

Escucharte.

Los LINFOMAS

Guía para pacientes y familiares

Acompañarte.

Ayudarte.

Informarte.



LOS LINFOMAS

Guía para pacientes y familiares

ÍNDICE

Introducción	05
1 - ¿Qué es un linfoma?	07
¿Por qué aparece?	10
Tipos de linfoma: Clasificación de Linfomas según la OMS.	11
2 - El Linfoma de Hodgkin	13
Síntomas	15
Diagnóstico	15
Estadificación	16
Tratamiento	17
3 - El Linfoma No Hodgkin	25
Síntomas	27
Diagnóstico	27
Descripción de algunos tipos de Linfoma No Hodgkin	29
Estadificación	33
Tratamiento	35
4 - ¿A quién afecta el linfoma?	41
5 - Convivir con un linfoma	45
Efectos secundarios de la quimioterapia	48
Efectos secundarios de la radioterapia	55
6 - Consejos prácticos para el paciente	57
La contención y la información son claves	59
Glosario	63
Direcciones de interés	67

INTRODUCCIÓN

Cuando se diagnostica un linfoma, el enfermo puede tener una sensación de temor e incertidumbre que proviene del desconocimiento. De allí la importancia de acercar a las personas a su patología y contribuir así a que conozcan y comprendan las implicancias que su enfermedad puede tener en su vida cotidiana.

Conocer los tratamientos disponibles y tener acceso a consejos prácticos para vivir con la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente, es un buen modo de ganar confianza ante el diagnóstico de linfoma. Entender la enfermedad es el primer paso para aceptarla y superarla.

Este manual tiene carácter de material de divulgación y pretende que la persona afectada consulte las dudas que surjan y que en él vea reflejadas sus posibles inquietudes y las situaciones que puede llegar a experimentar durante el período de desarrollo y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, el médico especialista debe ser siempre quien haga las recomendaciones concretas y personalizadas para cada paciente.

1

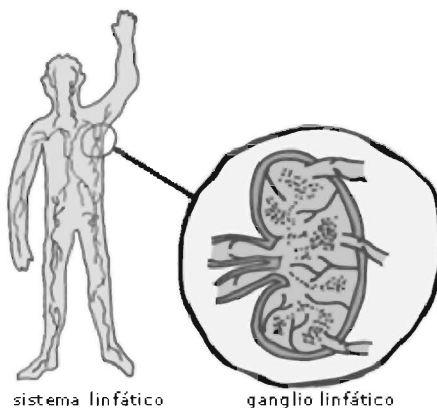
¿QUÉ ES UN LINFOMA?



1 ¿QUÉ ES UN LINFOMA?

Un linfoma es un tumor; es decir, un crecimiento anormal de células que se desarrolla en el sistema linfático.

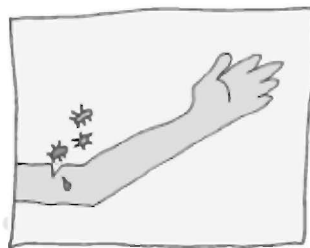
El sistema linfático es una amplia red de vasos, o tubos finos, que conectan ciertos órganos llamados ganglios linfáticos. Estos ganglios se distribuyen en grupos por todo el cuerpo: axilas, ingles, cuello, tórax y abdomen. También hay tejido linfático en otros órganos, como las amígdalas, el tubo digestivo, el bazo, el timo y la médula ósea.

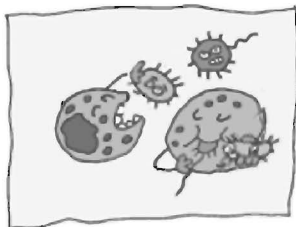


El sistema linfático transporta un líquido blanquecino llamado linfa que contiene los linfocitos: un tipo de glóbulos blancos de la sangre, de gran importancia en el control de las infecciones. El sistema inmunitario, del que forman parte los linfocitos, es responsable de la defensa del organismo frente a las agresiones externas.

¿Cómo actúa el sistema inmunitario?

1.- Un agente extraño penetra en el cuerpo (virus, bacteria, hongo o parásito), y éste no lo reconoce como propio. El sistema inmunitario se pone en marcha para eliminarlo.

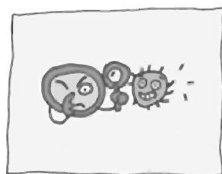




2.- Un tipo de glóbulo blanco (polimorfonuclear o neutrófilo) es el encargado de fagocitar o “comerse” a los agentes externos.

3.- Otro tipo de glóbulo blanco (linfocito) realiza una acción más sofisticada: “estudia” a fondo al agente invasor y prepara unos elementos específicos, los

anticuerpos, que se pegan a él y lo destruyen. Estos anticuerpos protegen el organismo frente a posteriores invasiones. Y a esto se le llama adquirir “inmunidad”



¿POR QUÉ APARECE?

En la mayoría de los casos se ignora por qué aparece un linfoma. Su aparición se ha relacionado con factores ambientales y con ciertos productos tóxicos, pero no se ha demostrado una relación directa con ninguno de ellos. Se sabe que las personas con un déficit en la inmunidad, tanto congénito como adquirido (por el virus del SIDA, en pacientes receptores de un trasplante de órganos, etc.), presentan un mayor riesgo de que les aparezca un linfoma. Esto se ha relacionado con un fallo en los sistemas de defensa del propio organismo.

Aunque la causa primaria no se conoce, las investigaciones de los científicos han permitido conocer cada vez más los mecanismos celulares y molecula-

“Aprendí que las cosas pasan quién sabe por qué raro misterio de la vida, pero que no es culpa de nadie. Sólo hay que dar batalla.”

Patricia

res que conducen a la aparición de un linfoma.

En pocos años probablemente se podrán conocer los factores de riesgo genéticos, es decir, se podrá determinar si una persona está más predispuesta que otra a padecer un linfoma. Cuando se conozcan tales factores genéticos se podrá actuar para prevenir un linfoma antes de que aparezca.

TIPOS DE LINFOMAS

Los linfomas se dividen en dos grandes categorías: Linfomas de Hodgkin (también conocido como Enfermedad de Hodgkin) y Linfomas No Hodgkin. De ambos, el Linfoma No Hodgkin es el tipo más común y de mayor incidencia.

Clasificación de linfomas según la Organización Mundial de la Salud

La siguiente tabla enumera los distintos subtipos de Linfoma de Hodgkin y No Hodgkin. La clasificación de la OMS incluye también los distintos tipos de leucemia linfocítica. Estos han sido omitidos para ser más claros. La frecuencia de los linfomas foliculares y de células B grandes son los dos tipos más generalizados y representan cerca del 50 por ciento de los casos.

I. Tipos y frecuencia del Linfoma No Hodgkin

A) Linfomas de Células B

1. Linfoma difuso de células B grandes o de alto grado (31%)
2. Linfoma folicular (22%)
3. Linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) (7,5%)
4. Linfoma linfocítico de células pequeñas - Leucemia linfocítica crónica (7%)
5. Linfoma de células del manto (6%)
6. Linfoma mediastínico (tímico) de células B grandes (2,4%)

7. Linfoma linfoplasmacítico-Macroglobulinemia de Waldenström (<2%)
8. Linfoma nodal de células B de la zona marginal (<2%)
9. Linfoma esplénico de zona marginal (<1%)
10. Linfoma extranodal de células B de zona marginal (<1%)
11. Linfoma intravascular de células grandes B (<1%)
12. Linfoma de efusión primaria (<1%)
13. Linfoma de Burkitt - Leucemia de Burkitt (2,5%)
14. Granulomatosis linfomatoide (<1%)

B) Linfomas de Células T y NK (~12%)

1. Linfoma extranodal T o NK
2. Linfoma cutáneo de las células T (Síndrome de Sézary y Micosis fungoide)
3. Linfoma anaplásico de células grandes
4. Linfoma angioinmunoblástico de las células T

C) Inmunodeficiencia-Trastornos linfoproliferativos asociados

II. Linfoma de Hodgkin Variante clásica

1. De predominio linfocitario
2. Con esclerosis nodular
3. De celularidad mixta
4. Con depleción linfocitaria

Es fundamental determinar en cada caso las características de cada tipo de linfoma, porque de ello depende el tratamiento y la obtención de resultados favorables para curarlo.

