

ENFERMEDAD DE HODGKIN

ARTICULOS RELACIONADOS

1. INCIDENCIA

- a. Tasa de Incidencia: 2,2/100.000 hab/año.
 - i. 7500 nuevos casos/año en USA.
 - ii. Tasa bimodal con pico en la 3ª década y a los 55 años
- b. Tasa de Mortalidad: 0,7/100.000 hab/año.

2. DIAGNOSTICO

- a. Biopsia excisional de gg linfático en fresco y tras fijación.
- b. Tipos:
 - i. **EH clásica:** (CD 15 y CD 30 +, CD 20 -)
 1. ESCLEROSIS NODULAR
 2. CELULARIDAD MIXTA
 3. RICA EN LINFOCITOS CLASICA
 4. DEPLECCIÓN LINFOCITARIA
 5. LINFOMA DE HODKIN INCLASIFICABLE
 - ii. **EH de predominio linfocítico.** (+/- 5%)
 1. Las céls malignas presentan inmunofenotipo con
 - ✚ CD 15 Y 30 -
 - ✚ CD 20 +

3. ESTADIFICACIÓN Y VALORACIÓN RIESGO

- a. Anamnesis con presencia de síntomas B
- b. Exploración de ganglios linfáticos, esplenomegalia y/o hepatomegalia.
- c. Hemograma, VSG bioquímica completa con proteína C reactiva y albúmina.
- d. Rx de tórax y TAC toracoabdominal son obligatorios.
- e. Biopsia de Médula ósea.
- f. Biopsia hepática si:
 - i. Elevación de fosfatasa alcalina
 - ii. Sospecha clínica.
- g. Laparotomía y esplenectomía **NO** se recomiendan.
- h. Una alternativa es el PET.
- i. **ESTADIO según CLASIFICACIÓN DE COSTWOLDS:** (ANN ARBOR modificada)
 - i. **Estadio de ANN ARBOR**
 - ii. **Masa mediastínica mayor de 1/3 del tórax**
 - iii. **Afectación extranodal**
 - iv. **VSG elevada:**
 1. **> 50 con síntomas B**
 2. **> 30 sin síntomas B**
 - v. **3 ó más áreas ganglionares afectas**
- j. **CATEGORIAS DE RIESGO según COSTWOLDS:**
 - ✚ **ESTADIO PRECOZ DE RIESGO FAVORABLE:**
 - i. Estadios I y II sin factores de riesgo.
 - ✚ **ESTADIO PRECOZ DE RIESGO DESFAVORABLE**
 - i. Estadios I y II con algún factor de riesgo.
 - ✚ **ESTADIOS AVANZADOS DE RIESGO**
 - i. Estadios IIb con masa mediastínica bulky o afectación extranodal
 - ii. Estadios III y IV.

4. TRATAMIENTO ENF. LIMITADA BAJO RIESGO

- a. **EH predominio linfocítico:** enf. indolente con tendencia a recurrir
 - i. RTx en estadios I y II (30 Gy en campo afecto)
 - ii. Se debe evitar tratamiento agresivo en recaídas.
 - iii. Valorar **Rituximab**
- b. **Tratamiento estándar en EH clásica:**
 - i. 2 ciclos de ABVD y RTx en campo afecto (30-36 Gy) (varios estudios de no inferioridad respecto a 4 ciclos + RTx)
- c. **Alternativas:**
 - i. 4-6 ciclos de ABVD. Dependiendo de la velocidad de respuesta y la existencia de factores de riesgo, pero pocos ensayos clínicos lo apoyan.
- d. **Ensayos clínicos:**
 - i. Intentar disminuir toxicidad con menos fármacos o dosis de RTx pero hasta ahora fallaron.

5. TRATAMIENTO ENF. LIMITADA RIESGO DESFAVORABLE

- a. **Tratamiento estándar:**
 - i. 4 ciclos de ABVD y RTx en campo afecto (30-36 Gy) (más de 85-90% de control a los 5 años)
- b. **Alternativas:** de **eficacia similar** pero **más tóxicas:**
 - i. 6 ciclos de ABVD.
 - ii. RTx en campo extendido.
- c. **Ensayos clínicos:**
 - i. Esquemas agresivos como BEACOPP.
 - ii. Disminuir RTx a 20 Gys en campo afecto
 - iii. Quimioterapia exclusiva

6. TRATAMIENTO ENF. AVANZADA ALTO RIESGO

- a. **No existe tratamiento estándar en EH clásica:**
 - i. 6-8 ciclos de ABVD ó MOPP/ABVD (50-60% tasas de curación)
 - ii. **8 ciclos de BEACOPP_{escalado}:**
 1. mayor tasa de respuestas 96%
 2. mayor ILE 88%
 3. mayor supervivencia 92% a 5 años
 4. **Considerado estándar para el grupo Alemán en < 60 años.**
 - iii. RADIOTERAPIA sobre:
 1. masas residuales mayores de 2,5 cm
- b. **Ensayos clínicos:**
 - i. 8 ciclos de BEACOPP_{dosis normales}. cada 14 días.
 - ii. Uso de PET + para valorar RTx.

7. EVALUACIÓN DE RESPUESTA

- a. Después del 4º ciclo y tras acabar el tratamiento:
 - i. EXP física.
 - ii. Analítica
 - iii. Pruebas de imagen alteradas al inicio
- b. RESPUESTA INCOMPLETA confirmar con:
 - i. Biopsia
 - ii. PET

8. TRATAMIENTO TRAS RECAÍDA

- a. PACIENTES JÓVENES TRAS TTO COMBINADO
 - i. QTx de rescate----Quimioterapia de altas dosis----TAMO.
 - ii. Los esquemas más usados son:
 - 1. Rescate: DHAP, ESHAP, ICE, mini BEAM o combinaciones con GEMCITABINA.
 - 2. HDQTx: BEAM
 - iii. Trasplante Alogénico: una opción en pacientes jóvenes sensibles a quimioterapia pero siempre en ensayo clínico.
 - iv. RITUXIMAB en CD 20 +, generalmente EHPL
- b. TRATAMIENTO PALIATIVO:
 - i. Gemcitabina u otro agente en monoterapia.
 - ii. Radioterapia.
 - iii. **SGN-35**: anticuerpo de ingeniería asociado a un quimioterápico llamado auristatin E monometil, que se une a los CD 30.
 - 1. dosis 1,2 mg/kg
 - 2. Tox: diarrea, fatiga, tos
 - 3. alta tasa de respuesta y estabilización (**AVANCES ASCO 2008**)

9. SEGUIMIENTO

- a. Historia, y Exp física cada 3 meses por 1 año, luego cada 6 por 2 años y anual.
- b. Analítica y Rx de tórax a los 6, 12 y 24 meses, luego si es necesario.
- c. TAC sólo para confirmar Respuesta luego no es necesario.
- d. **TSH** a los 1, 2 y 5 años.
- e. **Mamografía** desde los 40 años si RTx tórax.