

LINFOMA HODGKIN

Neoplasia maligna que se origina en los linfocitos B localizados en el centro germinal de los ganglios linfáticos. Caracterizados por aumento de tamaño de ganglios, bazo y otros tejidos. Relacionada estrechamente con la infección por virus Epstein Barr

- Crece principalmente a nivel ganglionar cervical
- Afecta jóvenes 15-40 años
- > hombres
- Presenta células de Reed Sternberg y Hodgkin

EPIDEMIOLOGÍA

1/6 de los linfomas

1% de la población general



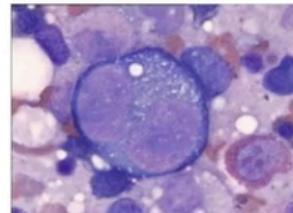
CLASIFICACIÓN

CLÁSICO 95%
CD30+ y CD15+
Células de **Reed Sternberg**

LINFOCÍTICO NODULAR
CD20+ Y CD45+
(Células grandes
palomita de maíz)

ESCLEROSIS NODULAR

70%



- 1.- Bandas de colágeno rodeando un nódulo y células de Hodgkin y Reed-Sternberg con morfología lacunar
- 2- Afectación mediastinal 80% bazo 50%
- 3.- Síntomas B en 40% de los casos

CELULARIDAD MIXTA

20-25%

VIH y países subdesarrollados

PREDOMINIO LINFOCÍTICO

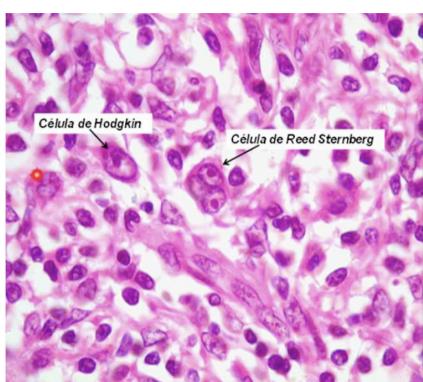
5%

Rara vez síntomas B

DEPLECIÓN LINFOCÍTICA

<1%

VIH y países en desarrollo, peor pronóstico



Células tumorales grandes y dispersas derivadas de células B

Cel. hodgkin >> mononucleares

Reed sternberg >> multinucleadas ojos de búho

FACTORES DE RIESGO

- VIRUS EPSTEIN BARR 50%
- VIH x6
- Antecedente familiar



CLÍNICA

• Adenomegalias cervicales >3 semanas

Sin infección (Axilar, inguinal, mediastinal, esplenica)



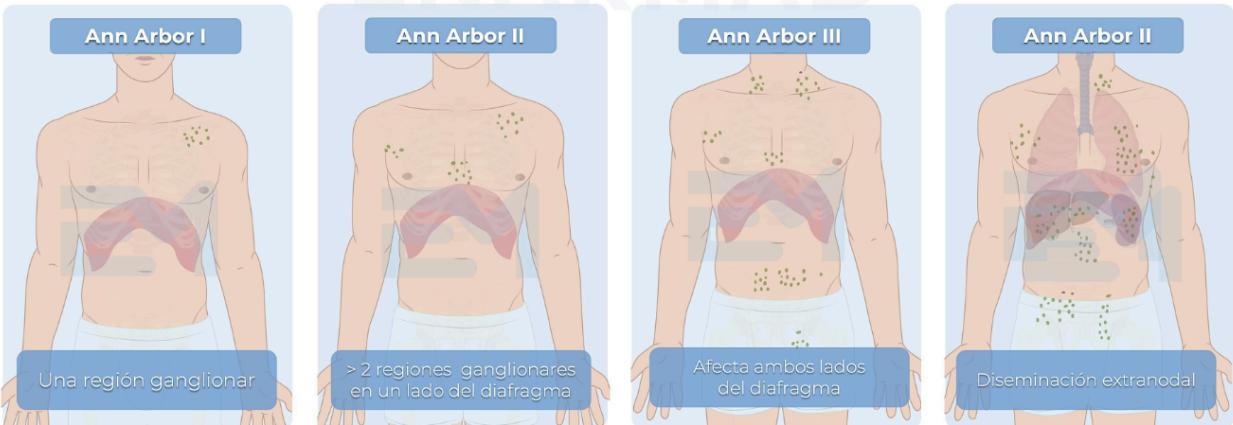
Con o sin síntomas B (fiebre, pérdida de peso y diaforesis)



DIAGNÓSTICO

- Estándar de oro: Biopsia excisional del ganglio afectado, complementar con tinción H&E e inmunohistoquímica para CD30 y CD15
- BHC, VSG, DHL, albumina, BUN,
- Rx tórax, TC torax, abdomen y pelvis, PET CT, aspirado de MO y biopsia de hueso
- Pruebas de función cardíaca y pulmonar
- Elisa para VIH y prueba embarazo en edad reproductiva