2

EL LINFOMA DE HODGKIN



2 El Linfoma de Hodgkin

Síntomas

Las primeras señales más comunes del linfoma de Hodgkin son la hinchazón sin dolor de los ganglios linfáticos en el cuello, la parte superior y el interior del pecho, las axilas, el abdomen o la ingle. La afectación de los ganglios linfáticos en otros sitios puede ocurrir de manera menos frecuente. Otros síntomas incluyen fiebre, sudor - especialmente de noche -, pérdida de peso y picazón.



Los pacientes pueden experimentar dolor en los ganglios linfáticos después de beber alcohol, un síntoma raro pero distintivo en el linfoma de Hodgkin. El bazo podría aumentar de tamaño.

Diagnóstico

Los pasos dados para determinar la presencia del linfoma de Hodgkin y su extensión son importantes para el diagnóstico y evaluación del enfoque del tratamiento.

El diagnóstico del linfoma de Hodgkin requiere la biopsia de un ganglio linfático afectado u otro sitio afectado. En algunos casos, el uso del inmunofenotipo puede ayudar a distinguir el linfoma de Hodgkin de otros tipos de linfomas o de otras reacciones de los

"Cuando el médico me dijo "estás dentro del 95% de probabilidades de cura", mi vida dio un giro de 180 grados. Ahora me preocupo de las cosas de verdad importantes."

Sandra

ganglios linfáticos que no son cancerosos. El diagnóstico anatomopatológico del linfoma de Hodgkin puede ser difícil, a menudo estos requieren que un anatomopatólogo experimentado analice las biopsias.

Estadificación (para determinar la extensión de la enfermedad)

Además del examen físico, el médico puede utilizar procedimientos de diagnóstico por imagen para determinar la extensión de la enfermedad. Estas pruebas ayudan al médico a evaluar: 1) la ubicación y distribución de los ganglios comprometidos, 2) si están afectados otros órganos además de los ganglios linfáticos y 3) si existen grandes masas tumorales en un sitio u otro. En la mayoría de los casos, estos procedimientos consisten en tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). Las centellogramas con galio son otra técnica usada para identificar los ganglios linfáticos afectados con el linfoma. La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica muy sensible para identificar alteraciones en los tejidos y puede ser útil cuando se encuentra disponible. La información obtenida a través de los estudios de imágenes permite asignarle al paciente un "estadio" de la enfermedad.



- ***Estadio I*** representa la afectación de una región o de un ganglio linfático o un solo órgano.
- ***Estadio II*** indica la afectación de dos o más regiones ganglionares que se encuentran cercanas entre ellas, por ejemplo, todos los ganglios en el cuello y pecho o todos los del abdomen.
- ***Estadio III*** representa la afectación de varias regiones de ganglios linfáticos en el cuello, pecho y abdomen.
- ***Estadio IV*** significa que hay una afectación muy extendida de los ganglios linfáticos y otros órganos, como los pulmones, hígado y huesos.

Los cuatro estadíos del linfoma de Hodgkin pueden dividirse en categorías "A" y "B". La categoría "A" indica la ausencia de fiebre, sudor excesivo y pérdida de peso. Los pacientes que sufren estos síntomas pertenecen a la categoría "B". Por ejemplo, la etapa IIB indica que el paciente tiene dos sitios cercanos de ganglios linfáticos afectados por la enfermedad y tiene fiebre, sudor excesivo o pérdida de peso. Dos ejemplos de sitios cercanos incluyen el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello y cerca de la clavícula, o en el cuello y la axila.

También son útiles para evaluar el enfoque del tratamiento el recuento de las células sanguíneas, el examen de la médula ósea y los resultados de los análisis de sangre que puedan detectar la afectación del hígado y el pronóstico de la enfermedad.



Los pacientes con síntomas tipo B necesitan a menudo un tratamiento más agresivo. La extensión de la enfermedad y la presencia de los síntomas B determinan el tratamiento a elegir.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es curar la enfermedad. Más del 80% de los pacientes con linfoma de Hodgkin pueden ser curados. Las opciones de tratamientos varían de acuerdo a la extensión de la enfermedad y eventualmente a la presencia de distintos factores pronósticos.

La mayoría de los pacientes con linfoma de Hodgkin reciben - y pueden ser curados con - esquemas de quimioterapia, que incluyen

"Con respecto a mi estado anímico, nunca dudé que me iría bien con el tratamiento. Eso ayudó mucho. Sé lo que significa perder todo el cabello, pero es pasajero".

Roberto

radioterapia en algunas situaciones. En ciertas circunstancias especiales puede requerirse un trasplante de médula ósea. Actualmente es excepcional el uso de radioterapia como único tratamiento.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia utiliza drogas, a diferencia de la radioterapia que utiliza radiación. Existen distintas drogas que actúan de manera diversa y a veces la utilización de más de una de ellas permite obtener efectos aditivos (sinergia). Fundamentalmente evitan que las células del tumor crezcan y se multipliquen, y por esto muchas de ellas pueden afectar algunas células normales del organismo.



En casi todos los casos se utilizan combinaciones de más de una droga para tratar el paciente con linfoma de Hodgkin. Como afirmamos antes, esto permite atacar a la célula tumoral de diferentes formas, hacerla más vulnerable, haciendo más efectivo el tratamiento.

Además se sabe que la utilización de combinaciones de drogas en el esquema de quimioterapia previene la resistencia del linfoma al tratamiento.

Ante la propuesta de un esquema de quimioterapia surgen preguntas importantes sobre las que se pueden hacer algunas consideraciones:

1- ¿Cuál es el objetivo del esquema de tratamiento propuesto?

En el linfoma de Hodgkin habitualmente el objetivo de tratamiento es la desaparición de la enfermedad, lo que busca la quimioterapia es la cura.

2- ¿En qué consiste el esquema de quimioterapia? ¿Cómo se administra?

En general, los esquemas de quimioterapia incluyen drogas que se administran por vía endovenosa. Se requiere la colocación de un acceso venoso para infundir la medicación. Si bien existen drogas que se administran por otras vías (por ejemplo por vía oral, son comprimidos), en el linfoma de Hodgkin la mayoría de los esquemas de quimioterapia utilizan drogas que se administran por vía endovenosa.

Por este motivo, algunas veces el médico tratante va a sugerir la colocación de un catéter permanente o semipermanente para infundir la medicación de manera más simple y sencilla. Existen diferentes catéteres que pueden ser utilizados. En cada caso se evaluarán los pros y contras para determinar la mejor elección.

En general, gran parte de los esquemas de tratamiento utilizados en el linfoma de Hodgkin se administran de manera ambulatoria, o sea que el paciente no debe internarse para recibir la quimioterapia. El procedimiento, en este caso, se realiza en el día y el paciente se va a su casa una vez finalizada la infusión.

Debido a circunstancias que se relacionan con el crecimiento del tumor (una sola infusión de quimioterapia mata un porcentaje de células solamente), los esquemas de quimioterapia se administran por ciclos. Esto significa que se realizan infusiones de medicación separadas por espacios de tiempo de descanso y recuperación preestablecidos (dos semanas, un mes, etcétera). Siempre que sea posible, es muy importante respetar los plazos de tiempo estipulados.

3- ¿Qué efectos adversos pueden esperarse?

Todas las drogas que componen un esquema de quimioterapia tienen efectos adversos, los cuales pueden ser serios o no.

