) es un tipo de linfoma difuso de células B grandes.
- Los linfomas mediastínicos son crecimientos que se encuentran en el área del tórax que separa los pulmones, denominado mediastino.
- En el LPMCBG, el crecimiento excesivo de un tejido linfático similar a una cicatriz suele formar un tumor detrás del esternón.
- El tratamiento es la combinación de tratamientos sistémicos comúnmente utilizado en el LDCBG.

Si tiene creencias religiosas o personales sobre ciertos tipos de tratamiento, compártalas con su equipo de atención.

9

Linfomas de células B de alto grado

72 Con translocaciones de *MYC* y *BCL2* o *BCL6*

72 No especificado de otra manera

73 Puntos clave



Los linfomas de células B de alto grado (HGBL) son tumores muy agresivos y de rápido crecimiento. Este capítulo proporcionará información sobre el HGBL con reordenamientos MYC y BCL2 o BCL6 (HGBL, R) y HGBL, no especificado de otra manera (HGBL, NOS). Juntos, usted y su equipo de atención elegirán el plan de tratamiento que sea mejor para usted.

Actualmente, existen 2 tipos de linfomas de células B de alto grado (HGBL):

- HGBL con reordenamientos de *MYC* y *BCL2* o *BCL6* (HGBL, R)
- HGBL, no especificado de otra manera (HGBL, NOS)

Con translocaciones de *MYC* y *BCL2* o *BCL6*

El linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de *MYC* y *BCL2* o *BCL6* se denomina linfoma doble hit (HGBL, DH).

El linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de *MYC*, *BCL2* y *BCL6* se denomina linfoma triple hit (HGBL, TH).

Las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Ensayo clínico (recomendado)
- RTDLA (preferido para la enfermedad localizada)
- R-mini-CHOP
- DA-EPOCH-R

Los siguientes son regímenes potencialmente tóxicos. Su estado funcional (PS) y otros problemas de salud se tendrán en cuenta antes de recetar lo siguiente:

- R-HyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona, alternando con metotrexato de dosis alta y citarabina)
- R-CODOX-M/R-IVAC (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y metotrexato alternando con rituximab, ifosfamida, etopósido y citarabina)

Para conocer las opciones de tratamiento en caso de enfermedad recidivante o resistente, consulte el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.

No especificado de otra manera

Los linfomas de células B de alto grado, no especificados de otra manera (o HGBL, NOS) carecen de reordenamientos de los genes *MYC* y *BCL2* o *BCL6*. Incluye tumores que no pueden clasificarse como otros subtipos de LDCBG bien definidos.

Las alternativas de tratamiento incluyen lo siguiente:

- Ensayo clínico (recomendado)
- RTDLA para la enfermedad en estadio temprano
- RCHOP
- R-mini-CHOP
- DA-EPOCH-R

Los siguientes son regímenes potencialmente tóxicos. Su estado funcional (PS) y otros problemas de salud se tendrán en cuenta antes de recetar lo siguiente:

- R-HyperCVAD (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y dexametasona, alternando con metotrexato de dosis alta y citarabina)
- R-CODOX-M/R-IVAC (rituximab, ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina y metotrexato alternando con rituximab, ifosfamida, etopósido y citarabina)

Para conocer las opciones de tratamiento en caso de enfermedad recidivante o resistente, consulte el Capítulo 5: Enfermedad recidivante o resistente.

Puntos clave

- Los linfomas de células B de alto grado (HGBL) son tumores agresivos y de rápido crecimiento.
- El linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de *MYC* y *BCL2* o *BCL6* se denomina linfoma doble hit (HGBL, DH).
- El linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de *MYC*, *BCL2* y *BCL6* se denomina linfoma triple hit (HGBL, TH).
- El linfoma de células B de alto grado, no especificado de otra manera (HGBL, NOS) carece de reordenamientos de *MYC* y *BCL2* o *BCL6*.
- Se recomienda un ensayo clínico para estos tipos de linfoma difuso de células B grandes. Otras opciones de tratamiento sistémico están disponibles.

