

Detección temprana, diagnóstico y determinación de la etapa del linfoma no Hodgkin

Conozca los signos y síntomas del linfoma no Hodgkin. Vea cómo se hacen las pruebas del linfoma no Hodgkin y cómo se diagnostica y se determina la etapa (se estadifica).

Detección y diagnóstico

La detección temprana del cáncer suele ofrecer más opciones de tratamiento. Algunos tipos de cáncer en etapa temprana pueden presentar signos y síntomas que se pueden notar, aunque este no es siempre el caso.

- [¿Puede detectarse el linfoma no Hodgkin en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin](#)
- [Pruebas para el linfoma no Hodgkin](#)

Etapas del linfoma no Hodgkin

Después de un diagnóstico de cáncer, la estadificación o determinación de la etapa proporciona información importante sobre la extensión del cáncer en el cuerpo y la respuesta anticipada al tratamiento.

- [Etapas del linfoma no Hodgkin o no hodgkiniano](#)

Pronóstico (Prognosis)

Los médicos suelen utilizar tasas o índices de supervivencia como una manera convencional de hablar sobre el pronóstico (la prognosis) de la persona. Estas cifras no pueden indicarle cuánto tiempo vivirá, pero sí podrían servirle para entender mejor el pronóstico que usted tiene. Algunas personas quieren conocer las estadísticas de supervivencia para personas en situaciones similares, mientras que a otras pueden no resultarles útiles o incluso puede que no quieran conocerlas.

- [Tasas \(índices\) y factores de supervivencia que afectan el pronóstico del linfoma no Hodgkin](#)

Preguntas que puede hacer sobre el linfoma no Hodgkin

A continuación se incluyen algunas preguntas que puede hacer al equipo de atención oncológica para ayudarle a entender mejor el diagnóstico del linfoma las opciones de tratamiento que tiene.

- [Preguntas que puede hacer sobre el linfoma no Hodgkin](#)

¿Puede detectarse el linfoma no Hodgkin en sus comienzos?

En la actualidad, no se recomiendan mucho las pruebas de detección para el linfoma no Hodgkin o no hodgkiniano (NHL). (Las pruebas o exámenes de detección se emplean para buscar alguna enfermedad en personas que no presentan síntomas). Sin embargo, en algunos casos el linfoma se puede detectar temprano.

La mejor manera de encontrar el linfoma temprano (en sus etapas iniciales) consiste en prestar atención a los posibles [signos y síntomas](#).

Uno de los síntomas más comunes es el agrandamiento de uno o más de los ganglios linfáticos, que causa una masa (un bulto) o protuberancia debajo de la piel, la cual no suele doler. Esto se presenta con más frecuencia en uno de los lados del cuello, en las axilas o en la zona de la ingle.

Otros síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso, sensación de cansancio e hinchazón en el abdomen. Con más frecuencia, estos síntomas se dan por causas no relacionadas con el linfoma, aunque es importante que un médico los revise, sobre todo si no desaparecen o si empeoran.

Hacerse controles médicos minuciosos con regularidad es importante para las personas que tienen [factores de riesgo](#)¹ conocidos del NHL (tal como una infección por VIH, tener una enfermedad autoinmune o un trasplante de órganos, o tratamiento previo para el cáncer). Estas personas a menudo no tienen linfoma, pero tanto ellas como sus médicos deben ser conscientes de los posibles signos y síntomas de linfoma.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
2. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Referencias

Almaimani J, Tsoumpas C, Feltbower R, Polycarpou I. FDG PET/CT versus bone marrow biopsy for diagnosis of bone marrow involvement in non-Hodgkin lymphoma: A systematic review. *App Sci*. 2022;12(2):540.

Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma> on November 30, 2023.

Steinbuss G, Kriegsmann M, Zgorzelski C, et al. Deep learning for the classification of non-Hodgkin lymphoma on histopathological images. *Cancers*. 2021;13(10):2419. <https://doi.org/10.3390/cancers13102419>

Actualización más reciente: febrero 15, 2024

Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin

El linfoma no Hodgkin o no hodginiano (NHL) puede causar muchos signos y síntomas diferentes, dependiendo del tipo del linfoma y de dónde se encuentre en el cuerpo.

[Signos y síntomas comunes del linfoma](#)

[Ganglios linfáticos hinchados](#)

[Síntomas de linfoma en el abdomen](#)

[Síntomas de linfoma en el tórax](#)

[Síntomas de linfoma que afectan al cerebro](#)

[Síntomas de linfoma en la piel](#)

A veces el NHL puede no causar síntoma alguno, sino hasta que es bastante grande. El hecho de tener uno o más de los síntomas que se presentan a continuación no significa que se tenga linfoma. De hecho, es más probable que muchos de los síntomas aquí mencionados se den por otras afecciones, tales como una infección.

Aun así, si presenta cualquiera de estos síntomas, consulte con un médico para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

Signos y síntomas comunes del linfoma

Algunos signos y síntomas comunes del linfoma incluyen los siguientes:

- Agrandamiento de los ganglios linfáticos (a veces, se pueden palpar como bultos debajo la piel, especialmente en el cuello, en las axilas o en la zona de la ingle).
- Fiebre y escalofríos
- Pérdida de peso
- Fatiga (sensación de mucho cansancio)
- Hinchazón del abdomen (vientre)
- Sensación de estar lleno después de comer sólo un poco de comida
- Dolor o presión en el pecho
- Tos o dificultad para respirar
- Infecciones graves o frecuentes
- Moretones o sangrado que aparecen con facilidad

Algunas personas con linfoma no Hodgkin presentan lo que se conoce como **síntomas B**:

- Fiebre (puede ser intermitente durante varios días o semanas) sin una infección
- Sudoración excesiva por la noche
- Pérdida de peso involuntaria (al menos 10 % del peso del cuerpo durante seis meses)

Ganglios linfáticos hinchados

El linfoma no Hodgkin puede causar que los ganglios linfáticos se hinchen (agranden). Puede que los ganglios linfáticos cercanos a la superficie del cuerpo (tales como a los lados del cuello, en la ingle o en las axilas, o encima de la clavícula), se puedan ver o palpar como **protuberancias o bultos debajo de la piel**. Estos generalmente no son dolorosos.