Es necesario que el paciente conozca los eventuales efectos adversos de las drogas utilizadas, y sepa cuáles pueden ser potencialmente graves. La información en este punto cumple un rol fundamental, para no generar alarmas innecesarias o subestimar algún síntoma. Por otra parte existen conductas que pueden ser adoptadas por el paciente que previenen o atenúan diversos efectos adversos que pueden aparecer asociados al tratamiento.

Debido a la trascendencia de este punto dedicaremos un apartado especial sobre el final del manual.

4- ¿Qué síntomas, si aparecen durante el tratamiento, deben hacer que consulte con mi médico?

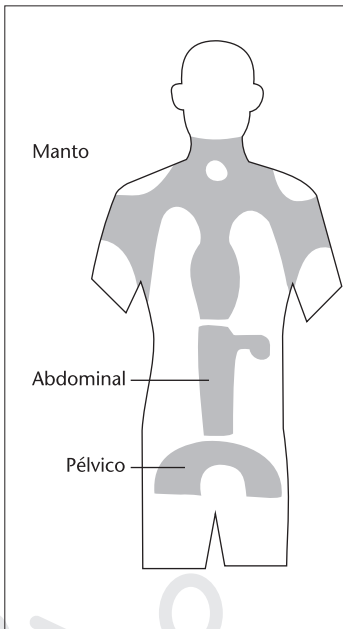
El paciente que se encuentra bajo tratamiento de quimioterapia debe saber que si aparecen determinados síntomas (por ejemplo, fiebre) debe concurrir a la consulta médica para ser evaluado. Esto significa que todos los pacientes que reciben tratamiento deben tener pautas de alarma claras, para diagnosticar tempranamente situaciones que pueden aparecer asociadas al uso de quimioterapia.

5- ¿Cómo determinar si el esquema de tratamiento está siendo efectivo?

Durante el tratamiento de quimioterapia el médico irá evaluando con distintos métodos si el tratamiento administrado tiene los efectos esperados, o si es necesario recurrir a otra alternativa terapéutica.

RADIOTERAPIA

La radioterapia utiliza radiaciones (rayos de alta energía) como el elemento que mata a las células del tumor. Afecta solamente a las células que se encuentran dentro del área irradiada. Se utiliza el término campo de irradiación para definir las áreas del organismo que van a ser sometidas a radiación. La radioterapia se administra en los sitios comprometidos o en grandes bloques o campos, para que sean tratados los ganglios linfáticos afectados así como los ganglios linfáticos cercanos que parezcan normales pero que puedan contener células cancerosas imperceptibles (Ver Figura). Estos campos son conocidos como "manto" para referirse al cuello y pecho, "abdominal" para referirse al abdomen, y "pélvico" para referirse a la parte inferior del abdomen y la ingle.



Tres campos principales de radiación usados en el tratamiento del linfoma de Hodgkin. El objetivo del tratamiento es cubrir los ganglios linfáticos cercanos hacia donde han migrado pequeños grupos de células cancerosas a través de vasos linfáticos conectores. Estos ganglios linfáticos tal vez no hayan crecido lo suficiente como para ser detectados. Los primeros estudios de pacientes que tuvieron recurrencias en los márgenes de campos de rayos X más pequeños dieron origen a la política de usar campos más grandes para evitar la recurrencia e incrementar el porcentaje de curación.

En algunos casos de linfoma de Hodgkin, los terapeutas combinan la quimioterapia con la radioterapia para aumentar las probabilidades de supervivencia.

La radioterapia puede afectar células vecinas normales cercanas al tumor y generar, de este modo, efectos adversos asociados al tratamiento. Para evitar esto se utilizan “escudos” sobre órganos sanos que podrían verse afectados para reducir los efectos secundarios.

Por otra parte, la evolución continua de la tecnología aplicada a la radioterapia ha logrado la generación de dispositivos para la emisión de rayos que concentran la radiación sobre el tumor minimizando notablemente el daño eventual de las zonas adyacentes, aumentando además la eficacia.

Habitualmente la radioterapia se administra en sesiones de corta duración (generalmente diarias), por un período predeterminado de tiempo. Este tratamiento es suministrado por médicos especialistas en radioterapia, y es importante el contacto con el profesional durante el tratamiento para conocer y minimizar los efectos adversos.

Más adelante, desarrollaremos con mayor detalle los efectos adversos asociados a la radioterapia.

TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA

La médula ósea se encuentra dentro de los huesos, y es la responsable de formar los elementos que circulan por la sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). En dicha médula ósea existen “células madres” o “células progenitoras” que pueden regenerar la médula ósea por sí mismas.

En algunas circunstancias (habitualmente recaída del linfoma de Hodgkin)

puede alcanzarse la cura utilizando esquemas altamente tóxicos que eliminan el linfoma, pero también destruyen la médula ósea normal.

Un trasplante de médula ósea puede utilizarse en éstos casos para restaurar el funcionamiento normal de la misma.

FUENTES DE “MEDULA OSEA” O DE CÉLULAS PROGENITORAS:

Un paciente puede recibir un trasplante alogénico de médula ósea (donde recibe células progenitoras de otra persona) o puede someterse a un trasplante autólogo de médula ósea (donde el paciente recibe sus propias células, las cuales fueron recolectadas y guardadas previamente).

El trasplante de médula ósea para el tratamiento del linfoma de Hodgkin tiene un lugar válido, pero limitado frente a situaciones particulares, generalmente relacionadas con recaídas de la enfermedad. El trasplante de médula ósea autólogo es el que se utiliza con más frecuencia en éstos casos.

3

EL LINFOMA NO HODGKIN



3 El Linfoma No Hodgkin

Síntomas

Muchos pacientes pueden notar el agrandamiento de los ganglios linfáticos del cuello, de la axila o la ingle. Con menos frecuencia, estos ganglios hinchados pueden aparecer cerca de los oídos, el codo o en la garganta, cerca de las amígdalas. En ocasiones, la enfermedad puede comenzar en un sitio distinto a los ganglios linfáticos, como en un hueso, un pulmón o la piel. En estas circunstancias, los pacientes pueden experimentar síntomas que se atribuyen a ese sitio específico, como dolor de huesos, tos, dolor de pecho, ronchas o hinchazón en la piel. Los pacientes pueden también sufrir fiebre, sudor excesivo (a menudo más notablemente de noche) fatiga inexplicable, pérdida de apetito o de peso. Durante un examen médico, se puede encontrar el bazo agrandado. En algunos casos, la enfermedad sólo puede descubrirse durante un examen médico de "rutina" o mientras el paciente está bajo atención por una enfermedad distinta.

Diagnóstico

La mayoría de los ganglios linfáticos agrandados son normalmente una reacción a infecciones y no un

"Una enfermedad como ésta marca un antes y un después. Lo que en un principio parecía terrible luego es algo que te hace más fuerte."

Silvina

"Llevé y llevo una vida normal. Nunca dejé de hacerlo, ni cuando recibía los tratamientos."

María Rosa

cáncer. El médico puede sospechar de un linfoma al encontrar ganglios linfáticos agrandados durante un examen físico o por una prueba de diagnóstico por imagen (por ejemplo, una radiografía de tórax) en ausencia de otra explicación, como podría ser una infección en un área cercana. El diagnóstico puede realizarse con certidumbre mediante una biopsia de un ganglio linfático u otro órgano afectado, como un hueso, un pulmón, el hígado u otros sitios. El procedimiento de biopsia puede realizarse usando una aguja especial que atraviesa la piel hacia el tejido que contiene el posible linfoma o puede realizarse al extirpar quirúrgicamente un ganglio linfático o un pequeño pedazo de otro tejido (por ej., del pulmón o hígado) del que se sospeche que contiene una alteración. En algunos casos, el diagnóstico puede realizarse con el descubrimiento de linfocitos anormales (células de linfoma) en la médula obtenidos como parte de la evaluación inicial.



El tejido para la biopsia a menudo se puede extirpar usando anestesia local. En ocasiones, se puede usar cirugía de tórax o abdomen para hacer el diagnóstico. La biopsia quirúrgica requiere de anestesia general.