¿Necesita ayuda para pagar los medicamentos o el tratamiento?

Pregúntele a su equipo de atención las opciones con las que cuenta.

10

Toma de decisiones sobre el tratamiento

75 It's your choice

75 Questions to ask

85 Resources



Es importante sentirse cómodo con el tratamiento del cáncer que elija. Esta elección comienza cuando tiene una conversación franca y honesta con su equipo de atención.

Es su decisión

En el caso de compartir la toma de decisiones, sus médicos y usted comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo sobre un plan de tratamiento. Esto comienza con una conversación franca y honesta entre usted y su médico.

Las decisiones sobre el tratamiento son muy personales. Lo que es importante para usted puede no serlo para otra persona.

Algunas cosas que pueden afectar su toma de decisiones:

- Lo que deseamos y cómo lo deseamos puede ser diferente a lo que desean los demás
- Sus creencias religiosas y espirituales
- Sus sentimientos sobre ciertos tratamientos como la cirugía o la quimioterapia
- Sus sentimientos sobre el dolor o los efectos secundarios como las náuseas y los vómitos
- El costo del tratamiento, el viaje hasta los centros de tratamiento y el tiempo alejado de la escuela o el trabajo
- La calidad de vida y la longevidad
- Que tan activo es y las actividades que son importantes para usted

Piense en lo que desea obtener del tratamiento. Hable francamente de los riesgos y beneficios de los tratamientos y procedimientos específicos. Pondere las opciones y hable de sus inquietudes con su médico. Si se toma el tiempo de entablar una relación con su médico, lo ayudará a sentirse apoyado cuando considere las alternativas y tome decisiones sobre el tratamiento.

Buscar una segunda opinión

Es normal querer comenzar el tratamiento lo antes posible. Si bien el cáncer no puede ignorarse, hay tiempo para que otro médico analice los resultados de sus estudios y sugiera un plan de tratamiento. Esto se llama buscar una segunda opinión y es una parte normal del tratamiento del cáncer. ¡Los médicos también buscan segundas opiniones!

Puede prepararse de la siguiente manera:

- Verifique las normas sobre segundas opiniones de su compañía de seguro. Puede haber costos que usted deberá pagar de su bolsillo por los médicos que no sean parte de su plan de seguro.
- Planifique que le envíen copias de todos sus registros al médico que verá para la segunda opinión.

Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran que los grupos de apoyo son útiles. Los grupos de apoyo suelen incluir personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras otras pueden haber terminado el tratamiento. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer en su hospital o en su comunidad, revise los sitios web que aparecen en este libro.

Preguntas para hacer

En las siguientes páginas hay preguntas que puede hacer a los médicos. No dude en usar estas preguntas o crear las suyas propias. Sea claro sobre sus objetivos para el tratamiento y sepa lo que puede esperar de él.

Preguntas sobre los estudios y el diagnóstico

1. ¿Qué subtipo de LDCBG tengo? ¿Qué significa esto en cuanto a mi pronóstico y alternativas de tratamiento?
2. ¿Qué pruebas necesito? ¿Qué otros estudios se recomiendan?
3. ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
4. ¿Dónde me harán las pruebas? ¿Cuánto duran las pruebas?
5. ¿Hay algún hospital o centro oncológico cercano que se especialice en mi subtipo de LDCBG?
6. ¿Cómo me preparo para la prueba?
7. ¿Me daría una copia del informe anatomopatológico y de los resultados de los otros estudios?
8. ¿Quién hablará conmigo sobre los próximos pasos? ¿Cuándo?
9. ¿Comenzaré el tratamiento antes de que estén los resultados?
10. ¿Me realizarán una biopsia? ¿De qué tipo? ¿Qué medidas se tomarán para que me sienta cómodo?
11. ¿Con qué frecuencia me realizarán análisis de sangre?
12. ¿En cuánto tiempo recibiré los resultados de estos análisis?