Aunque los ganglios linfáticos hinchados son un síntoma común de linfoma, la causa más frecuente es infecciones. Los ganglios linfáticos que crecen como reacción a una infección se llaman **nódulos (ganglios) reactivos** o **nódulos (ganglios)**

hiperplásicos, y normalmente son sensibles al tacto.

Síntomas de linfoma en el abdomen

El linfoma que comienza o crece en el abdomen (el vientre) puede causar **hinchazón o dolor en el abdomen**. Esto se podría deber al agrandamiento de los ganglios linfáticos o de ciertos órganos, como el bazo o el hígado. También se puede deber a la acumulación de grandes cantidades de líquido.

Un bazo agrandado puede causar presión en el estómago, lo que puede ocasionar **pérdida del apetito** y **sensación de estar lleno después de una comida pequeña**.

El linfoma en el estómago o los intestinos puede causar **dolor abdominal, náuseas o vómitos**.

Síntomas de linfoma en el tórax

Cuando el linfoma comienza en el timo o en los ganglios linfáticos del tórax (pecho), esto puede causar presión en la tráquea (que se encuentra en esta misma zona), lo que puede causar **tos, dificultad para respirar** o una sensación de **dolor o presión en el pecho**.

La vena cava superior (VCS) es la vena grande que lleva sangre de vuelta al corazón desde la cabeza y desde los brazos. Esta vena pasa cerca del timo y de los ganglios linfáticos dentro del tórax. El linfoma en esta zona puede hacer presión en la vena cava superior, lo que puede causar que la sangre se retenga en las venas. Esto puede causar hinchazón (a veces con una coloración roja y azulada) en la cabeza, los brazos y la parte superior del tórax. También puede causar dificultad para respirar y, si afecta el cerebro, un cambio en el estado de conciencia. A esto se le llama **síndrome de la vena cava superior**. Este síndrome puede ser potencialmente mortal y requiere tratamiento inmediato.

Síntomas de linfoma que afectan al cerebro

El linfoma del cerebro, llamado linfoma primario del sistema nervioso central (CNS), puede causar **dolor de cabeza, dificultad para pensar, debilidad en partes del cuerpo, cambios en la personalidad** y, a veces, **convulsiones**.

Otros tipos de linfoma pueden propagarse a la zona que rodea el cerebro y la médula espinal. Esto puede causar problemas como **visión doble, adormecimiento facial y dificultad para hablar**.

Síntomas de linfoma en la piel

Es posible que el linfoma de la piel se pueda ver o palpar. Este tipo de linfoma suele presentarse como **bultos o protuberancias debajo de la piel, de color rojizo o púrpura, que causan picazón**. (Para más información, consulte [Linfoma de piel¹](#)).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-de-piel.html
2. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Referencias

Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma> on November 30, 2023.

Sapkota S, Shaikh H. Non-Hodgkin lymphoma. *InStatPearls* [Internet] 2023. StatPearls Publishing.

Actualización más reciente: febrero 15, 2024

Pruebas para el linfoma no Hodgkin

Si usted presenta signos o síntomas que sugieren que podría tener linfoma no Hodgkin o no hodgkiniano (NHL, por sus siglas en inglés), se harán exámenes y pruebas para saberlo con seguridad.

Si en los resultados se indica que es linfoma, se harán más pruebas para determinar con exactitud el [tipo de linfoma](#)¹ y conocer más sobre él, por ejemplo, dónde se encuentra en el cuerpo.

[Antecedentes médicos y exploración médica](#)

[Biopsia](#)

[Estudios por imágenes](#)

[Otras pruebas](#)

Antecedentes médicos y exploración médica

Casi todas las personas con NHL van al médico porque notaron una masa o un bulto que no ha desaparecido, tienen algunos de los otros [síntomas de NHL](#), o simplemente no se sienten bien y van al médico para una revisión médica.

Su médico querrá obtener un historial médico completo, que incluya información sobre sus síntomas, posibles [factores de riesgo](#)² y cualquier otra afección médica que tenga.

A continuación el médico le examinará y prestará especial atención a los ganglios linfáticos y otras zonas del cuerpo que podrían verse afectadas, incluidos el bazo y el hígado. Debido a que las infecciones son la causa más común de los ganglios linfáticos agrandados, el médico determinará si hay infección cerca de los ganglios linfáticos hinchados.

Es posible que el médico también pida análisis de sangre para identificar signos de infección u otros problemas. Sin embargo, los análisis de sangre no se usan para diagnosticar el linfoma. Si el médico sospecha que el linfoma podría estar causando los síntomas que tiene, podría recomendarle hacerse una biopsia de uno de los ganglios linfáticos hinchados o de otra zona afectada.

Biopsia

En una biopsia, se extirpa una parte o la totalidad de un ganglio linfático (o tumor) con el fin de analizarlo en un laboratorio.

Una biopsia es la única manera de confirmar que una persona tiene linfoma no Hodgkin (NHL), pero no siempre se realiza de inmediato porque muchos síntomas de NHL también pueden tener otras causas, como alguna infección u otros tipos de cáncer. Casi siempre los ganglios linfáticos se agrandan por infecciones y no por un linfoma, y es por eso que los médicos suelen recetar antibióticos y esperar algunas semanas para ver si los ganglios linfáticos encogen de tamaño. Si los ganglios permanecen del mismo tamaño o si continúan creciendo, el médico podría solicitar una biopsia.

Puede que se requiera una biopsia de inmediato si el tamaño, la textura o la localización de un ganglio linfático (o la presencia de otros síntomas) sugiere firmemente que es linfoma.