LINFOMA DE HODKING
NO ELEVA LINFOCITOS



Antes de iniciar terapia hacer pruebas de función cardíaca y pulmonar, para identificar pacientes con riesgo de complicaciones.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ABVD

Adriamicina, Bleomicina, vincristina, Dacarbazine + radioterápica

Valoración laboratorial

- 1º año c/3 meses
- 2º año c/6 meses
- 3º años cada año

Referir todo paciente con **crecimiento ganglionar > 3 semanas** de evolución **sin evidencia de infección**

LINFOMA NO HODGKIN

Cáncer que afecta el sistema linfático, derivado de células B (90%) o T (10%), son consecuencia de **aberraciones genéticas** que afectan la proliferación diferenciación y apoptosis de células linfoides

Afecta en 2 picos

- 5-15 años
- > 60 años

79% supervivencia 1 año

63% supervivencia a 5 años

51% supervivencia a 10 años

Tratamiento: **altas tasas de curación** utilizando **RITUXIMAB** (anticuerpo monoclonal contra CD20)

CLASIFICACIÓN DE LA OMS

CLASIFICACIÓN EN NIÑOS



SUBTIPO	LINFOMA	FRECUENCIA
PRECURSORES DE NEOPLASIAS LINFOIDES	LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T (MEDIASTINO)	15-20%
NEOPLASIAS DE CÉLULAS B MADURAS (90%)	LINFOMA DE BURKITT (ABDOMEN) LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B	35-40% 15- 20%
NEOPLASIAS DE CÉLULAS T MADURAS	LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES ANAPLÁSICO, (SITIOS EXTRANODALES)	15-20%

CD 20, CD 79

CD3

Ki 67 Agresivos

CLASIFICACIÓN EN ADULTOS

SUBTIPO	LINFOMA	FRECUENCIA
NEOPLASIAS DE CÉLULAS B MADURAS (90%)	LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B LINFOMA FOLICULAR	30 – 40% 20 -30 %
	LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO LINFOMA MARGINAL	6 – 8 % 4 – 7%

FACTORES DE RIESGO

- *Inmunosupresión congénita o adquirida*
- *Receptores de trasplante*
- *Infecciones virales: E. Barr (burkitt) VHC (linfoplasmocítico), VH-8 (sarcoma de Kaposi), VIH, Virus linfotrófico humano*
- *Enfermedades autoinmunes* (tiroiditis, enf. Celiaca)
- *H. Pylori* (MALT gástrico)

TRASLOCACIONES

ALTERACIONES CITOGÉNICAS

- ✓ **I (14;18) g BCL-2: Linfoma folicular 85%**
- ✓ **t (8;14) g MYC: Linfoma de burkitt**
- ✓ **T (3;14) g BCL-6: Linfoma difuso de celulas B**
- ✓ **t (11;14) G: CCND1 : Linfoma del manto**

CLÍNICA

Adultos

Síntomas B (fiebre, diaforesis y pérdida de peso) + **linfadenopatía (cervical, axilar, inguinales, digestivas)** > 6 semanas

Niños

Tumoración abdominal en 80% (Linfoma de burkitt)

- Firme, inmóvil y no dolorosa

Se puede presentar como **abdomen agudo y compresión de vía aérea**

DIAGNÓSTICO

Estándar de oro >> **Biopsia excisional** (se extrae todo) **del ganglio afectado** (definitivo)

- Adenomegalia supraclavicular
- > 6 semanas con síntomas B

BAAF

- Pacientes pediátricos con urgencias oncológicas que no se pueda realizar biopsia excisional

Otros: BHC, VSG, QS, DHL, FA, EGO, ES, Rx tórax, TAC torax, abdomen y pelvis, PET CT (estadio temprano), biopsia de médula ósea.

Sospecha afección SNC: punción lumbar + TAC de cráneo

Confirmado el diagnóstico por biopsia clasificar en las dos siguientes:

- 1.- OMS
- 2.- ANN ARBOR

LINFOMA NO HODKING
SI ELEVA LINFOCITOS

TRATAMIENTO

R CHOP

- Rituximab (anti CD20)
- Ciclofosfamida
- Doxorrubicina
- Vincristina
- Prednisona
- Mantenimiento con rituximab

LINFOMA NO HODGKIN	LINFOMA DE HODGKIN
ADULTOS MAYORES Y NIÑOS	ADULTOS JOVENES
CELULAS B BURKIT NIÑOS DIFUSO ADULTOS	CELULAS B CLASICO
+ - SINTOMAS B	+ - SINTOMAS B
AFECTACIÓN EXTRAGANGLIONAR	AFECTACIÓN GANGLIONAR LOCALIZADA
SE ELEVAN LINFOS	NO SE ELEVAN LINFOS (BAJAN)
BIOPSIA DE GANGLIO	BIOPSIA DE GANGLIO
	CÉLULAS DE HODGKIN Y REED STERNBERG
R-CHOP + RADIO	ABVD + RADIO