Preguntas para el equipo de atención médica sobre su experiencia

1. ¿Qué experiencia tiene con el LDCBG?
2. ¿Qué experiencia tienen los integrantes de su equipo?
3. ¿Usted solo trata el LDCBG? ¿Qué otras enfermedades trata?
4. Me gustaría buscar una segunda opinión. ¿Me puede recomendar a alguien? ¿Quién puede ayudarme a recabar todos mis registros médicos para buscar una segunda opinión?
5. Me gustaría que otro anatomopatólogo o hematopatólogo analice mis muestras. ¿Me
6. puede recomendar a alguien?
7. ¿Cuántos pacientes como yo (de mi misma edad, sexo, raza) ha tratado?
8. ¿Consultará con expertos sobre la atención que recibiré? ¿Con quién consultará?
9. ¿Cuántos procedimientos como el que me sugiere ha realizado?
10. ¿Este tratamiento es una parte importante de su ejercicio profesional?
11. ¿Con qué frecuencia se espera una complicación? ¿Cuáles son las complicaciones?
12. ¿Quién se encargará de coordinar mi atención diaria?

Preguntas sobre las alternativas

1. ¿Qué sucederá si no hago nada?
2. ¿De qué manera afectan mis opciones la edad, la salud y otros factores?
3. ¿Qué sucede si estoy embarazada? ¿Qué sucede si planeo quedar embarazada en un futuro próximo?
4. ¿Soy candidato para un trasplante de células madre?
5. ¿Soy candidato para un ensayo clínico? ¿Puedo participar en un ensayo clínico en cualquier momento?
6. ¿Qué opción se demostró que es la más efectiva para mi cáncer, edad y otros factores de riesgo?
7. ¿Cuáles son las complicaciones y los efectos secundarios posibles?
8. ¿Hay alguna opción que ofrezca un control del cáncer a largo plazo? ¿Tengo mejores posibilidades con una alternativa que con otra? ¿Consume menos tiempo? ¿Es más económica?
9. ¿Qué decisiones se pueden tomar hoy? ¿Cuánto tiempo tengo para decidir sobre el tratamiento?
10. ¿Hay algún asistente social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
11. ¿Hay algún hospital o centro de tratamiento que pueda recomendar para el tratamiento? ¿Puedo ir a un hospital para la radioterapia y a un centro diferente para el tratamiento sistémico?

Preguntas sobre el tratamiento

1. ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento? ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos?
¿Qué tratamientos recomienda y por qué?
2. ¿Es importante el orden del tratamiento?
3. ¿Tendré que ir al hospital o a otro lado para el tratamiento? ¿Con qué frecuencia?
¿Cuánto dura cada visita? ¿Debo pasar la noche en el hospital o hacer planes de viaje?
4. ¿Puede elegir cuándo comenzar el tratamiento? ¿Puedo elegir los días y horarios de
tratamiento? ¿Debe acompañarme alguien?
5. ¿Puedo dejar el tratamiento en cualquier momento? ¿Qué sucederá si dejo el
tratamiento?
6. ¿Cuánto cuesta este tratamiento? ¿Qué parte de este tratamiento está cubierta por mi
seguro? ¿Hay algún programa que pueda ayudarme a pagar el tratamiento?
7. ¿Voy a faltar al trabajo o la universidad? ¿Podré conducir? ¿Cuándo podré volver a mis
actividades normales?
8. ¿Cómo sabe que el tratamiento funcionó? ¿Cómo puedo saberlo?
9. ¿Qué se puede hacer para evitar o aliviar los efectos secundarios de este tratamiento?
10. ¿Este tratamiento tiene efectos secundarios potencialmente mortales? ¿Cómo me
controlarán?
11. ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después de este
tratamiento? ¿Cuál será el tratamiento si regresa?
12. ¿Cuáles son las posibilidades de desarrollar un tipo de cáncer diferente más adelante
en la vida?