Biopsias para diagnosticar linfoma no Hodgkin

Existen varios tipos de biopsias. Los médicos deciden cuál utilizar según la situación de cada persona.

Biopsia por escisión o incisión: Este es el tipo de biopsia más común si se sospecha que hay un linfoma, porque casi siempre proporciona una muestra suficiente como para diagnosticar el tipo exacto de NHL.

En este procedimiento, un cirujano extirpa el ganglio linfático mediante un corte en la piel.

- Si el médico extrae el ganglio linfático por completo, se le llama **biopsia por escisión**.
- En caso de que se extirpe una pequeña parte de un tumor más grande o de un ganglio linfático, se le llama **biopsia por incisión**.

Si el ganglio agrandado se encuentra justo debajo de la piel, la operación es bastante simple y a menudo se puede realizar con anestesia local (medicamentos para adormecer una zona determinada). Sin embargo, si el ganglio está dentro del pecho o del abdomen, también le sedarán (le administrarán medicamentos para que se adormezca y se relaje) o le administrarán anestesia general (medicamentos para que duerma profundamente).

Biopsia con aguja: La biopsia con aguja es menos invasiva que la biopsia por incisión o por escisión, pero la desventaja es que con esta posiblemente no se obtenga suficiente cantidad de muestra como para diagnosticar el linfoma (o para determinar su tipo).

La mayoría de los médicos no realiza una biopsia con aguja para diagnosticar el linfoma. Sin embargo, si el médico sospecha que el ganglio linfático está agrandado debido a una infección o a la propagación del cáncer desde otro órgano (como el seno, los pulmones o la tiroides), la biopsia con aguja puede ser el primer tipo de biopsia que se haga. Es posible que se requiera de una biopsia escisional para diagnosticar y clasificar el linfoma, incluso después de hacer una biopsia con aguja.

Existen dos tipos principales de biopsia con aguja:

- En la **biopsia por aspiración o aspirado con aguja fina (FNA, por sus siglas en inglés)**, el médico utiliza una aguja hueca muy fina conectada a una jeringa

para extraer (aspirar) una pequeña cantidad de tejido de un ganglio linfático agrandado o de un tumor.

- Para la **biopsia por punción**, se usa una aguja más gruesa para extraer un fragmento de tejido ligeramente más grande.

Para realizar una biopsia cuando el ganglio agrandado está justo debajo de la piel, con frecuencia el médico puede dirigir la aguja mientras palpa el ganglio. Si el ganglio o el tumor está localizado en un sitio profundo del cuerpo, el médico puede guiar la aguja usando una tomografía computarizada o una ecografía (los estudios por imágenes se describen más adelante en esta sección).

Si ya se ha diagnosticado el linfoma, a veces se realizan biopsias con agujas para examinar zonas inusuales o anómalas en otras partes del cuerpo que pudieran deberse a la propagación del linfoma o a su reaparición después del tratamiento.

Otros tipos de biopsias

Estos procedimientos no se hacen normalmente para diagnosticar el linfoma, pero puede que se usen para ayudar a determinar la etapa (extensión) de un linfoma ya diagnosticado.

Biopsia y aspirado de médula ósea: Estos procedimientos suelen llevarse a cabo después del diagnóstico del linfoma para determinar si ha llegado a la médula ósea (la parte blanda interna de los huesos donde se producen nuevas células sanguíneas). A menudo, las dos pruebas se hacen al mismo tiempo. Por lo general, las muestras se toman de la parte posterior del hueso de la pelvis (cadera), aunque algunas veces se pueden tomar de otros huesos.

En el **aspirado de médula ósea**, el paciente se acuesta sobre una mesa (ya sea de lado o boca abajo sobre el abdomen). Después de limpiar la piel que se encuentra sobre la cadera, el médico adormece el área y la superficie del hueso con un anestésico local, que puede causar una breve sensación de escozor o ardor. Luego se inserta una aguja delgada y hueca en el hueso, y con una jeringa se aspira una pequeña cantidad de médula ósea líquida. Incluso con el anestésico, la mayoría de las personas tienen algo de dolor breve cuando se extrae la médula ósea.

Generalmente se realiza una **biopsia de médula ósea** justo después de la aspiración. Se extrae un pequeño trozo de hueso y de médula con una aguja ligeramente más grande, que se introduce en el hueso. La biopsia también puede causar brevemente algo de dolor.

Punción lumbar (punción raquídea): Con esta prueba se detectan células de linfoma en el líquido cefalorraquídeo (CSF, por sus siglas en inglés), que es el líquido que baña el cerebro y la médula espinal. La mayoría de las personas con linfoma no necesitarán esta prueba. Sin embargo, los médicos pueden solicitarla para ciertos tipos de linfoma o si una persona tiene síntomas que sugieren que el linfoma pudo haber llegado al cerebro.

Para esta prueba, el paciente puede sentarse derecho o acostarse de lado. El médico primero adormece una zona en la parte baja de la espalda sobre la columna vertebral. Luego se introduce una pequeña aguja hueca entre los huesos de la columna vertebral para extraer algo de líquido.

Muestras del líquido pleural o peritoneal: Si el linfoma se ha propagado al tórax o al abdomen (vientre), puede causar la acumulación de líquido. El líquido pleural (dentro del tórax) o el líquido peritoneal (dentro del abdomen) puede extraerse colocando una aguja hueca a través de la piel en el tórax o en el abdomen.

- Cuando este procedimiento se usa para extraer el líquido de alrededor del pulmón, se le llama **toracocentesis**.
- Cuando se usa para extraer el líquido del interior del abdomen, se le llama **paracentesis**.

El médico usa un anestésico local para adormecer la piel antes de insertar la aguja. El líquido entonces se extrae y se examina en el laboratorio para ver si contiene células de linfoma.