Cuando se obtiene el tejido, se prepara y luego un anatomopatólogo lo analiza bajo el microscopio para determinar el patrón de alteraciones del tejido y los tipos de células involucradas. En ocasiones, es relativamente fácil para un médico experimentado decidir si la



"Hace ya mucho que cáncer es nada más que una palabra", me dijo con gran displicencia el médico que me diagnosticó.

Eduardo

alteración es un linfoma y cuál es la categoría de clasificación del linfoma. A veces, el diagnóstico puede ser dudoso y será necesario consultar con médicos hematopatólogos expertos.

Además, las células obtenidas al momento de la biopsia del tejido pueden ser estudiadas por inmunofenotipo para brindar evidencia adicional de que son células de linfoma y para determinar si son linfocitos tipo B, T o NK.

Las células también pueden ser estudiadas para ver si hay alteraciones en los cromosomas. Este tipo de examen se conoce como análisis citogenético. Las alteraciones en los cromosomas pueden ser importantes para identificar qué tipo específico de linfoma está presente, lo que puede ayudar en la elección de los medicamentos para su tratamiento.

A estos métodos de diagnóstico debemos sumar al tomografía axial computarizada (TAC) o scanner de tórax, abdomen y pelvis, la evaluación del líquido céfalo raquídeo y el PET (tomografía con emisión de positrones).

En determinados casos, también se suman la resonancia magnética nuclear, las gammagrafías, la fibrogastroscofia, la fibrocolonoscopia o fibrobroncoscopia.

TIPOS DE LINFOMA NO HODGKIN

A continuación presentamos descripciones en detalle de algunos tipos de linfoma no Hodgkin, además de información sobre la frecuencia de estos y otros linfomas.

LINFOMAS DE CÉLULAS B

Es un subtipo de linfoma que está compuesto de linfocitos malignos con características de células B. Las células B reciben su nombre de la "B" en bolsa, una estructura de las aves, donde se descubrió por primera vez como la fuente de linfocitos B. En los humanos, se piensa que las áreas linfáticas de la médula y los intestinos son la fuente de los linfocitos "B".

Linfomas difusos

Este término es usado para incluir los subtipos de linfoma que tienen un patrón de disgregación uniforme en la biopsia del ganglio linfático. Cuando la biopsia es examinada bajo el microscopio, las células del linfoma están extendidas difusamente a través del ganglio linfático, en contraste con el linfoma folicular en el que hay racimos o folículos de células del linfoma.

Linfoma folicular

Este término es usado para describir el subtipo de linfoma en el cual las células del linfoma están agrupadas en racimos o folículos. Este patrón es distinto al de los linfomas difusos.

Linfomas de alto grado (también llamados agresivos)

Es el término para varios subtipos de linfoma que progresan relativamente rápido si no son tratados. Estos subtipos incluyen linfoma asociado con el SIDA, linfoma anaplásico de células grandes, linfoma de Burkitt, linfoma difuso de células grandes y linfoma linfoblástico. Aún cuando éstos representan linfomas que crecen rápidamente, están también entre aquellos que responden muy bien a las combinaciones de medicamentos usados en protocolos de tratamiento.

Linfomas de bajo grado (también llamados indolentes)

Este término abarca varios subtipos de linfoma que tienen una progresión, relativamente baja. Normalmente, las células del linfoma tienen características de linfocitos B. Los subtipos típicos incluidos en esta designación son linfoma linfocítico pequeño y linfoma folicular.

Linfoma difuso de células grandes (ver linfoma de alto grado)

Linfomas de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT)

Son los linfomas que se originan en las paredes del tracto intestinal o que están

estrechamente relacionados con el tejido glandular. El estómago es el sitio más frecuente y está asociado con una infección previa por la bacteria que causa las úlceras del estómago, el *Helicobacter pylori*. Otros sitios comunes donde ocurre son los pulmones, las glándulas salivales y la tiroides. Estos linfomas a menudo progresan lentamente y tienden a permanecer localizados.

Linfoma de las células del manto

Es un subtipo de linfomas designados así porque las células del linfoma tienen características de linfocitos en la zona de manto de un ganglio linfático normal. Éste ocurre normalmente en personas mayores de 50 años de edad y es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres. La enfermedad está habitualmente extendida en el momento del diagnóstico y afecta a los ganglios linfáticos, la médula ósea y en ocasiones al hígado, los intestinos y el bazo. Este subtipo es normalmente tratado con varios agentes quimioterapéuticos y con el anticuerpo monoclonal rituximab. Los ensayos clínicos buscan nuevos y mejores tratamientos, por lo tanto, el tratamiento idóneo para un paciente en particular en un momento en particular requiere la consulta con un experto en el cuidado de pacientes con linfomas.

Linfoma nodal de la zona marginal

Es un subtipo de linfoma designado así porque las células del linfoma tienen características de linfocitos en la zona marginal de un ganglio linfático normal. Este subtipo ocurre normalmente en pacientes mayores de 50 años de edad. Típicamente, hay ganglios linfáticos en varios sitios y la médula ósea puede contener células de linfoma. Este tipo de linfoma está relacionado con los linfomas MALT aún cuando comprende principalmente ganglios linfáticos, mientras que los linfomas MALT ocurren principalmente fuera de los ganglios linfáticos.

LINFOMAS DE CÉLULAS T

El término linfomas periférico de células T es aplicado a aquellos linfomas en los cuales las células malignas tienen las características de linfocitos T por inmunofenotipo o

estudios especiales de diagnóstico molecular. Los cuatro tipos principales de linfoma de células T son:

- *Linfoma extranodal T o NK*
- *Linfoma cutáneo de las células T (Síndrome de Sézary y Micosis fungoide)*
- *Linfoma anaplásico de células grandes*
- *Linfoma angioinmunoblástico de las células T.*

Estos linfomas están compuestos por células malignas que son células de tipo T. Las células T reciben su nombre debido a la "T" de timo, una glándula en el pecho que se encoge y desaparece al crecer las personas a la edad adulta pero es la fuente de linfocitos T en los primeros años.

Linfomas cutáneos de células T

Este subtipo de linfoma afecta principalmente la piel y los ganglios linfáticos o, más tarde, otros órganos. Un 3 por ciento de todos los linfomas son de este tipo. Las células del linfoma tienen características de linfocitos T. La enfermedad puede presentarse con altibajos durante muchos años y puede ser difícil diagnosticarla con seguridad en sus primeras etapas, aún mediante una biopsia de la piel. Puede ser conocido como micosis fungoide cuando abarca áreas importantes de la piel. Los linfocitos malignos pueden penetrar en la sangre y, si es lo suficientemente importante, puede simular algunas características de la leucemia linfocítica crónica.

LINFOMA EXTRANODAL

Este linfoma puede ser localizado al momento del diagnóstico en prácticamente cualquier órgano. La tiroides, los pulmones, los huesos, el estómago y otros sitios pueden mostrar síntomas o señales que conduzcan a una biopsia que identifique un linfoma. Si una búsqueda perseverante no descubre un linfoma en los ganglios linfáticos o en sitios linfáticos, esta situación se conoce como linfoma extranodal primario. En contraste, los sitios extranodales pueden presentarse como una característica de un linfoma generaliza-

do. En consecuencia, el pulmón, hígado, hueso y el sistema nervioso central (cerebro o columna vertebral) pueden tener linfoma, así como los ganglios linfáticos.

Linfoma del sistema nervioso central (SNC)

Este es el término aplicado a la presencia del linfoma en la cual se forman células malignas (cancerosas) en el tejido linfático del cerebro o de la médula espinal (linfoma SNC primario) o la presencia de linfoma en el cerebro o médula espinal, así como en otros sitios (linfoma SNC secundario). El tipo primario es visto con más frecuencia como una característica del linfoma del SIDA, que sigue a la infección con el virus de inmunodeficiencia humana. El tratamiento puede incluir radioterapia y quimioterapia, usando medicamentos y dosis que penetren el sistema nervioso central.