Preguntas sobre los efectos secundarios

1. ¿Cuáles son los efectos secundarios previstos del tratamiento?
2. ¿Cuáles son los efectos secundarios del LDCBG?
3. ¿Cuánto durarán estos efectos secundarios? ¿Algún efecto secundario disminuye o empeora en gravedad con el tiempo?
4. ¿A qué efectos secundarios debo estar atento? ¿Qué efectos secundarios se esperan y cuáles son potencialmente mortales?
5. ¿Cuándo debo llamar al médico? ¿Puedo enviar un mensaje de texto? ¿Qué debo hacer los fines de semana y durante las horas que no son de oficina?
6. ¿A qué servicio de urgencias o emergencias debo acudir? ¿Mi equipo de atención podrá comunicarse con el equipo de emergencias?
7. ¿Qué medicamentos puedo tomar para evitar o aliviar los efectos secundarios?
8. ¿Interrumpiré el tratamiento o lo cambiaré si aparecen efectos secundarios? ¿Qué es lo que busca?
9. ¿Qué puedo hacer para aliviar o evitar los efectos secundarios? ¿Qué medidas tomará usted?
10. ¿Qué medicamentos pueden empeorar los efectos secundarios del tratamiento?
11. ¿Cuáles son algunos de los posibles efectos secundarios permanentes que podría sufrir a partir del tratamiento?

Preguntas sobre los ensayos clínicos

1. ¿Qué ensayos clínicos están disponibles para mi tipo de cáncer?
2. ¿Cuáles son los tratamientos realizados en el ensayo clínico?
3. ¿Qué hace el tratamiento?
4. ¿Se ha usado este tratamiento antes? ¿Se ha usado para otros tipos de linfoma?
5. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de este tratamiento?
6. ¿Qué efectos secundarios puedo presentar? ¿Cómo pueden controlarse los efectos secundarios?
7. ¿Por cuánto tiempo participaré en el ensayo clínico?
8. ¿Podré recibir otro tratamiento si este no funciona?
9. ¿Cómo sabrá que el tratamiento está funcionando?
10. ¿El ensayo clínico tendrá algún costo? De ser así, ¿cuánto?
11. ¿Cómo averiguo sobre los ensayos clínicos en los que puedo participar? ¿Hay alguna fuente en línea que pueda consultar?

Recursos

American Association for Cancer Research (AACR)

aacr.org

American Cancer Society (ACS)

cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/treating/b-cell-lymphoma.html

Be The Match®

bethematch.org

Blood & Marrow Transplant Information Network (BMT InfoNet)

bmtinfonet.org

CancerCare

cancercares.org/diagnosis/lymphoma

Cancer Support Community

cancersupportcommunity.org/living-cancer

Chemocare

chemocare.com

Leukemia & Lymphoma Society

lls.org/PatientSupport

Lymphoma Research Foundation

lymphoma.org/aboutlymphoma/nhl/dlbcl

MedlinePlus

medlineplus.gov

MyHealthTeam

mylymphomateam.com

My Survival Story

mysurvivalstory.org

National Bone Marrow Transplant Link

nbmtlink.org

National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/types/lymphoma/patient/adult-nhl-treatment-pdq

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org/toolbox

National Financial Resource Directory - Patient Advocate Foundation

patientadvocate.org/explore-our-resources/national-financial-resource-directory

National Hospice and Palliative Care Organization

nhpco.org/patients-and-caregivers

OncoLink

oncolink.org

Patient Access Network Foundation

panfoundation.org

Radiological Society of North America

radiologyinfo.org

Testing.com

testing.com



Palabras que debe saber

anatomopatólogo

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

antígeno leucocitario humano (HLA)

Una proteína celular por la cual el cuerpo distingue sus propias células de las células extrañas.

aspiración con aguja fina (AAF)

Procedimiento que extrae muestras de tejido con una aguja muy fina.

aspiración de médula ósea

Un procedimiento mediante el que se extrae una muestra líquida de médula ósea para detectar una enfermedad.

biopsia de médula ósea

Un procedimiento que extrae muestras de hueso y médula ósea sólida para detectar una enfermedad.