Análisis clínicos de las muestras de biopsia

Un patólogo, quien es un médico entrenado especialmente para reconocer células cancerosas, examina todas las muestras de biopsia y líquidos en el laboratorio. Con frecuencia, el tamaño y la forma de las células y cómo están colocadas puede indicar si la persona tiene linfoma y, a veces, qué tipo de linfoma es. Sin embargo, generalmente también se necesitan otros tipos de análisis clínicos (pruebas de laboratorio).

Citometría de flujo e inmunohistoquímica (IHC): Tanto para la citometría de flujo como para la inmunohistoquímica (IHC, por sus siglas en inglés), las muestras de biopsia se recubren con anticuerpos (proteínas inmunes producidas en el laboratorio) que solo se adhieren a ciertas proteínas en las células. Las células se examinan entonces en el laboratorio (inmunohistoquímica) o con una máquina especial (por citometría de flujo), para ver si los anticuerpos se unieron a ellas.

Estas pruebas pueden ayudar a determinar si un ganglio linfático está agrandado debido a un linfoma, a algún otro tipo de cáncer o a una enfermedad no cancerosa. Las pruebas también pueden servir para determinar el **inmunofenotipo**, es decir, determinar qué tipo de linfoma tiene una persona, según la presencia de ciertas proteínas en las células del linfoma.

Pruebas de los cromosomas: Las células humanas normales tienen 23 pares de cromosomas (cadenas de ADN), cada una de las cuales tiene un tamaño determinado y una apariencia también específica cuando se examinan en el laboratorio. Sin embargo, en algunos tipos de linfoma, las células presentan cambios en sus cromosomas, tales como demasiados cromosomas, muy pocos o cromosomas anómalos. Con estos cambios a menudo se puede identificar el tipo de linfoma.

- **Prueba citogenética (cariotipo):** En ese análisis, las células se examinan para ver si hay anomalías en los cromosomas. Primero las células deben crecer en el laboratorio, por lo que los resultados pueden demorarse una semana o más.
- **Hibridación *in situ* con fluorescencia (FISH):** En esta prueba se examina más minuciosamente el ADN de las células del linfoma mediante tintes fluorescentes especiales que sólo se adhieren a ciertos genes o a partes de los cromosomas. Con la prueba FISH (siglas en inglés de hibridación *in situ* con fluorescencia, o fluorescente) se puede detectar la mayoría de los cambios cromosómicos que son visibles en las pruebas citogenéticas convencionales, así como algunos cambios genéticos que son demasiado pequeños como para poder observarse en la prueba citogenética. Esta prueba FISH es muy precisa y generalmente puede ofrecer resultados en el plazo de un par de días.

- **Reacción en cadena de la polimerasa (PCR):** La reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) es una prueba de ADN de alta sensibilidad con la que se pueden detectar cambios genéticos y ciertos cambios cromosómicos, tan pequeños que no se pueden ver con un microscopio, incluso si la muestra contiene muy pocas células de linfoma.

Otras pruebas moleculares o genéticas: También se podrían realizar otros tipos de análisis más nuevos en las células del linfoma para saber más sobre los cambios en los genes y en las proteínas de las células.

Para conocer más sobre estas pruebas, consulte [Pruebas de biopsia y citología](#)³.

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o partículas radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Estos estudios se pueden realizar por varias razones, incluyendo las siguientes:

- Identificar posibles causas de ciertos síntomas (como ganglios linfáticos agrandados en el tórax de una persona que presenta dolor en el pecho o dificultad para respirar)
- Ayudar a determinar la etapa (extensión) del linfoma
- Ayudar a indicar si el tratamiento es eficaz
- Detectar posibles signos del linfoma que regresa después del tratamiento

Radiografía (rayos X) del tórax

Se podría realizar una [radiografía de tórax](#)⁴ para detectar ganglios linfáticos agrandados en esta zona. Esta prueba no es necesaria si se realiza una tomografía computarizada (CT) del tórax.

Tomografía computarizada (CT)

En el escáner llamado [tomografía computarizada \(CT, por sus siglas en inglés\)](#)⁵ se combinan muchos rayos X para producir imágenes transversales detalladas del

cuerpo. Este escáner puede indicar si alguno de los ganglios linfáticos o de los órganos del cuerpo están agrandados. La tomografía es útil para detectar linfomas en el abdomen, la pelvis, el tórax, la cabeza y el cuello.

Cuando se busca linfoma en el cuerpo, las CT a menudo se combinan con una tomografía por emisión de positrones (conocida como exploración PET y CT; ver a continuación).

Biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada (CT): Se puede emplear también una tomografía computarizada (CT) para guiar una aguja de biopsia hacia una región sospechosa. Para este procedimiento, el paciente se acuesta en la camilla de la CT, mientras un médico introduce una aguja de biopsia por la piel y la lleva hacia la zona a explorar. Las tomografías computarizadas se repiten hasta que la aguja esté en el lugar correcto. Luego se extrae una muestra de biopsia y se examina en el laboratorio.

Imágenes por resonancia magnética (MRI)

Al igual que la CT, las [imágenes por resonancia magnética \(MRI, por sus siglas en inglés\)](#)⁶ muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos en el cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Esta prueba no se usa tanto como la CT para el linfoma, aunque si al médico le preocupa que haya propagación a la médula espinal o al cerebro, puede ser muy útil hacer una MRI para examinar estas zonas.

Ecografía (ultrasonido)

En la [ecografía](#)⁷ se utilizan ondas sonoras y el eco que estas producen para producir imágenes de los órganos o masas internas. En el tipo más común de ecografía, se coloca en la piel un pequeño instrumento que parece un micrófono y que se llama *transductor* (que primero se lubrica con gel). La ecografía emite ondas de sonido y recoge el eco que rebota desde los órganos. Una computadora convierte el eco en una imagen que se proyecta en la pantalla.

Le ecografía puede servir para observar los ganglios linfáticos cercanos a la superficie del cuerpo o para mirar dentro del abdomen por si hay ganglios linfáticos agrandados, o dentro de órganos como el hígado y el bazo. También puede detectar la inflamación de los riñones si los ganglios linfáticos agrandados bloquean el flujo de orina.