ESTADIFICACIÓN *(para determinar la extensión de la enfermedad)*

Después de confirmarse el diagnóstico, se determina la extensión de la enfermedad. A esto se le llama "estadificación". El diagnóstico basado en las muestras de biopsia y la determinación de la extensión de la enfermedad proporciona información muy importante al médico que planifica el tratamiento. El tipo específico de linfoma, sea del tipo de células B o T y la localización de los ganglios u órganos involucrados será un factor en la selección de los medicamentos y la duración del tratamiento.

Las técnicas de diagnóstico por imagen como resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC) son utilizadas para buscar ganglios linfáticos u órganos como el hígado, bazo o riñones agrandados. En algunos casos, el centellograma con galio y, si hay disponible, la tomografía con emisión de positrones, son procedimientos adicionales de imágenes que pueden ayudar al médico a identificar sitios de linfoma en el abdomen, pecho u otros sitios. Se examinan la sangre y la médula ósea. Los recuentos de células sanguíneas evalúan si hay anemia, o bajo recuento de glóbulos blancos o plaquetas, o si las células de linfoma se encuentran en la sangre. El examen de la médula ósea puede detectar también la presencia de células de linfoma. La medición de sustancias químicas en la sangre y otros constituyentes buscan evidencia química

de la participación de otros órganos, como una disfunción del hígado o riñón, e indican si las inmunoglobulinas producidas por los linfocitos son deficientes o anormales.

Una punción espinal (o lumbar) o la imagen del cerebro o de la columna vertebral pueden ser necesarias en casos en los cuales el tipo de linfoma o los síntomas del paciente sugieren que el sistema nervioso central (cerebro o columna vertebral) puede estar afectado. Cuando se han completado todas las pruebas, el médico determinará qué áreas han sido afectadas usando la evidencia disponible.

Muchos médicos agrupan los distintos subtipos en función de si en promedio, el linfoma crece muy lentamente (bajo grado), progresa muy rápidamente (alto grado) o se encuentra entre estas dos categorías en ritmo de progresión (grado intermedio). A causa de la experiencia con la manera en que progresan los tipos específicos de linfoma, uno puede determinar la probabilidad de progresión lenta o rápida y los tipos de terapia necesarios inicialmente. Estas categorías indican también al médico la posibilidad de que sea necesario un tratamiento más o menos intensivo inicialmente.

Estadíos de la enfermedad. La distribución del linfoma puede ser muy importante en las decisiones sobre el tratamiento.

- ***Estadio I*** representa la afectación de una región o de un ganglio linfático o un solo órgano.
- ***Estadio II*** indica la afectación de dos o más regiones ganglionares que se encuentran cercanas entre ellas, por ejemplo, todos los ganglios en el cuello y pecho o todos los del abdomen.
- ***Estadio III*** representa la afectación de varias regiones de ganglios linfáticos en el cuello, pecho y abdomen.
- ***Estadio IV*** significa que hay una afectación muy extendida de los ganglios linfáticos y otros órganos, como los pulmones, hígado y huesos.

TRATAMIENTO

Los linfomas no Hodgkin son un grupo muy heterogéneo. Constituyen un conjunto de enfermedades con múltiples posibilidades de tratamiento, que muestran respuestas favorables a esquemas de quimioterapia, radioterapia y terapias biológicas (anticuerpos monoclonales). De qué modo cada uno de los subtipos de linfomas responde al tratamiento instrumentado depende de diversas variables (tipo de tumor, extensión de la enfermedad, etcétera).

De esta manera, existen linfomas no Hodgkin con tasas muy altas de curación (linfoma difuso de grandes células B en estadios limitados: más de 80% de tasa de curación con los tratamientos disponibles actualmente), y otros linfomas muy sensibles al tratamiento pero difíciles de erradicar, que suelen requerir varios esquemas de tratamiento a lo largo del tiempo (linfomas de bajo grado: linfomas foliculares).

Es por esto, que ante cada paciente en particular el hematólogo definirá en base a distintos elementos (tipo de linfoma, extensión de la enfermedad, edad del paciente, estado general del enfermo, etcétera),

"Las drogas no pueden solas. Es importante hacer toda la fuerza para ayudarlas a actuar."

Cecilia

"Ante la quimioterapia, le pregunté al doctor qué podía o debía hacer de ese momento en más. Me dijo muy sabiamente: 'Hacé lo que tu cuerpo te deje hacer'."

Sergio

cuál opción de tratamiento es la más adecuada en cada situación.

Es importante discutir con el médico los objetivos del tratamiento implementado y las distintas situaciones que puedan ir surgiendo durante el curso de la enfermedad.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

ABSTENCIÓN TERAPÉUTICA

Existen algunas situaciones particulares (linfomas de bajo grado, que cumplen determinados requisitos que deben ser determinados por el médico) donde no es necesario actuar inmediatamente. En estos casos seleccionados es posible controlar al paciente sin necesidad de implementar tratamiento alguno. El paciente convive con el linfoma y el linfoma no le genera síntomas. Son tumores de crecimiento muy lento, por lo cual tienen las características antes nombradas. En cuanto esta situación se modifique será necesario implementar el tratamiento adecuado. Por esto es imperioso llevar a cabo controles médicos periódicos. El linfoma se convierte en una enfermedad crónica



"No fueron días sencillos, pero nunca pensé que no iba a curarme."

Mirta

"El doctor me dijo: el 50% de su tratamiento está en nuestras manos, el otro 50 en las suyas."

Cristina

como muchas otras, y pueden pasar años sin que ésta situación se modifique.

QUIMIOTERAPIA

Las drogas quimioterápicas actúan sobre las células del linfoma de diversas maneras hasta que las destruyen.

Al igual que en el Linfoma de Hodgkin, la quimioterapia generalmente está constituida por una asociación de drogas con distintos mecanismos de acción, las cuales se administran por “ciclos” separados por una cantidad de días preestablecida, que varía según el tipo de linfoma y el esquema de tratamiento elegido.



La mayoría de las drogas del esquema de quimioterapia se administra por vía endovenosa. Algunos medicamentos se toman por vía oral.

En general, los esquemas de quimioterapia se administran en forma ambulatoria, o sea que no requiere la internación del paciente.

Existen algunos esquemas de tratamiento que requieren infusiones más prolongadas y controles más estrictos, por lo cual necesitan aplicarse durante una internación, que suele ser de algunos días.

Muchas veces es necesaria la colocación de un catéter de infusión que facilita la administración de

“Mis ganas de vivir hicieron que pudiera sobrellevar todo lo que me tenía que hacer para curarme.”

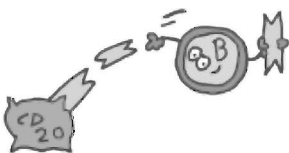
Laura

medicación, haciendo más seguro el tratamiento.

La quimioterapia es el arma fundamental en el tratamiento de los linfomas, logrando la curación en varios subtipos de la enfermedad y controlándola de manera efectiva en otras.

ANTICUERPOS MONOCLONALES

Los anticuerpos monoclonales han revolucionado el tratamiento de las



enfermedades oncológicas. Son terapias biológicas (inmunoterapia). Se pueden utilizar solos o asociados a distintos esquemas de quimioterapia.

Los anticuerpos son sustancias producidas por un grupo de células linfoides para protegerse contra agentes extraños. Existe un anticuerpo diferente para cada antígeno, que sería la "partícula extraña". Los anticuerpos monoclonales son todos producidos por un único clon de células B, y son iguales; o sea, frente a un único antígeno. De este modo la terapia es dirigida, se pueden fabricar anticuerpos contra una única estructura particular presente en las células malignas (por ejemplo. CD 20), que pueden estar en algunas células normales, pero que implica la destrucción de las células tumorales con escasa

"Hoy te puedo decir que gracias al trasplante puedo proyectar mi vida, cosa que antes no me animaba. Si no estás enfermo, te digo que puedes ayudar a alguien como me ayudaron a mí haciéndote Donante Voluntario de Células."