biopsia por punción con aguja gruesa

Un procedimiento que extrae muestras de tejido con una aguja hueca. También llamada directamente biopsia o punción con aguja gruesa o BAG.

biopsia

Procedimiento por el que se extirpan muestras de fluido o tejido para analizarlas en busca de una enfermedad.

cariotipo

Análisis de laboratorio que elabora un mapa de cromosomas para detectar defectos.

citogenética

El estudio de cromosomas con un microscopio.

citometría de flujo

Un análisis de laboratorio que evalúa sustancias en la superficie de las células para identificar el tipo de células que está presente.

cromosoma

Las estructuras dentro de las células que contienen instrucciones codificadas para el comportamiento celular.

cáncer resistente

Un tipo de cáncer que no mejora con el tratamiento.

efectos secundarios

Respuestas físicas o emocionales insalubres o desagradables frente al tratamiento.

ensayo clínico

Tipo de investigación que evalúa pruebas o tratamientos de salud.

estudio de diagnóstico por imágenes

Estudio que toma fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

fórmula leucocitaria

Un análisis de laboratorio de la cantidad de glóbulos blancos para cada tipo.

ganglio linfático

Pequeña estructura en forma de frijol que combate las enfermedades.

gen

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

glóbulo blanco

Un tipo de célula sanguínea que ayuda a combatir las infecciones en el cuerpo. También se denominan leucocitos.

glóbulo rojo

Un tipo de glóbulo sanguíneo que lleva oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. También llamado eritrocito.

hematopatólogo

Un médico que se especializa en el estudio de enfermedades de la sangre y cánceres con un microscopio.

hemograma completo (CBC)

Un análisis de sangre que incluye la cantidad de glóbulos sanguíneos.

hibridación fluorescente *in situ* (FISH)

Un análisis de laboratorio que usa tintes especiales para detectar cromosomas y genes anormales.

hibridación *in situ* (HIS)

Estudio de laboratorio de la cantidad de genes.

histología

El estudio de tejidos y células con un microscopio.

imagen por resonancia magnética (IRM)

Estudio que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

inducción

El primer tratamiento que se administra para reducir en gran medida la cantidad de cáncer.

inmunofenotipificación

Un análisis de laboratorio que detecta el tipo de células presente según las proteínas de la superficie de las células.

inmunohistoquímica (IHQ)

Estudio de laboratorio de las células cancerosas para descubrir trazas específicas de células involucradas en el crecimiento celular anormal.

lactato deshidrogenasa (LDH)

Una proteína en la sangre que ayuda a generar energía en las células.

linfadenopatía

Ganglios linfáticos anormales en tamaño o consistencia.

linfa

Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

linfedema

Hinchazón en el cuerpo debido a una acumulación de líquido llamado linfa.

linfoma de alto grado

Un tipo de linfoma que crece y se extiende rápidamente y tiene síntomas graves.

linfoma primario mediastínico de células B grandes (LPMCBG)

Un tipo de LDCBG de crecimiento rápido que se desarrolla a partir de células B en el mediastino (el área detrás del esternón).

linfomas de doble hit

Linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de MYC y BCL2 o BCL6.

linfomas de triple hit

Linfoma de células B de alto grado con traslocaciones de MYC, BCL2 y BCL6.

linfomas de zona gris

Un tipo de linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) con características superpuestas de linfoma de Hodgkin clásico (LHC) y LDCBG.

medio de contraste

Una sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico sean más claras.

mejor tratamiento complementario

Tratamiento para mejorar la calidad de vida y aliviar las molestias.

monitorización

Período de prueba para detectar cambios en el estado del cáncer.

morfología

La ciencia de la forma y estructura de los organismos.

mutación

Un cambio anormal en las instrucciones de las células para fabricar y controlar las células.

médula ósea

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

panel metabólico completo (PMC)

Analiza hasta 14 sustancias químicas en la sangre.

plaqueta

Un tipo de glóbulo que ayuda a controlar el sangrado. También llamado trombocito.

pronóstico

El patrón y el resultado de una enfermedad.