Tomografía por emisión de positrones (PET)

Para realizar una [tomografía por emisión de positrones \(PET, por sus siglas en inglés\)](#)⁸, se le inyecta una forma de azúcar ligeramente radiactiva que se acumula principalmente en las células cancerosas. Después se usa una cámara especial para crear una imagen de las zonas de radiactividad en el cuerpo. La imagen no es tan detallada como la de una CT o MRI, pero puede proporcionar información útil sobre todo el cuerpo.

Si usted tiene linfoma, se puede hacer una PET con alguno de estos propósitos:

- Determinar si un ganglio linfático agrandado contiene linfoma
- Localizar zonas pequeñas que pudieran ser linfoma, incluso si la zona parece normal en una tomografía computarizada
- Comprobar que el linfoma está respondiendo al tratamiento Algunos médicos repetirán la PET después de uno o dos ciclos de quimioterapia. Si está funcionando, los ganglios linfáticos ya no absorben el azúcar radiactivo.
- Ayudar a decidir si un ganglio linfático agrandado todavía contiene linfoma o si simplemente se trata de tejido cicatricial después del tratamiento.

Prueba de PET o CT (de tomografía por emisión de positrones o de tomografía computarizada): Muchos centros tienen máquinas que pueden hacer tanto una PET como una CT al mismo tiempo. Esto permite al médico comparar las zonas de mayor radiactividad en la PET con la apariencia más detallada de esa zona en la CT. Con la PET y CT a menudo se puede localizar mejor las zonas de linfoma que con una CT sola.

Gammagrafía ósea

Se podría hacer esta prueba si la persona tiene dolor de huesos o los resultados de los análisis sugieren que el linfoma puede haber llegado a los huesos.

Para las gammagrafías óseas, se inyecta por una vena una sustancia radiactiva denominada *tecnecio*. Esta sustancia se desplaza a las zonas de hueso afectadas, y una cámara especial puede entonces detectar la radiactividad. El linfoma a menudo causa daño a los huesos, lo que puede reflejarse en una gammagrafía ósea. Sin embargo, la gammagrafía ósea no puede mostrar la diferencia entre el cáncer y un problema no canceroso, tales como artritis y fracturas, de modo que podría hacer falta realizar más pruebas.

Otras pruebas

Análisis de sangre

Los [análisis de sangre](#)⁹ no se usan para diagnosticar linfoma, pero a veces pueden ser útiles para determinar lo avanzado que está.

- Un **hemograma o recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés)** mide la concentración o los niveles de las diferentes células en la sangre. En una persona que se sabe tiene linfoma, los recuentos bajos de células sanguíneas pueden indicar que el linfoma está creciendo en la médula ósea y está afectando la formación de nuevas células sanguíneas.
- A menudo, se realizan **análisis químicos de la sangre** para saber lo bien que funcionan el hígado y los riñones.
- Si se ha diagnosticado un linfoma, puede que se verifique el nivel de la enzima **lactato deshidrogenasa o deshidrogenasa láctica (LDH)**. Los niveles de LDH (siglas en inglés de esta enzima) suelen ser altos en los pacientes con linfoma.
- Para algunos tipos de linfoma, o si se emplean ciertos tratamientos, su médico también puede recomendarle pruebas para ver si se ha infectado con ciertos virus, tales como el **virus de hepatitis B (HBV)**, el **virus de hepatitis C (HCV)** o el **virus de inmunodeficiencia humana (HIV)**. Las infecciones por estos virus pueden afectar su tratamiento.

Pruebas de la función cardíaca y pulmonar

Estas pruebas no se usan para diagnosticar el linfoma, pero puede que se realicen si usted recibirá ciertos medicamentos de quimioterapia comúnmente usados para tratar linfoma que pueden afectar el corazón o los pulmones.

- Puede que se haga un **ecocardiograma** (un ultrasonido o ecografía del corazón) o un escáner **MUGA (o ventriculografía nuclear)** para verificar la función cardíaca.
- La función pulmonar se puede verificar mediante **pruebas de la función pulmonar**, en las cuales usted respira en un tubo conectado a una máquina.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/pruebas-de-biopsia-citologia.html
4. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
5. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
6. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html
8. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html
9. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/compreension-de-sus-pruebas-de-laboratorio.html
10. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Referencias

Almaimani J, Tsoumpas C, Feltbower R, Polycarpou I. FDG PET/CT versus bone marrow biopsy for diagnosis of bone marrow involvement in non-Hodgkin lymphoma: A systematic review. *App Sci*. 2022;12(2):540.

Freedman AS, Friedberg JW. Pretreatment evaluation and staging of non-Hodgkin lymphomas. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/pretreatment-evaluation-and-staging-of-non-hodgkin-lymphomas> on November 30, 2023.

Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma> on November 30, 2023.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: B-Cell Lymphomas. Version 6.2023. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf on November 30, 2023.

Steinbuss G, Kriegsmann M, Zgorzelski C, et al. Deep learning for the classification of non-Hodgkin lymphoma on histopathological images. *Cancers*. 2021;13(10):2419. <https://doi.org/10.3390/cancers13102419>

Actualización más reciente: febrero 15, 2024

Etapas del linfoma no Hodgkin o no hodgkiniano

Cuando alguien recibe un diagnóstico de linfoma no Hodgkin (NHL), los médicos tratarán de averiguar si se ha propagado y, de ser así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación** (clasificación o determinación de la etapa o del estadio). La etapa describe cuánto cáncer hay en el cuerpo. Sirve para determinar la gravedad del linfoma y cuál es la mejor manera de tratarlo.

¿Cómo se determina la etapa?

Clasificación de Lugano

Estadificación del linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL) y leucemia linfocítica crónica (CLL)

Cómo la estadificación afecta al tratamiento

¿Cómo se determina la etapa?

