



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Guía Clínica

Linfoma
en personas
de 15 años y más

SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL
2009

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.
Santiago: Minsal, 2006.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

ISBN

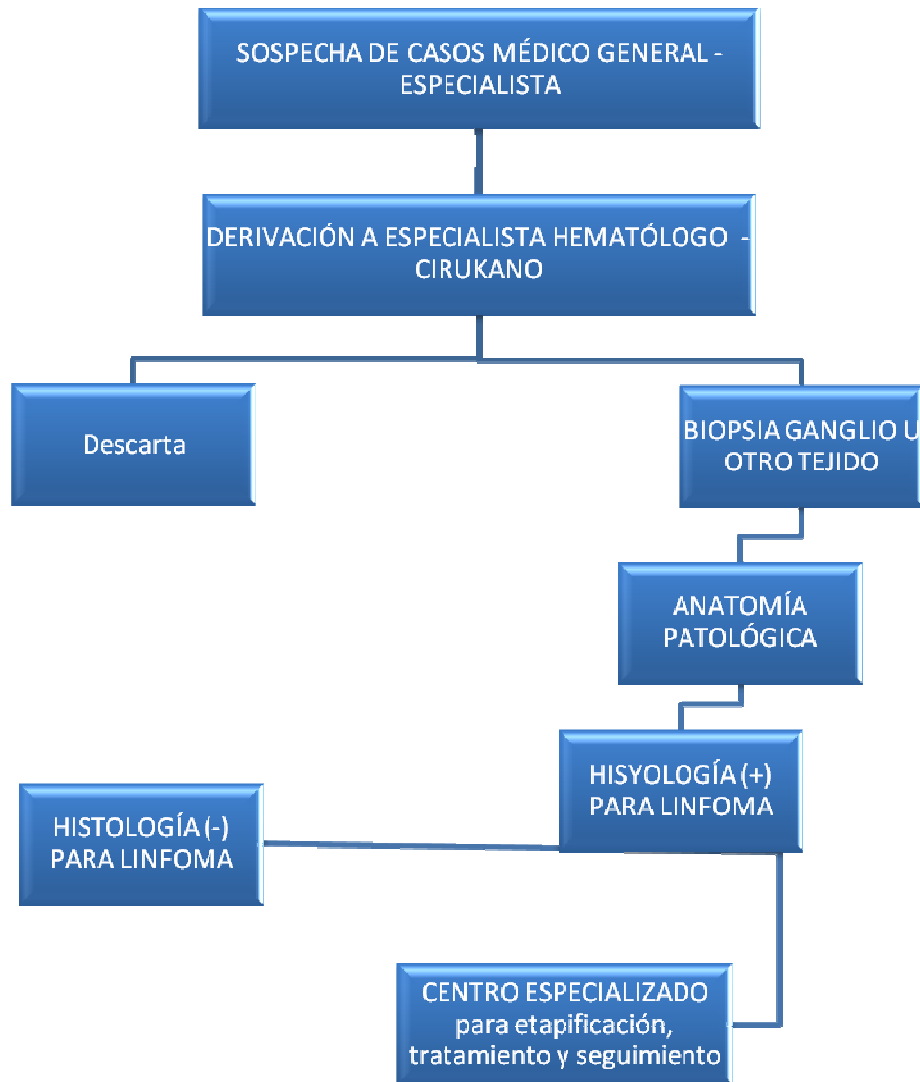
Fecha 1° Edición: julio 2006

Fecha actualización: noviembre 2009

ÍNDICE

Recomendaciones claves	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud	6
1.2 Alcance de la guía	9
1.3 Declaración de intención.....	9
2. OBJETIVOS	10
3. RECOMENDACIONES	11
3.1 Linfoma de Hodgkin y No Hodgkin	11
3.2 Seguimiento y Rehabilitación.....	24
U. DESARROLLO DE LA GUÍA.....	25
4.1 Grupo de trabajo	25
4.2 Declaración de conflictos de interés	26
4.3 Revisión sistemática de la literatura	26
4.4 Formulación de las recomendaciones	26
4.5 Vigencia y actualización de la guía.....	27
5. IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA.....	27
5.1 Diseminación.....	27
5.2 Evaluación del cumplimiento de la guía	27
ANEXO 1: Glosario de Términos	28
ANEXO 2: Niveles de evidencia y grados de recomendación	29
ANEXO 3. Clasificación Histológica, WHO 2008	30
ANEXO 4. Evaluación de calidad de vida durante el tratamiento	33
BIBLIOGRAFÍA.....	37

FLUJOGRAMA LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS



Recomendaciones claves

Recomendaciones	Grado recomendación
<p>¿Cuándo sospechar linfoma del adulto?</p> <p>Sospecha de linfoma en personas con aumento de volumen ganglionar de > 1 cm y más de 30 días, que no regresa con antiinflamatorios y/o antibióticos.</p>	B
<p>¿ Cuándo derivar al especialista?</p> <p>Adultos con ganglios que no regresan en el plazo de 1 mes, derivar a especialista, antes de 15 días para descartar linfoma,</p>	D
<p>¿ Cómo debe efectuarse la biopsia?</p> <p>La biopsia de ganglio o tejido debe ser quirúrgica/excisional, extraer el ganglio completo.</p>	B
<p>¿ Cómo de confirma linfoma del adulto?</p> <p>La confirmación diagnóstica, se realiza por el estudio histopatológico, que debe incluir estudio de inmuno histoquímica (IHQ), para realizar la Clasificación WHO. Si no está disponible IHQ el recurso a nivel local, derivar a un laboratorio de referencia.</p>	A