pruebas de biomarcadores

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

punción lumbar (PL)

Un procedimiento que extrae muestras líquido cefalorraquídeo con una aguja. También conocida como punción de la médula espinal.

quimioterapia

Medicamentos para el cáncer que detienen el ciclo de vida celular para que las células no se multipliquen.

radioterapia (RT)

Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA)

Utiliza radioterapia dirigida para tratar el cáncer que se encuentra en los ganglios linfáticos o cerca de ellos.

reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

Un proceso de laboratorio en el que se realizan copias de una parte de ADN.

recidiva

El retorno o el agravamiento del cáncer después de un período de mejoría.

recuperación

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

recurrencia

Reaparición del cáncer después de un período sin cáncer.

respuesta completa

No se detectan signos de linfoma. También llamada remisión completa.

respuesta parcial

El linfoma aún está presente, pero se ha reducido en tamaño.

sangre periférica

La sangre que circula por el cuerpo.

sistema inmunitario

Defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades.

sistema linfático

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

síndrome de lisis tumoral (SLT)

Una afección causada cuando los desechos expulsados por las células muertas no se eliminan rápidamente del cuerpo.

tomografía computada (TC)

Un estudio que usa rayos x de varios ángulos para tomar imágenes del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)

Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

trasplante alogénico de células madre (aloSCT)

Un tratamiento del cáncer que reemplaza las células madre anormales con células sanas de un donante.

trasplante autólogo de células madre (autoSCT)

Un tratamiento del cáncer que destruye la médula ósea y luego la reconstruye con sus células madre sanas. También se denomina tratamiento de dosis alta con rescate de células madre autólogas (TDA/RCMA).

trasplante de células hematopoyéticas (TCH)

Un tratamiento del cáncer que reemplaza las células madre anormales con células sanas. También se llama trasplante de células madre (SCT) o trasplante de médula ósea (BMT).

trasplante de células madre (SCT)

Un tratamiento del cáncer que reemplaza las células madre anormales con células sanas. También se llama trasplante de células hematopoyéticas (TCH) o trasplante de médula ósea (BMT).

tratamiento complementario

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

ácido desoxirribonucleico (ADN)

Cadena de sustancias químicas en las células que contienen instrucciones codificadas para generar y controlar las células.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el tratamiento de linfomas de células B, versión 4.2022. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora general de Operaciones de información para pacientes

Tanya Fischer, MEd, máster en Educación, máster en Ciencia de librería e información
Redactora médica sénior

Susan Kidney
Especialista principal en diseño gráfico

El desarrollo de NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el tratamiento de linfomas de células B, versión 4.2022, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Andrew D. Zelenetz, PhD/
presidente
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

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

Dr. Jeremy S. Abramson
Massachusetts General Hospital Cancer Center

Dra. Ranjana H. Advani
Stanford Cancer Institute

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

Dra. L. Elizabeth Budde, PhD
City of Hope National Medical Center

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

Dra. Julie E. Chang
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

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

Dr. Sven De Vos, PhD
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Bhagirathbhai Dholaria
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Bitá Fakhri
UCSF Helen Diller Family

Comprehensive Cancer Center

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

Dr. Thomas M. Habermann
Mayo Clinic Cancer Center

Dr. Muhammad Saad Hamid
St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Francisco Hernandez-Ilizaliturri
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Boyu Hu
Huntsman Cancer Institute de la University of Utah

Dr. Mark S. Kaminski
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Christopher R. Kelsey
Duke Cancer Institute

Dra. Nadia Khan
Fox Chase Cancer Center

Dra. Rebecca King
Mayo Clinic Cancer Center

Susan Krivacic, máster en Asuntos Públicos
Consultora

Dra. Ann S. LaCasce
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dra. Megan Lim, PhD
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Mayur Narkhede
O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB

Dra. Rachel Rabinovitch
University of Colorado Cancer Center

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

Dra. Erin Reid
UC San Diego Moores Cancer Center

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

Dr. Hayder Saeed
Moffitt Cancer Center

Dr. Stephen D. Smith
Fred Hutchinson Cancer Research Center/ Seattle Cancer Care Alliance