Darío

toxicidad sobre los tejidos normales.

En los linfomas el anticuerpo monoclonal más utilizado es el Rituximab (anti-CD20). Se infunde por vía endovenosa, pudiendo hacerse esto de manera ambulatoria. Se utiliza generalmente asociado a la quimioterapia, aunque en algunos casos se puede utilizar solo.

El Rituximab asociado a esquemas de quimioterapia en Linfomas no Hodgkin agresivos CD20 positivos (Linfoma difuso de grandes células B) y en Linfomas no Hodgkin de bajo grado (Linfoma folicular) ha mostrado ventajas significativas sobre la quimioterapia sola, generando mayor tiempo libre de recaída de la enfermedad y mayor sobrevida.

De esta manera se ha constituido en el tratamiento estándar actual (Rituximab + Quimioterapia).

También se utiliza el Rituximab como mantenimiento una vez finalizada la quimioterapia en los linfomas de bajo grado, para prolongar la duración del intervalo libre de enfermedad y en algunos casos prolongar la sobrevida.

RADIOTERAPIA

La radioterapia es habitualmente, en los linfomas no Hodgkin, un complemento de la quimioinmunoterapia.

Utiliza radiaciones para matar a la célula tumoral.

Se administra por sesiones, de manera ambulatoria, y suele ser muy bien tolerada.



Es una herramienta de mucho valor en los casos seleccionados donde debe ser aplicada.

TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA

Las características del trasplante de médula ósea las hemos descrito anteriormente.

Debemos decir que en el linfoma no Hodgkin se utiliza fundamentalmente el trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (con médula ósea recolectada previamente del propio paciente). Este tratamiento se utiliza en general en fases avanzadas de la enfermedad, o luego de tratamientos efectivos de una recaída, de modo que se consolide con el trasplante la respuesta al tratamiento alcanzada previamente.



En otros casos se puede realizar un trasplante donde el donante es otra persona (trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos), habitualmente un familiar del paciente, aunque en algunos casos excepcionales puede buscarse un donante no emparentado.



El trasplante de médula ósea es una modalidad terapéutica en continua evolución, y el progresivo avance del procedimiento intenta lograr cada vez mayor eficacia, con menores efectos adversos a corto y largo plazo.

4

¿A QUIÉN AFECTA EL LINFOMA?



4 ¿A QUIÉN AFECTA EL LINFOMA?

La incidencia de linfomas ha aumentado considerablemente en los últimos años, por lo que ha dejado de ser una “enfermedad de pocos” y ha pasado a convertirse en un problema de salud que va camino de convertirse en la quinta causa de muerte por cáncer



en el mundo, después de los tumores de pulmón, mama, colon y melanoma. En el mundo hay hoy aproximadamente más de un millón de personas con linfoma, la incidencia de la enfermedad aumenta entre un 3-7 % anual y se diagnostican por año aproximadamente 360.000 casos nuevos.

El Linfoma No Hodgkin es el tipo de cáncer del sistema linfático más común. Desde la década del '70 viene duplicándose su incidencia en todo el mundo y tiene una tasa de supervivencia de sólo un 59%. Ocurre principalmente en adultos con un pico de incidencia entre los 45 y 60 años.

El Linfoma de Hodgkin o Enfermedad de Hodgkin es la forma menos común de linfoma. La tasa de supervivencia general es del 85% y se presenta principalmente en los jóvenes con un pico de incidencia entre los 16 y los 34 años y también a partir de los 55 años. De todos los tipos de linfoma, la enfermedad de Hodgkin es la más fácil de curar.

El linfoma constituye el tercer tumor en frecuencia en los niños, luego de los tumores del sistema nervioso central y la leucemia. También puede ser de dos tipos: No Hodgkin (60%) y Hodgkin (40%).

De acuerdo a datos del último Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA) la incidencia global de linfomas en niños menores de 15 años es del 12 %, con un promedio anual de 133 casos nuevos por año. De ellos, el 53 % corresponde a Linfomas de Hodgkin y el 47 % a Linfomas No Hodgkin. Es importante destacar que, a diferencia de los adultos, los Linfomas No Hodgkin en pediatría son tumores de alta invasividad y agresividad.

5

CONVIVIR CON UN LINFOMA



5 CONVIVIR CON UN LINFOMA



Convivir con un linfoma representa compaginar la vida normal con etapas en las que se recibe tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO

Los pacientes con un linfoma bajo tratamiento pueden sufrir distintos efectos adversos derivados del tratamiento (toxicidad). La quimioterapia y la radioterapia puede producir distintas toxicidades. No siempre aparecen, y cuando lo hacen, su intensidad pueden variar según cómo reaccione el organismo de cada persona, y también dependiendo de la duración o intensidad del tratamiento. Su aparición no significa una menor eficacia del tratamiento.

Afortunadamente existen diversas maneras para evitar, o hacer más tolerables, los distintos efectos adversos asociados al tratamiento.

Es muy importante para esto la información suministrada al paciente, y el relato por parte del paciente hacia el médico de cualquier eventualidad surgida durante el tratamiento.

Normalmente, los efectos secundarios son temporales y desaparecen poco tiempo después de suspender el tratamiento. Incluso pueden no aparecer

"Yo sé que los medicamentos me están curando, pero me lastiman" decía por lo que mi analista me propuso realizar un cambio de polaridad, ante el cual el resultado fue: "los medicamentos me lastiman, pero me están curando".

Gustavo

en las primeras sesiones y hacerlo en otras posteriores.

En algunos casos, el médico puede determinar detener el tratamiento, para que el paciente se recupere, y reanudarlo unos días después.

EFFECTOS SECUNDARIOS A LA QUIMIOTERAPIA

Lamentablemente la quimioterapia no es enteramente selectiva, y al mismo tiempo que produce la muerte de las células del tumor, puede lesionar células normales (especialmente las que se dividen mucho: cabello, mucosas, germinales), y producir distintos efectos adversos.

Los efectos adversos varían notablemente según el tipo de droga administrada, la dosis del medicamento y la respuesta individual de cada paciente.

Los efectos adversos más comunes asociados a la quimioterapia incluyen:

Toxicidad hematológica.

Disminución de la producción de células sanguíneas.

En la médula ósea se producen constantemente células sanguíneas (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Los glóbulos rojos transportan oxígeno a los tejidos y su disminución constituye la anemia; los glóbulos blancos están involucrados principalmente en la defensa del organismo frente a las infecciones, y las plaquetas cumplen un papel importante en evitar hemorragias.

Cuando se suprime la producción de células normales en la médula ósea se denomina mielosupresión (ejemplo: mielosupresión secundaria a la quimioterapia). Esto implica:

Anemia: Por disminución en la producción de glóbulos rojos. Puede ser de intensidad variable. Ocasiona cansancio, debilidad, falta de aire frente al ejercicio. Habitualmente se produce la recuperación luego de un tiempo. En algunos casos especiales existen drogas que pueden asociarse durante la quimioterapia para tolerar mejor la anemia. En casos muy severos puede requerirse una transfusión sanguínea.

Neutropenia: La disminución de los glóbulos blancos por la mielosupresión provoca neutropenia (neutropenia es disminución de los neutrófilos, un subtipo de glóbulo blanco fundamental ante las infecciones). La neutropenia aumenta el riesgo de infecciones. Existen drogas que pueden prevenir la aparición de neutropenia asociada a ciertos tipos de quimioterapia y que pueden utilizarse, como por ejemplo los factores estimulantes de colonias.

Los pacientes con neutropenia deben controlar si aparece fiebre, lo cual obliga a la consulta médica para recibir antibióticos. Además deben modificar su dieta, de modo que consuman alimentos de origen seguro, en particular cocidos. Es muy importante la higiene, el correcto lavado de manos con frecuencia. No deben tener contacto con personas enfermas y el lavado de dientes debe realizarse con cepillo suave a menos que el médico indique otra cosa. Es siempre el médico el que indicará las medidas que debe tomarse en todos estos casos.