Algunas **pruebas** utilizadas para obtener información sobre la estadificación incluyen las siguientes:

- Exámenes físicos (exploraciones físicas)
- Biopsias de ganglios linfáticos agrandados o de otras zonas anómalas o inusuales
- Análisis de sangre
- Estudios por imágenes, como tomografías por emisión de positrones (PET) y tomografías computarizadas (CT)
- Aspiración de la médula ósea y biopsia (se hace a menudo, pero no siempre)
- Punción lumbar (punción raquídea, aunque no siempre se realiza)

En general, los resultados de los estudios por imágenes, tales como PET o CT, son los más importantes al determinar la etapa del linfoma.

Clasificación de Lugano

Un sistema de estadificación o clasificación por etapas es un método que utiliza el equipo de atención oncológica para resumir lo que se ha propagado el cáncer. El sistema actual de estadificación del NHL en adultos se conoce como **clasificación de Lugano**, que es una versión modificada del antiguo **sistema Ann Arbor**.

Las etapas (estadios) por lo general se clasifican con números romanos del I al IV (1-4). Al linfoma en etapa limitada (I o II) que afecta a un órgano que está fuera del sistema linfático (un órgano extraganglionar) se les agrega la letra E (por ejemplo, etapa IIE).

Etapas I

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa I:

- El linfoma se encuentra solamente en una zona de ganglios linfáticos o en un órgano linfático, como las amígdalas (I).
- El cáncer se encuentra solamente en una zona de un órgano que está fuera del sistema linfático (IE).

Etapas II

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa II:

- El linfoma está en dos o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado (por encima o por debajo) del diafragma (la banda fina del músculo que separa el tórax del abdomen). Por ejemplo, esto puede incluir los ganglios en la zona de la axila y del cuello, pero no la combinación de los ganglios linfáticos de la axila y de la ingle (que sería etapa III).
- El linfoma está en un grupo de ganglio linfáticos y en una zona de un órgano cercano (IIE). También puede afectar a otros grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.

Etapas III

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa III:

- El linfoma se encuentra en zonas de ganglios linfáticos a ambos lados (por encima y por debajo) del diafragma.
- El linfoma se encuentra en los ganglios linfáticos que están por encima del diafragma, así como en el bazo.

Etapas IV

El linfoma se ha propagado ampliamente a por lo menos un órgano fuera del sistema linfático, tal como la médula ósea, el hígado o el pulmón.

Enfermedad voluminosa

Con este término, a menudo se describen tumores grandes en el pecho. Esto es especialmente importante para los linfomas en etapa II, ya que la enfermedad voluminosa puede requerir un tratamiento más intensivo.

Estadificación del linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL) y leucemia linfocítica crónica (CLL)

Este sistema se utiliza con mayor frecuencia para estadificar el SLL si solo se presenta en los ganglios linfáticos. Sin embargo, si la enfermedad está en la sangre o la médula ósea, suelen utilizarse los sistemas de clasificación de la CLL. Vea [Etapas de la leucemia linfocítica crónica](#)¹.

Cómo la estadificación afecta al tratamiento

La etapa de un linfoma es importante para determinar las opciones de tratamiento de una persona, pero es más importante en algunos tipos de linfoma que en otros. Para muchos de los tipos más comunes de linfoma no Hodgkin, el tratamiento se basa en parte en si el linfoma es “limitado” (etapa I o etapa II no voluminoso) o “avanzado” (etapa III o IV). Para los linfomas voluminosos en etapa II, se utilizan otros factores (conocidos como **factores pronósticos**) para ayudar a determinar si el linfoma se debe tratar como limitado o avanzado.

En el caso de otros tipos de NHL, tales como el linfoma de rápido crecimiento como el linfoma de Burkitt, la etapa es menos importante a la hora de decidir el tratamiento.

Para obtener más información sobre este tema, vea [Tratamiento del linfoma no Hodgkin de células o linfocitos B](#)² y [Tratamiento del linfoma no Hodgkin de células o linfocitos T](#)³.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento/linfoma-de-celulas-b.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento/linfoma-de-celulas-t.html
4. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Referencias

Almaimani J, Tsoumpas C, Feltbower R, Polycarpou I. FDG PET/CT versus bone marrow biopsy for diagnosis of bone marrow involvement in non-Hodgkin lymphoma: a systematic review. *App Sci*. 2022;12(2):540.

Freedman AS, Friedberg JW. Pretreatment evaluation and staging of non-Hodgkin lymphomas. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/pretreatment-evaluation-and-staging-of-non-hodgkin-lymphomas> on November 30, 2023.

Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. UpToDate. 2023. Accessed at <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma> on November 30, 2023.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: B-Cell Lymphomas. Version 6.2023. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf on November 30, 2023.

Steinbuss G, Kriegsmann M, Zgorzelski C, Brobeil A, Goeppert B, Dietrich S, Mechttersheimer G, Kriegsmann K. Deep learning for the classification of non-Hodgkin lymphoma on histopathological images. *Cancers*. 2021;13(10):2419. <https://doi.org/10.3390/cancers13102419>

Wierda WG, Brown J, Abramson JS, Awan F, Bilgrami SF, Bociek G, Brander D, Chanan-Khan AA, Coutre SE, Davis RS, Eradat H. NCCN guidelines® insights: Chronic Lymphocytic leukemia/small Lymphocytic lymphoma, version 3.2022: Featured updates to the NCCN Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022;20(6):622-34.

Actualización más reciente: febrero 15, 2024

Tasas (índices) y factores de supervivencia que afectan el pronóstico del linfoma no Hodgkin

Las tasas (índices) de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Las tasas o los índices de supervivencia no pueden indicarle cuánto tiempo vivirá, pero pueden servirle para entender mejor la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz.