Dr. Jakub Svoboda
Abramson Cancer Center de la University of Pennsylvania

Lode J. Swinnen, licenciado en Medicina y Cirugía
The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

Dr. Joseph Tuscano
UC Davis Comprehensive Cancer Center

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

Personal de NCCN

Mary Dwyer, máster en Ciencias

Hema Sundar, PhD

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

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

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

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

Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts
General Hospital Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 617.732.5500 • youhaveus.org
+1 617.726.5130
massgeneral.org/cancer-center

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

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

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

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
+1 206.606.7222 • seattlecca.org
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute
de la University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 800.824.2073 • huntsmancancer.org

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

NCCN Guidelines for Patients®

linfoma difuso de células B grandes, 2022

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

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

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

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

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

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

Siteman Cancer Center en Barnes-
Jewish Hospital y Washington
University School of Medicine
St. Louis, Misuri
+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

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

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

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

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
+1 410.955.8964
www.hopkinskimmellcancercenter.org

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

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

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

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California
+1 310.825.5268 • cancer.ucla.edu

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

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

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

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

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

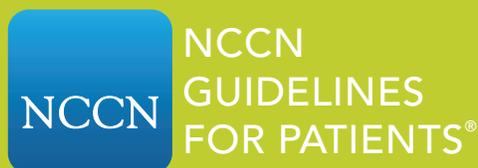
Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

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

Índice

- análisis de sangre 18–19
- antecedentes familiares 14, 21
- BCL2*** 23
- BCL6*** 23
- biopsia 20–21
- cirugía 39
- enfermedad de injerto contra huésped (EICH) 38
- enfermedad refractaria 33
- ensayos clínicos 39–40
- estado funcional (PS) 17
- histología 20, 48
- imagen por resonancia magnética (IRM) 26
- índice de pronóstico internacional (IPI) 17
- inducción 33
- inmunofenotipo 24–25
- inmunohistoquímica (IHQ) 25
- inmunoterapia 36
- linfomas de doble hit 23, 72
- linfomas de triple hit 72
- mejor tratamiento complementario 41–44
- mutaciones 24
- MYC*** 23
- pruebas de biomarcadores 22–25
- pruebas de corazón 28
- punción lumbar (PL) 27
- quimioinmunoterapia 35
- quimioterapia 35
- radioterapia 37
- radioterapia dirigida al lugar afectado (RTDLA) 37
- RCHOP*** 35
- recidiva 33
- reordenamientos genéticos 23
- respuesta completa (RC) o remisión 33
- síndrome de lisis tumoral (SLT) 45
- subtipos de LDCBG 8–9
- supervivencia 44
- tipificación de antígeno leucocitario humano (HLA) 18–19
- tomografía computada (TC) 26
- tomografía por emisión de positrones (TEP) 26
- trasplante alogénico de células hematopoyéticas (alo-TCH) 38
- trasplante autólogo de células hematopoyéticas (autoSCT) 38
- trasplante de células hematopoyéticas (TCH) 38
- trasplante de células madre (SCT) 38
- trasplante de médula ósea (BMT) 38
- tratamiento complementario 41–44
- tratamiento con células CAR-T anti-CD19 36
- tratamiento con células T con receptor de antígeno quimérico (CAR) 36
- tratamiento dirigido 37





Linfomas difusos de células B grandes

2022

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: Kite Pharmaceuticals. NCCN adapta, actualiza y mantiene de forma independiente la NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan de la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan por el contenido ni las recomendaciones incluidos en la presente guía.

La traducción de estas NCCN Guidelines for Patients se realizó gracias al apoyo de Incyte Corporation y MorphoSys US Inc.

Para apoyar NCCN Guidelines for Patients

DONE AHORA

Visite [NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)



National Comprehensive
Cancer Network®

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

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) – Para pacientes | [NCCN.org](https://www.nccn.org) – Para médicos