<p>El paciente debe ser informado del resultado de la biopsia y del proceso de consentimiento informado, por el médico tratante. El equipo debe colaborar en este proceso de deliberación.</p>	C
<p>El tratamiento de quimio y radioterapia, debe realizarse en un centro especializado autorizado para ello.</p>	A

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud

Los linfomas son neoplasias del sistema linfático que se originan generalmente en los ganglios linfáticos u otro tejido del organismo por células neoplásicas del tejido linfoide. Es la neoplasia hematológica más frecuente del adulto.

No existe una etiología definida.

Puede ser de 2 tipos clínicos: Hodgkin y no Hodgkin.

Egresos Linfomas > 10 años		
año	total	%
2005	5.298	94,5
2006	4.895	94,7

LINFOMA DE HODGKIN

Esta neoplasia afecta a adultos jóvenes, entre 20 y 40 años, con una media de 37 años y tiene una alta de curación, sobre 80%.

En Chile, la incidencia estimada corresponde a 2 casos nuevos por 100 mil habitantes. Representa 1 de cada 5 linfomas y es más frecuente en el sexo masculino. Tiene una distribución bimodal, jóvenes (15-35 años) y mayores de 50 años. Es más frecuente en estratos socioeconómicos altos. Existe asociación con infección por Epstein Barr.

Una evaluación de 692 pacientes, tratados en los centros de cáncer, públicos de salud, en un periodo de 16 años, 1988-2004, (Rev. Med. Chile Marzo 2007), se observó diferencias epidemiológicas respecto de países más desarrollados; como menor proporción de la variedad histológica esclerosis nodular, que constituye el 70% en países más desarrollados. En Chile, la variedad histológica esclerosis nodular corresponde a 41%.

Respecto de los resultados del tratamiento se ha logrado la curación del 65% de los pacientes, ya que aquellos en etapas tempranas de la enfermedad alcanzan sobrevividas de 70% a 10 años y aquellos en etapas avanzadas, 60% a 10 años. En países con mayor desarrollo estas cifras son solo un 5% superior.

