



UNIVERSIDAD DEL SUR

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

MATERIA: ENFERMERÍA CLÍNICA

TAREA: LINFOMA HODKING

DOCENTE: FLORES VÁZQUEZ DANIELA RUBÍ

ALUMNO: CARRASCO GONZÁLEZ SALOMÉ

Grado: 4^a grupo "A"

SABADO 05 DE DICIEMBRE DEL 2020

TAPACHULA, CHIAPAS

1. Ambinder RF. Epstein-barr virus and Hodgkin lymphoma.
Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2007:204-9.

LINFOMA HODKING

El linfoma de Hodgkin (LH) es la segunda causa de cáncer Pediátrico en México. En la actualidad, la mayoría de los niños y adolescentes con LH logran curarse.

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Infantil del Estado de Sonora en un período de 10 años. Se seleccionaron y revisaron 21 expedientes clínicos con diagnóstico de LH, considerando las siguientes variables: Género, edad, estadio clínico, tipo histológico, tamaño del tumor, presencia de síntomas B, respuesta temprana, presencia de recaída y fallecimiento.

El linfoma de Hodgkin es un padecimiento maligno originado principalmente en los linfocitos B maduros en localización en el centro germinal de los ganglios linfáticos.

Los linfomas de cabeza y cuello aparecen tanto a nivel de los ganglios cervicales como en áreas extraganglionares, la cavidad nasal, la glándula tiroides y la glándula submaxilar.

El linfoma de Hodgkin (LH) es una neoplasia del sistema linfático que puede presentarse en cualquier grupo de edad, siendo más común en jóvenes de entre 25 y 30 años, varones y caucásicos.

Los síntomas son linfadenopatías indoloras, a veces con fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso no deliberado, prurito, esplenomegalia y hepatomegalia.

FISIOPATOLOGÍA

Linfoma - Hodgkin; Enfermedad de Hodgkin; Cáncer - linfoma de Hodgkin

El linfoma de Hodgkin afecta tanto a niños como a adultos. Es más común en dos grupos de edades: de 15 a 40 años (con más frecuencia entre 25 y 30) y de 55 años en adelante.

La enfermedad es algo más frecuente en hombres que en mujeres. No existe una clara asociación de factores familiares y socioeconómicos con la aparición de la enfermedad

Las peculiaridades de la epidemiología del linfoma de Hodgkin indican la posibilidad de que exista uno, o varios, microorganismos infecciosos que sean los causantes de la enfermedad.

Caracterizado en tamaño de los ganglios linfáticos, bazo y otros tejidos. Las principales características que presentara son:

- 1) frecuentemente crecen a nivel ganglionar, preferentemente en la región cervical,
- 2) con predominio en adultos jóvenes,
- 3) los tejidos neoplásicos contienen escasas células tumorales dispersas mono y multinucleadas (llamadas células de Hodgkin y Reed Sternberg, respectivamente) dentro de un conjunto de células inflamatorias no neoplásicas y accesorias,
- 4) las células tumorales se encuentran rodeadas de rosetas de linfocitos T.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud de los tumores hematopoyéticos divide al linfoma de Hodgkin en dos grandes grupos.

Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular.

Linfoma de Hodgkin clásico:

Linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular.

Linfoma de Hodgkin clásico tipo celularidad mixta.

Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos.

Linfoma de Hodgkin clásico tipo depleción linfocítica.

El sistema linfático está formado por finos conductos que se ramifican por todo el cuerpo. Su función consiste en combatir las infecciones y las enfermedades neoplásicas. El sistema linfático transporta un líquido incoloro denominado linfa, que contiene un tipo de glóbulos blancos llamados linfocitos (B y T). Los linfocitos B (también llamados células B) generan anticuerpos para combatir infecciones y los linfocitos T (células T) destruyen virus y células extrañas y activan a las células B para que generen anticuerpos.

Los ganglios linfáticos se encuentran en grupos, en el abdomen, la ingle, la pelvis, las axilas, el tórax y el cuello. En los ganglios linfáticos se produce la maduración y activación de los linfocitos para que desarrollen su función fisiológica.

El linfoma de Hodking se forma a partir de un linfocito B que se encuentra en proceso de maduración/activación en el ganglio linfático. Este linfocito sufre una alteración en los genes que regulan su capacidad para producir anticuerpos, y se convierte en una célula incapaz de llevar a cabo su función fisiológica y por tanto debe morir en el ganglio linfático a través de un proceso de muerte celular programada. Lo que sucede que el linfocito alterado ocasiona alteraciones en los genes logrando sobrevivir en el ganglio linfático, escapando al control de las células encargadas de la vigilancia inmunológica y prolifera de forma incontrolada.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de linfoma de Hodking debe establecerse siempre tras una biopsia de alguno de los ganglios linfáticos aumentados de tamaño. Se realiza por medio de la obtención de un ganglio linfático con una aguja fina en el cual se aspirara además este es el diagnóstico más fiable.

Cuando no existen ganglios externos aumentados de tamaño (en cuello, axilas o ingles), puede realizarse el diagnóstico mediante la toma de una biopsia mediante punción con aguja gruesa en el Departamento de Radiología Intervencionista.