[¿Qué es una tasa relativa de supervivencia a 5 años?](#)

[¿De dónde salen estos números?](#)

[Tasas relativas de supervivencia a 5 años del linfoma de no Hodgkin \(NHL\)](#)

[Entender los números](#)

[Factores pronóstico para el linfoma no Hodgkin](#)

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos aproximados (estimaciones) que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y hacer que tenga más preguntas. Pregunte al médico familiarizado con su situación lo que estos números podrían significar en su caso.

¿Qué es una tasa relativa de supervivencia a 5 años?

La **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de linfoma de no Hodgkin (NHL) con las personas de la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de NHL es 70 %, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor del 70 % de probabilidad, en comparación con las personas que no tienen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde salen estos números?

La American Cancer Society obtiene la información de la base de datos de SEER (Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el linfoma de no Hodgkin en los Estados Unidos, basándose en la distancia a la que se ha propagado el cáncer. Sin embargo, en la base de datos SEER no se agrupan los tipos de cáncer según la [clasificación de Lugano](#) (etapas I, II y III, etc.). En cambio, se agrupan en las siguientes etapas: local (o localizado), regional y distante.

- **Localizado:** el cáncer se limita a una zona de ganglios linfáticos, un órgano linfoide o un órgano fuera del sistema linfático.
- **Regional:** el cáncer se extiende desde una zona de ganglios linfáticos hasta un órgano cercano, se encuentra en zonas de dos o más ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma (por encima o por debajo de él), o bien se considera una enfermedad voluminosa.

- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como los pulmones, el hígado o la médula ósea, o las zonas de los ganglios linfáticos ubicados por encima y por debajo del diafragma.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del linfoma de no Hodgkin (NHL)

La tasa relativa (o índice relativo) general de supervivencia a 5 años para las personas con NHL es del 74 %. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las tasas de supervivencia pueden variar ampliamente en los diferentes tipos y estadios (o etapas) del linfoma.

A continuación, se presentan las tasas de supervivencia relativa a 5 años para los dos tipos más comunes de NHL en Estados Unidos: el linfoma difuso de células B o linfocitos B grandes y el linfoma folicular (DLBCL y FL respectivamente, por sus siglas en inglés), en base a las personas que recibieron el diagnóstico entre 2015 y 2021.

Linfoma difuso de células B o linfocitos B grandes

| Etapas SEER | Tasa relativa (índice relativo) de supervivencia a 5 años |
|----------------------------------|--|
| Localizado | 74 % |
| Regional | 74 % |
| Distante | 58 % |
| Todas las etapas SEER combinadas | 65 % |

Linfoma folicular

| Etapas SEER | Tasa relativa (índice relativo) de supervivencia a 5 años |
|--------------------|--|
| Localizado | 97 % |
| Regional | 89 % |
| | |

| | |
|----------------------------------|------|
| Distante | 86 % |
| Todas las etapas SEER combinadas | 89 % |

Entender los números

- **Estos números se aplican solo a la etapa del linfoma cuando se diagnosticó por primera vez.** No afectan más adelante si el cáncer se multiplica, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de linfoma no Hodgkin pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos números.** Los tratamientos han mejorado con el tiempo, y estos números (o cifras) se basan en personas que recibieron el diagnóstico y tratamiento al menos 5 años antes.
- **Estos números no tienen en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan según la distancia de la propagación del cáncer, pero la edad, el estado general de salud, [el tipo de NHL¹](#) y la calidad de la respuesta al tratamiento, entre otros factores (vea debajo) también pueden afectar el pronóstico.

Factores pronóstico para el linfoma no Hodgkin

En algunos tipos de linfoma, la etapa no es tan útil para determinar la prognosis (el pronóstico) de la persona. En estos casos, otros factores les pueden dar a los médicos una mejor idea sobre el pronóstico de una persona.

Índice internacional de pronóstico (IPI)

El índice internacional de pronóstico (IPI, por sus siglas en inglés) se creó originalmente para ayudar a los médicos a determinar el pronóstico para personas con linfoma de rápido crecimiento (agresivo). Sin embargo, también se ha demostrado que es útil para casi todos los demás casos de linfoma (aparte del linfoma folicular de lento crecimiento [indolente] que se menciona a continuación). El índice IPI permite que los médicos planeen mejor el tratamiento que si solo se basaran en el tipo y la etapa del linfoma. Esto ha tomado más importancia a medida que han ido surgiendo

tratamientos nuevos y más eficaces que a veces conllevan más efectos secundarios. El índice ayuda a los médicos a determinar si estos tratamientos son necesarios.

El índice del linfoma depende de cinco factores que se enumeran a continuación:

- La edad del paciente
- La etapa (o el estadio) del linfoma
- Si el linfoma está o no en órganos fuera del sistema linfático
- Estado funcional (PS): lo bien que la persona puede realizar actividades diarias normales
- El nivel de lactato deshidrogenasa o deshidrogenasa láctica (LDH) en la sangre, que aumenta con la cantidad de linfoma en el cuerpo

| Factores para un pronóstico favorable | Factores para un pronóstico adverso o deficiente |
|---|---|
| Tener 60 años de edad o menos | Tener más de 60 años de edad |
| Etapa I o etapa II | Etapa III o IV |
| No hay linfoma fuera de los ganglios linfáticos, o el linfoma está sólo en una zona fuera de los ganglios linfáticos. | Hay linfoma en más de un órgano del cuerpo fuera de los ganglios linfáticos. |
| Estado funcional (PS, por sus siglas en inglés): Puede funcionar y desenvolverse normalmente | Estado funcional (PS, por sus siglas en inglés): Necesita mucha ayuda con las actividades diarias |
| La LDH sérica (en suero) está normal | La LDH sérica (en suero) está alta |

A cada factor pronóstico adverso o deficiente se le asigna 1 punto. Las personas que no presentan factores de pronóstico adverso tendrían una puntuación de 0, mientras que quienes presentan todos los factores de pronóstico adverso tendrían una puntuación de 5. El índice divide a las personas con linfoma en cuatro grupos de riesgo:

