



**Mi Universidad**

Nombre del Alumno MARIO DE JESUS SANTOS  
HERRERA

Nombre del tema LINFOMA

Parcial 3

Nombre de la Materia MEDICINA BASADA EN  
EVIDENCIAS

Nombre del profesor DRA. KATIA PAOLA  
MARTINEZ LOPEZ

Nombre de la Licenciatura MEDICINA  
HUMANA

SEMESTRE 8

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS A 20 DE  
MAYO DEL 2024

### HODGKIN

#### DEFINICIÓN:

Neoplasia linfoide monoclonal de origen B, en la cual la célula característica es la célula de Reed- sternberg. Asociado a VEB y causas genéticas

#### CLASIFICACIÓN:

##### Clásico:

- Esclerosis nodular
- Celularidad mixta
- Rico en linfocitos
- Depleción linfocítica

De Predominio linfocítico

#### EPIDEMIOLOGÍA

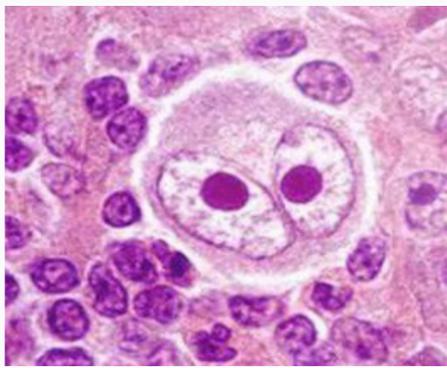
- Hombres
- Bimodal: 25-30 y > 50 años.

#### CLÍNICA:

Linfadenopatía no sensible\* Síntomas B: fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso  
Otros: prurito, por masa

#### DX Y ESTADIFICACIÓN

Biopsia  
Inmunohistoquímica: Clásico (CD30, CD15) No clásico (CD20)  
BH, ESR, QS, PET Otras: aspirado MO, TC, VHB y VIH



#### TRATAMIENTO

Quimio +/- radio Otros: T. c. hematopoyéticas  
ABVD , BEACOPP, Stanford V

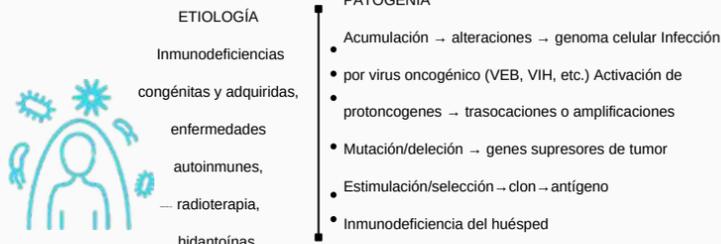
Fármaco ABD	mg/m <sub>2</sub>
Adriamicina	25
Bleomicina	10
Vinblastina	6
Dacarbacina	375

### NO HODGKIN

#### DEFINICIÓN:

Neoplasias del sistema linfático ganglionar y extraganglionar → Proliferación clonal de

#### linfocitos



#### CLASIFICACIÓN

##### Según la alteración genética (oncógen)

- Burkitt/LLA-B → c-MYC-IgH c-MYC-Ig; kappa cMYC-Ig; lambda
- Folicular → BCL2-IgH
- De células del manto → BCL1-IgH; p53; ATM
- Linfocítico de célula pequeña/LLC → Tirosincinasa; Micro-ARN; ATM
- Difuso de célula grande B → BCL-6
- Anaplásico ganglionar → ALK-NPM
- MALT → API2-MALT; IgH-MALT-1

#### EPIDEMIOLOGÍA

- 7% → Todas las neoplasias
  - ↑ Varones
  - 60-70 años
- \*linfoma/leucemia linfoblástico B/T y linfoma/leucemia de Burkitt

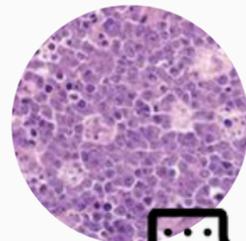
#### clínica

- Linfadenopatías periféricas
- Esplenomegalia
- Afectación extraganglionar
- Síntomas generales: síntomas B
- Datos de laboratorio: alteraciones hepáticas y en el hemograma (A. normocítica- normocromica), LDL sérica ↑



#### DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Hemograma, bioquímica hepática y renal, ácido úrico
- LDH, beta2-microglobulina
- Proteinograma
- Biopsia de médula ósea
- Examen citológico
- Serologías: VH B y C, y VIH
- TC cérvico-torácico-abdomino-pélvica
- PET
- PET-TC integrada
- ECG
- Valoración de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo si el paciente tiene más de 60 años o historia cardiológica



#### TRATAMIENTO

Opciones terapéuticas en los Linfomas No Hodgkin

Linfomas indolentes	Linfomas agresivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia expectante</li> <li>• Radioterapia (enfermedad localizada)</li> <li>• Quimioterapia: CVP, CHOP</li> <li>• Análogos de las purinas (fludarabina, 2-CDA)</li> <li>• Inmunoterapia: IFN, anti-CD20 rituximab</li> <li>• Quimioinmunoterapia: R-CVP, R-CHOP, R-bendamustina (para los B)</li> <li>• Radioinmunoterapia (anti-CD20 conjugado con itrio 90)</li> <li>• Trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos</li> <li>• Experimental: R-lenalidomida, venetoclax, combinaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia: CHOP</li> <li>• Quimioinmunoterapia: R-CHOP (para los B)</li> <li>• Quimioterapia intensiva: hiper-CVAD/metotrexato, citarabina; (p. ej., para Burkitt, linfoblástico, del manto)</li> <li>• Tratamiento de rescate en recidivas (R-ESHAP, R-DHAP, R-IFE, etc.) y consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos</li> <li>• Experimental: trasplante alogénico, R-lenalidomida, nivolumab, inmunoterapia con CAR-T cells</li> </ul>