LINFOMA NO HODGKIN

La mayoría se presenta con adenopatías de crecimiento progresivo, indoloras, cervicales, axilares o inguinales, pero un 30% puede presentarse en sitios extra-ganglionares, cuya ubicación más frecuente es digestiva. Puede haber síntomas (B): fiebre, sudoración o baja de peso. Síntomas GI: en linfoma primario digestivo, más frecuentemente gástrico. Compromiso primario o secundario de otros órganos extranodales: amígdalas, piel, vía aérea alta, SNC, óseo, tiroides.

Síntomas neurológicos: por compresión medular (parestesias, paraparesia).

Alrededor de un 40% cura con las terapias actuales.

La edad de mayor ocurrencia se ubica entre los 45 a 70 años, con una media de 56 años y una relación hombre / mujer de 1,5:1.

Existe una mayor incidencia en personas con inmunosupresión congénita o adquirida, enfermedades autoinmunes (Sjogren, tiroiditis, enfermedad celíaca), asociada a infecciones virales (Epstein Barr, HTVL-1) o *Helicobacter pylori*.

En el *I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto*, organizado por MINSAL, efectuado en Octubre 2004, se presentó los resultados de 2.657 pacientes. También se observó algunas diferencias epidemiológicas con respecto a países más desarrollados. Por ejemplo se observó una menor proporción de linfoma folicular indolente, que constituye el 20-30% de todos los linfomas no Hodgkin en USA y Europa. En nuestra casuística, esta histología, se presentó sólo en 16% de los casos. Predominó en cambio la histología agresiva en 46% de los pacientes, superior a países de mayor desarrollo.

A diferencia de lo que se observa en aquellos países donde es inexistente, observamos un 1.2% de casos asociados al virus HTLV – 1. Esta patología es de muy mal pronóstico y es prevalente en Japón. Así mismo, al igual que en los países más desarrollados, está en aumento el número de pacientes con linfoma asociados a la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). De hecho, 75 casos (2.4%) presentaba serología positiva para VIH.

En una revisión más reciente de 200 casos consecutivos de linfoma no Hodgkin de la Región Metropolitana, realizada el año 2007 en Santiago por un grupo de 5 expertos **hematopatólogos del International Lymphoma Study Group**, utilizado la clasificación histológica de la WHO, la distribución de los principales subtipos de linfoma, fue parecida a la que se observa en países mas desarrollados. Así el linfoma folicular constituyó el 22% y el linfoma difuso de células grandes B el 40%, del total de linfomas no Hodgkin (estudio no publicado).

La sobrevivida a 10 años de los **linfomas indolentes** (570 pacientes) fue de 43%, mientras que en linfomas agresivos (1.635 pacientes) fue de 25%. Estas cifras son inferiores en un 10%, en comparación con países de mayor desarrollo que Chile.

▪ **Incidencia (Casos nuevos)** (tasas por 100 mil habitantes)

Tasa Internacional ¹ de Linfoma no Hodgkin:	6,9 por cien mil hab.
Tasa Internacional de Linfoma de Hodgkin:	1,2 por cien mil hab.
Tasa Chilena estimada ² de Linfoma no Hodgkin:	5,6 por cien mil hab.
Tasa Chilena estimada de Linfoma de Hodgkin:	1,5 por cien mil hab.