Si la muestra de tejido no es suficiente, el paciente deberá ser sometido a una intervención quirúrgica más importante (mediastinoscopia para obtener ganglios torácicos o laparotomía para obtener ganglios abdominales).

Exploración física: se dirige a detectar ganglios linfáticos u órganos (hígado, bazo) aumentados de tamaño y a comprobar el estado previo de salud del paciente.

Tomografía axial computarizada (TAC): la exploración mediante TAC del tórax, el abdomen y la pelvis nos permite conocer si existen ganglios linfáticos internos aumentados de tamaño y si están afectados el bazo, el hígado o el pulmón. Además es imprescindible para la planificación del tratamiento con radioterapia.

Tomografía por emisión de positrones con fusión de imágenes con TAC (PET/TC): nos permite conocer con más exactitud que el TAC la extensión de la enfermedad. Además sirve para evaluar la respuesta al tratamiento cuando el TAC ofrece dudas acerca de la remisión de la enfermedad.

TRATAMIENTO

Diferentes tipos de tratamiento están disponibles para los adultos con linfoma de Hodgkin. Algunos tratamientos son estándar (el mejor tratamiento utilizado en la actualidad) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos (tratamientos experimentales o en investigación).

RADIOTERAPIA

Existen tres variantes:

-Irradiación en capa o manto, en la que se irradian todas las áreas ganglionares localizadas por encima del diafragma.

-Irradiación ganglionar subtotal (capa más espada): se irradian todas las áreas ganglionares localizadas por encima del diafragma y las abdominales (quedan excluidas la pelvis y las ingles).

-Irradiación ganglionar total: se irradian todas las áreas ganglionares

QUIMIOTERAPIAS

- ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbacina): es el tratamiento estándar en casi todos los estadios. El riesgo de inducir esterilidad o leucemia es casi nulo.
- Stanford V (adriamicina, vinblastina, mecloretamina, vincristina, bleomicina, etopósido y prednisona)
- BEACOPP (bleomicina, etopósido, adriamicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbacin y prednisona): este esquema tiene tres variantes (estándar, escalado y quincenal).
- ESHAP (etopósido, metilprednisolona, arabinosido de citosina y cisplatino): régimen muy activo que se utiliza en el tratamiento de las recaídas. Toxicidad aguda significativa.
- MINE (mitoxatrone, ifosfamida y etoposido): utilizado en recaídas. Baja toxicidad
- GPD (gemcitabina, cisplatino y dexametasona): utilizado en recaídas. Baja toxicidad.
- ICE (ifosfamida, carboplatino y etopósido): esquema muy activo en pacientes con recaídas. Toxicidad aguda significativa.
- BEAM (BCNU, etopósido, arabinósido de citosina y melfalan): es un esquema de tratamiento con altas dosis de quimioterapia. Se utiliza en pacientes con recaídas para erradicar la enfermedad antes del trasplante con células progenitoras hematopoyéticas.

Es variable en la cual también se debe tomar en cuenta algunos otros factores el tipo de linfoma, la edad y el estado general del paciente, la extensión de la enfermedad y la progresión de la misma.

CONCLUSIÓN

El linfoma de Hodgkin es uno de los tipos de cáncer con más posibilidades de curarse. La cura es incluso más probable si este se diagnostica y se trata en sus etapas iniciales. A diferencia de otros tipos de cáncer, el linfoma de Hodgkin también es muy curable en sus estadios tardíos.

Los tratamientos para el linfoma de Hodgkin pueden tener complicaciones. Las complicaciones a largo plazo de la quimioterapia o la radioterapia incluyen:

Vaya a las visitas de control a cargo de un proveedor que conozca sobre el seguimiento y la prevención de estas complicaciones.

En general, el diagnóstico temprano del cáncer mejora las posibilidades de supervivencia del paciente, ya que garantiza el inicio del tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad.

Un diagnóstico en una etapa temprana proporciona ventajas importantes para el paciente, tales como:

Mayor posibilidad de recibir tratamientos menos agresivos y más eficaces que los que se aplican en etapas más avanzadas.

La calidad de vida del paciente se ve menos alterada, pues los efectos secundarios del tratamiento suelen ser menores.

Hay más posibilidades de evitar que el cáncer progrese y, por lo tanto, mayor probabilidad de supervivencia.

Linfomas tienen una evolución lenta, manifestándose principalmente con una inflamación de los ganglios linfáticos que se desarrolla durante meses o años. Al ser asintomáticos, los linfomas indolentes suelen detectarse en estadios avanzados.

Entre los linfomas de escasa malignidad el más frecuente es el linfoma folicular que, aunque no tiene cura, puede ser tratado de por vida de forma intermitente, cada vez que se presentan recaídas.

En el caso de los linfomas agresivos, los síntomas aparecen de forma más rápida, presentándose fiebre, pérdida de peso y sudoración en cerca de la mitad de los pacientes afectados. Este tipo de linfoma puede progresar de forma muy rápida y requiere tratamiento urgente.