Trombocitopenia o plaquetopenia: La disminución de la producción de plaquetas puede provocar aumento del riesgo de padecer una hemorragia. Por esto el paciente debe prestar atención y consultar ante sangrado de encías, sangrado por nariz, aparición de manchas en la piel o moretones, o cualquier otro sangrado. En algunos casos puede necesitarse

una transfusión de plaquetas.

Debemos resaltar que el grado de mielosupresión es variable ante los distintos esquemas de quimioterapia, y en muchos casos puede ser predecible. En cada caso el médico hará los controles periódicos para vigilar el descenso de las células de la sangre, y tomar las medidas apropiadas.

Pérdida del cabello (alopecia)



La pérdida del cabello es un problema común, transitorio, y variable. Esto significa que no es igual con todos los esquemas de quimioterapia. Cuando la pérdida de cabello ocurre suele hacerlo a partir de la 2ª-3ª semana luego del inicio de la quimioterapia. Siempre se debe tener en cuenta que es un efecto temporario, que el cabello vuelve a crecer una vez finalizado el tratamiento. Puede hacerlo con un color o una textura levemente diferente.

Proteger del sol las áreas sin cabellos con gorras o lo que el paciente crea más adecuado siempre es una medida muy recomendable.

Náuseas y vómitos



La quimioterapia puede producir náuseas y vómitos. La frecuencia con que aparecen depende del tipo de quimioterapia y de la respuesta individual de cada paciente. Pueden ocurrir durante el día de la infusión de la medicación o posteriormente.

Existen distintos tipos de drogas de enorme efectividad que se administran de manera preventiva (antes de la quimioterapia) para evitar su aparición.

Una vez que aparecen las náuseas y vómitos también existen drogas para tratar el síntoma.

Es importante: consumir una dieta preferentemente líquida previamente a la

administración de quimioterapia, evitando dietas ricas en grasas; es preferible alimentarse con comidas más frecuentes y de menor cantidad; evitar ambientes con olores fuertes o desagradables (quizás no intervenir en la preparación de las comidas); asegurarse deambular por ambientes de aire fresco; realizar una dieta variada, ligera y nutritiva; tomar abundante cantidad de agua.

Es recomendable que el paciente realice todas las preguntas relacionadas con su alimentación en cada caso al médico tratante.

Diarrea



La diarrea puede ser un efecto adverso de la quimioterapia. Usualmente no suele ser muy severa. Debe evitarse la deshidratación, y consultar de inmediato si se presenta fiebre o diarrea con sangre.

Para evitar la deshidratación: tomar abundante cantidad de agua; prestar atención y consultar si la boca está muy seca y disminuye la cantidad de orina; evitar los productos lácteos o los de difícil digestión (fibras) durante los episodios de diarrea.

Úlceras bucales (mucositis)



Las mucosas se pueden irritar, enrojecer y se pueden producir úlceras durante el tratamiento con quimioterapia (por ejemplo en la mucosa de la boca), estas situaciones constituyen una mucositis.

Si el paciente presenta alguno de estos síntomas debe consultar para que se tomen las medidas apropiadas. Además la mucositis puede favorecer la aparición de infecciones, y en este caso debe recibirse el tratamiento apropiado.

Existen diferentes soluciones antisépticas y anestésicas que pueden utilizarse en cada caso.

Es muy importante en éste contexto la higiene bucal y la consulta periódica al odontólogo.

Es necesario evitar enjuagues bucales que contengan alcohol, bebidas muy ácidas y alimentos picantes.

Cambios en el gusto. Pérdida de apetito



Algunos pacientes pueden percibir de manera diferente el gusto de algunos alimentos habitualmente consumidos. Esta situación revierte una vez finalizada la quimioterapia.

Durante el tratamiento, además, por distintos factores confluentes que incluyen modificaciones del estado de ánimo, se puede perder peso. Es importante comer en compañía de seres queridos e intentar hacer de la comida un rato agradable, y además seguir las recomendaciones alimentarias de modo que se eviten los alimentos que pueden favorecer la aparición de sensaciones desagradables.

Fatiga



Suele existir antes del tratamiento debido a la propia enfermedad, pero en algunos casos se asocia al tratamiento de quimioterapia, y puede persistir algunas semanas una vez finalizado el mismo.

Es importante: lograr un buen reposo nocturno, no realizar actividades que produzcan cansancio durante el día, planificar el día intentando distribuir del mejor modo posible las energías. Es importante solicitar ayuda si se necesita. En caso de querer realizar ejercicios físicos, consultar con el médico para que

éste indique que actividades pueden realizarse.

Infertilidad



Algunos esquemas de quimioterapia y radioterapia pueden ocasionar una reducción temporaria o permanente de la fertilidad. Por esto, en cada situación en particular, es muy importante discutir con el médico la posibilidad de que aparezcan éstos efectos, y si es posible tomar alguna medida para preservar la capacidad de fertilidad para el futuro. Es variable la capacidad de las drogas de afectar la fertilidad, y se puede predecir de acuerdo al tipo de droga. En el caso de la radioterapia depende del área irradiada.

Puede ser un efecto transitorio, donde la capacidad de fertilización se recupera un tiempo después de finalizado el tratamiento. En algunos casos puede ser un efecto permanente.

En las mujeres algunos esquemas de quimioterapia pueden reducir la producción de óvulos, y hasta generar una menopausia antes de lo esperado.

En los hombres la producción de los espermatozoides puede afectarse, tanto en número como en calidad.

Existen algunas opciones para preservar la fertilidad:

Hombres: Se puede considerar la utilización de un banco de espermia antes del inicio del tratamiento. En éste caso se preservan (a bajas temperaturas: criopreservación) espermatozoides del paciente antes del inicio del tratamiento para ser utilizados en el futuro, en caso de que el tratamiento altere la fertilidad. Existen instituciones que realizan éstos procedimientos y explican al paciente en qué consisten.

Mujeres: Algunos tratamientos hormonales, en algunas circunstancias, podrían proteger a los ovarios si se administran antes del tratamiento.

Se pueden, además, criopreservar óvulos. Este procedimiento tiene distintas variantes. Es más complicado de realizar que el procedimiento en varones.

Muchos de estos procedimientos son experimentales, y no pueden asegurar el éxito de una fertilización futura.

En algunos casos, donde el paciente está muy enfermo y debe comenzar tratamiento de inmediato, es posible que algunas medidas tendientes a preservar la fertilidad no puedan ser tomadas.

Además, durante la administración de quimioterapia, los pacientes no deben tener embarazos, dado que las drogas administradas pueden ocasionar distintos tipos de daños en el feto.

Es muy importante, entonces, tomar la medida anticonceptiva más eficaz en cada caso. El médico debe explicar este punto con precisión, y los pacientes deben hacer todas las preguntas necesarias para que no queden dudas.

En caso que la paciente con linfoma esté amamantando a su hijo, durante el tratamiento no se aconseja el amamantamiento porque algunas de las drogas que componen la quimioterapia pueden pasar a la leche materna y ser nocivas para el bebé. El médico indicará que conducta deberá tomarse en cada caso.

EFFECTOS SECUNDARIOS A LA RADIOTERAPIA

La radioterapia no es dolorosa y tampoco pone al paciente “radioactivo”. Puede ocasionar algunos efectos adversos que varían según el área irradiada. Puede ocurrir:



Pérdida del apetito y gusto:

Efecto transitorio, se recomiendan seguir las medidas que antes se explicitaron.

Boca seca:

Se puede producir una disminución transitoria de la producción de saliva que genera sensación de boca seca. Es importante la consulta odontológica, dado que la disminución de saliva puede favorecer la aparición de infecciones.

Irritación de garganta, ardor al tragar:

Puede ocurrir en la irradiación de cabeza y cuello. Debe referirse el síntoma al médico tratante, dado que existen medicamentos que pueden ayudar a superar el discomfort que esto produce.