- Riesgo bajo (0 o 1 factor de pronóstico adverso)
- Riesgo intermedio bajo (2 factores de pronóstico adverso)
- Riesgo intermedio alto (3 factores de pronóstico adverso)
- Riesgo alto (4 o 5 factores de pronóstico adverso)

Índice internacional de pronóstico del linfoma folicular (FLIPI)

El índice internacional de pronóstico (IPI) es útil para la mayoría de los casos de linfoma, pero no es tan útil para el linfoma folicular, el cual tiende a crecer más lento. Los médicos han creado un índice internacional de pronóstico de linfoma folicular (FLIPI, por sus siglas en inglés) específico para este tipo de linfoma. Este índice utiliza factores de pronóstico ligeramente diferentes a los del índice internacional de pronóstico.

| Factores para un pronóstico favorable | Factores para un pronóstico adverso o deficiente |
|---|---|
| Tener 60 años de edad o menos | Tener más de 60 años de edad |
| Etapa I o etapa II | Etapa III o IV |
| Hemoglobina en la sangre de 12 g/dL o más | Hemoglobina en la sangre por debajo de 12 g/dL |
| Cuatro o menos zonas de ganglios linfáticos afectadas | Más de cuatro zonas de ganglios linfáticos afectadas |
| La LDH sérica (en suero) está normal | La LDH sérica (en suero) está alta |

A los pacientes se les asigna un punto por cada factor pronóstico adverso que tengan. Las personas sin factores de pronóstico adverso tendrían una puntuación de 0, mientras que aquellas con todos los factores de pronóstico adverso tendrían una puntuación de 5. El índice divide a las personas con linfoma folicular en tres grupos:

- **Riesgo bajo:** ningún factor o 1 factor pronóstico adverso.
- **Riesgo intermedio:** 2 factores de pronóstico adverso.
- **Riesgo alto:** 3 o más factores de pronóstico adverso.

Tanto para el IPI como para el FLIPI, las personas en el grupo de riesgo bajo suelen tener una mejor prognosis que las del grupo de riesgo alto.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html
2. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2023*. Atlanta: American Cancer Society; 2023.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: B-Cell Lymphomas. Version 6.2023. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf on November 30, 2023.

Ruhl JL, Callaghan C, Hurlbut, A, Ries LAG, Adamo P, Dickie L, Schussler N (eds.) Summary Stage 2018: Codes and Coding Instructions, National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2018.

SEER*Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics [Internet]. Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Accessed at <https://seer.cancer.gov/explorer/> on June 13, 2025.

Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, et al. Follicular Lymphoma International Prognostic Index. *Blood*. 2004;104:1258-1265.

Actualización más reciente: junio 27, 2025

Preguntas que puede hacer sobre el linfoma no Hodgkin

Si usted tiene linfoma no Hodgkin, es importante que tenga conversaciones honestas y abiertas con su equipo de cuidados oncológicos. Siéntase libre para hacer cualquier pregunta, sin importar lo insignificante que pueda parecer. Estas son algunas preguntas que debe considerar.

Cuando le informan que tiene linfoma no Hodgkin

Cuando se decida un plan de tratamiento

Durante el tratamiento

Después del tratamiento

Cuando le informan que tiene linfoma no Hodgkin

- ¿Qué [tipo de linfoma no Hodgkin](#)¹ tengo?
- ¿Ha revisado mi biopsia un patólogo experto en linfoma?
- ¿Necesito hacerme otras [pruebas](#) antes de que podamos decidir el tratamiento?
- ¿Debo consultar con otros tipos de médicos?
- ¿Cuál es la [etapa \(el alcance\) del linfoma](#)? ¿Qué significa en mi caso?
- ¿Hay otros factores que pueden afectar mis opciones de tratamiento?

- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Cuando se decida un plan de tratamiento

- ¿Cuánta experiencia tiene usted con el tratamiento de este tipo de linfoma?
- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)²? ¿Qué recomienda, y por qué?
- ¿Necesitamos tratar inmediatamente el linfoma?
- ¿Debería buscar una [segunda opinión](#)³ antes de comenzar el tratamiento?
¿Puede sugerirme algún médico o algún centro de cáncer?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o los efectos secundarios de los tratamientos que sugiere?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias?
- ¿Cuáles son mis probabilidades (mi pronóstico) de supervivencia?
- ¿Cuál es la probabilidad de que el linfoma reaparezca con estos planes de tratamiento?
- ¿Qué haríamos si el tratamiento no surte efecto o si el linfoma regresa?

Durante el tratamiento

Una vez que comience el tratamiento, usted deberá saber qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes en su caso, pero puede ser útil hacer las preguntas que sí sean relevantes para usted.

- ¿Cómo sabremos si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que yo pueda hacer para controlar los [efectos secundarios](#)⁴?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted o con su equipo durante las noches, los días festivos o los fines de semana?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental con quien pueda hablar si empiezo a [sentir agobio o angustia, depresión o pesadumbre y aflicción](#)⁵?

Después del tratamiento

- ¿Qué tipo de [seguimiento](#)⁶ necesitaré después del tratamiento?
- ¿A qué síntomas debo prestar atención?
- ¿Cómo sabremos si el linfoma ha regresado? ¿Cuáles serían mis opciones si eso pasara?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, es posible que desee preguntar sobre el tiempo de recuperación para que pueda planear su programa de trabajo o actividades, o tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)⁷ para los que reúne los requisitos.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como el personal de enfermería y los especialistas en trabajo social, pueden responder algunas de sus preguntas. Para más información sobre la comunicación con su equipo de atención médica, vea la sección sobre [La relación entre el médico y el paciente](#)⁸.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/buscar-una-segunda-opinion.html
4. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html
5. www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/bienestar-durante-el-tratamiento.html
6. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
7. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
8. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html
9. www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html

Actualización más reciente: febrero 15, 2024

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society
(<https://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html>)

9

Nuestro equipo está compuesto de médicos y personal de enfermería con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenido médico.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345