

# 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<sub>escalado</sub>:**
    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<sub>dosis normales</sub>. 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.