Reacciones en la piel:

Puede producirse ardor y enrojecimiento en la piel que cubre la superficie irradiada. Puede generarse descamación y picazón. Es prudente cubrir estas áreas del sol y utilizar siempre protectores solares.

Existen cremas, lociones, aceites, emulsiones reparadoras, que pueden ser utilizados.

Debemos resaltar que la recomendación de proteger la piel irradiada del sol con protectores solares es recomendable a largo plazo para evitar lesiones.

Pérdida de cabello: puede ocurrir, pero a diferencia de la quimioterapia, ocurre solamente en la zona irradiada. Suele ser un efecto temporal.

6

CONSEJOS PRÁCTICOS:

LA CONTENCIÓN
Y LA INFORMACIÓN SON CLAVES



6 CONSEJOS PRÁCTICOS:

LA CONTENCIÓN Y LA INFORMACIÓN SON CLAVES

El profesional de la salud, un buen consejero

Cuando se diagnostica un linfoma, la primera reacción suele ser de desánimo. El desconocimiento de lo que nos ocurre y el miedo a lo que puede implicar son factores que no ayudan a actuar de una manera positiva ante la enfermedad.

El conocimiento de lo que realmente nos pasa, de los tratamientos disponibles y la certeza de que existen opciones de curación pueden proporcionarnos una visión más optimista.



Es preferible recibir la información en compañía

Es importante asistir a las consultas con un familiar o amigo, que será de gran ayuda para tener más información y recordar los consejos del médico y sus

explicaciones. Es muy útil tomar notas y pedirle al médico que nos informe sobre los puntos más importantes, para entender mejor lo que nos está diciendo.



"Lamentablemente en estos momentos es cuando realmente valorás a la gente que tenés a tu alrededor y eso no se olvida por el resto de la vida."

Leandro

La familia y los amigos, un apoyo fundamental

Vale la pena explicar en todo momento cómo se encuentra uno, qué nos van a hacer y para qué. Es muy importante comentar con la familia y los amigos en qué nos pueden ayudar para aliviarnos un poco de las cargas del trabajo doméstico, y cómo nos pueden apoyar y hacer compañía durante el tiempo libre.

Trabajar y descansar: un buen plan de trabajo

Se puede continuar trabajando, si el estado general y el psicológico lo permiten, pero es importante adoptar un horario que permita momentos de descanso.

Mantener la enfermedad bajo control

Hay que seguir estrictamente los controles médicos aunque no se esté bajo tratamiento o la enfermedad no se manifieste. Es la mejor garantía de que no habrá sorpresas y de que el proceso se mantiene bajo control.

Protegerse del sol

Si se practica deporte, o se pasea por la montaña o la playa, hay que tener cuidado con el sol, especialmente entre las doce del mediodía y las cuatro de la tarde. Los tratamientos contra los linfomas pueden ser fotosensibilizantes y producir respuestas alérgicas al sol. El uso de cremas de fotoprotección solar con índices a partir de 15 es suficiente para evitarlas. También es muy útil cubrir el cuerpo con ropa y la cabeza con gorros y pañuelos.

*"Me dejé abrazar
por el amor de mi
esposo, hijos,
padres, amigos,
alumnos,
compañeros de
trabajo, por mi
médico de cabecera
y por la fe en Dios."*

Patricia



La maternidad es posible

Si la paciente opta por la maternidad, habrá que informar al médico y planificarla conjuntamente.

Un buen consejo: hablar con el especialista

Los grupos de autoayuda son muy importantes en este sentido, porque el hecho de compartir experiencias similares refuerza la moral y resuelve las dudas o cuestiones prácticas que sólo conocen aquellas personas que han pasado por la misma situación.

Conocer en todo momento nuestro estado de salud y el tratamiento que debemos recibir nos ayuda, de manera natural, a aceptar la enfermedad y a realizar todos los esfuerzos para superarla, con empeño y decisión; factores muy importantes para una evolución favorable. Todo ello nos permite normalizar esta nueva situación e incorporarla a nuestra vida cotidiana.



GLOSARIO



GLOSARIO

Adenopatía: enfermedad o inflamación de un ganglio linfático.

Amígdalas: conglomerados de tejido linfático situados en el interior de la faringe. Forman parte del sistema linfático contra los gérmenes que una persona puede inhalar o tragar.

Anticuerpo: sustancia específica que actúa en respuesta a un germen o proteína extraños.

Bazo: es un órgano situado en la parte izquierda del abdomen, de contenido sanguíneo, en especial linfocitos. Tiene gran importancia para combatir las infecciones y funciona como filtro.

Biopsia: obtención de una muestra de tejido (por ejemplo, de un ganglio linfático) para su examen microscópico.

Biopsia de la médula ósea: obtención de un cilindro de hueso para su examen microscópico.

Fagocitar: acción de englobar un microorganismo y destruirlo en el interior de la célula.

Fibrobroncoscopía: examen de los bronquios que se realiza con un tubo elástico provisto de luz fría, lo que permite ver con detalle su interior y obtener muestras del mismo.

Fibrocolonoscopia: examen del colon que se realiza con un tubo elástico provisto de luz fría, lo que permite ver con detalle el interior de todo el intestino grueso y obtener muestras del mismo.

Fibrogastroscopía: examen del estómago mediante un tubo elástico provisto de luz fría, lo que permite ver con detalle el interior del estómago y obtener muestras del mismo.

Gammagrafía: técnica radiológica que consiste en inyectar un isótopo radioactivo que se fija selectivamente en ciertos tejidos.

Ganglios linfáticos: engrosamiento en el trayecto de un vaso linfático, donde tienen lugar los procesos de reconocimiento de los gérmenes y la producción de anticuerpos frente a ellos.

Glóbulos blancos o leucocitos: su principal función es combatir las infecciones; entre ellos están los linfocitos, que forman los anticuerpos, y los neutrófilos, que se encargan de fagocitar los elementos extraños, como mecanismo de defensa.

Glóbulos rojos: también llamados eritrocitos o hematíes, transportan oxígeno de los pulmones al resto del organismo.

Inmunidad: estado en que el organismo es capaz de reaccionar frente a un agente externo.

Laparoscopia: intervención quirúrgica abdominal mediante un instrumento óptico que permite la operación con una incisión mínima.

Linfa: líquido claro, transparente y amarillo que circula por los vasos linfáticos y contiene, sobre todo, linfocitos.

Médula ósea: situada en el interior de los huesos; es el órgano productor de las células de la sangre.

Resonancia magnética nuclear: técnica que utiliza imanes y ondas radioeléctricas para producir imágenes computarizadas precisas.

Territorio ganglionar: zonas definidas del cuerpo con ganglios.

Timo: órgano del sistema linfático que produce los linfocitos T. Es muy activo en el feto, en el útero materno, hasta los primeros años de vida.

Tomografía axial computarizada (TAC): procedimiento especial en que se hacen radiografías desde diferentes ángulos, desplazándose alrededor del cuerpo.

DIRECCIONES DE INTERÉS



DIRECCIONES DE INTERÉS

DIRECCIONES DE INTERÉS

Linfomas Argentina

Asociación de pacientes y familiares de pacientes con linfoma en la Argentina.

www.linfomasargentina.org - info@linfomasargentina.org

0800-555-54636 (LINFO)

Montañeses - 1954 piso 3ro Departamento "C"

C1428AQD - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sociedad Argentina de Hematología

www.sah.org.ar

Sociedad que nuclea a profesionales hematólogos de Argentina.

Lymphoma Coalition

Red de asociaciones de pacientes y familiares de pacientes con linfoma de todo el mundo.

www.lymphomacoalition.org

Escucharte.

Acompañarte.

Ayudarte.

Informarte.

0800-555-54636

LINFO

Linfomas Argentina, la asociación de
pacientes y familiares de pacientes con
linfoma en la Argentina.

www.linfomasargentina.org



**LINFOMAS
ARGENTINA**