El linfoma No Hodgkin es 5 veces más frecuente que el Hodgkin

¹ Año 2000 Estadística IARC

² Estimación PANDA, BASE DE DATOS 1988-2007

▪ **Mortalidad**

**MORTALIDAD POR LINFOMA¹,
SEGÚN SEXO, CHILE 1990 - 2005.**

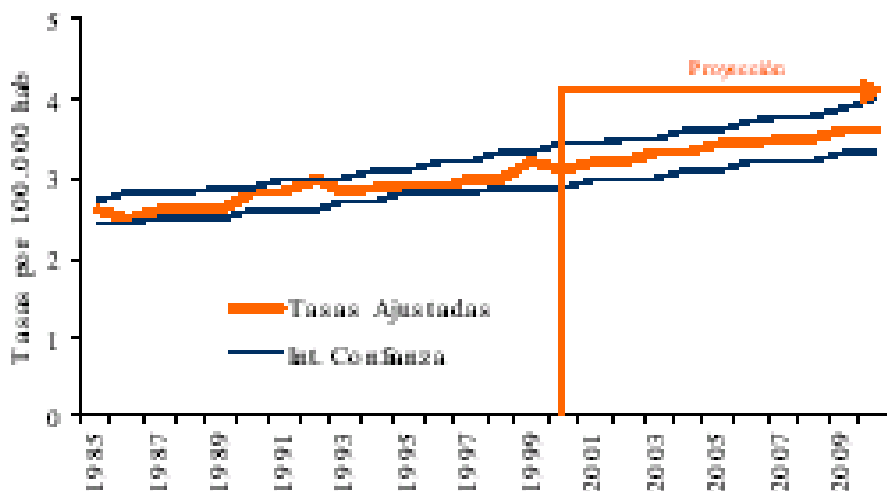
AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*	DEFUNCIONES	TASA*
1990	359	2,7	197	3,0	162	2,4
1991	366	2,7	183	2,8	183	2,7
1992	405	3,0	222	3,3	183	2,6
1993	392	2,8	209	3,0	183	2,6
1994	416	2,9	250	3,6	166	2,3
1995	430	3,0	226	3,2	204	2,8
1996	440	3,0	229	3,2	211	2,9
1997	709	4,9	405	5,6	304	4,1
1998	760	5,1	378	5,1	382	5,0
1999	809	5,3	423	5,6	386	5,0
2000	830	5,4	436	5,7	394	5,1
2001	836	5,4	410	5,3	426	5,4
2002	906	5,8	459	5,9	447	5,6
2003	943	5,9	475	6,0	468	5,8
2004	968	6,0	504	6,3	464	5,7
2005	955	5,9	508	6,3	447	5,4
2006	631	3,84	310	3,81	321	3,87

¹ CIE-9 (hasta 1996) : 200-202

CIE-10 (desde 1997) : C81-C90, C96

* Tasa por cien mil habitantes

**Mortalidad ajustada por edad por Linfoma
Chile, 1985-99 y proyección 2000-2010**



- **Sobrevida³**
 - Linfoma de Hodgkin, sobrevida global 70% a 5 años. Alta tasa de curación.
 - Linfoma No Hodgkin, sobrevida global 35% a 5 años.

1.2 Alcance de la guía

a. Tipo de pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere la guía

Esta guía es aplicable a:

- Población de ambos sexos de 15 años y más de edad con sospecha de linfoma.
- Pacientes adultos con linfoma diagnosticado/confirmado.
- Pacientes adultos con linfoma en tratamiento.

b. Usuarios a los que está dirigida la guía

- Médicos medicina interna, cirujanos, hematólogos, hematólogos de laboratorio y Centros de sangre.
- Médicos infectólogos, neurólogos, gastroenterólogos, radioterapeutas, radiólogos, oncólogos médicos, anatomopatólogos, biología molecular (PCR- FISH).
- Médicos generales o de otras especialidades que atienden adultos.
- Otros profesionales de salud con responsabilidades en el manejo de pacientes con linfoma: enfermeras y equipo de enfermería, también, kinesiólogos, químicos farmacéuticos, tecnólogos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.
- Directivos de instituciones de salud.

1.3 Declaración de intención

Esta guía no fue elaborada con la intención de establecer estándares de cuidado para pacientes individuales, los cuales sólo pueden ser determinados por profesionales competentes sobre la base de toda la información clínica respecto del caso, y están sujetos a cambio conforme al avance del conocimiento científico, las tecnologías disponibles en cada contexto en particular, y según evolucionan los patrones de atención. En el mismo sentido, es importante hacer notar que la adherencia a las recomendaciones de la guía no asegura un desenlace exitoso en cada paciente.

No obstante lo anterior, se recomienda que las desviaciones significativas de las recomendaciones de esta guía o de cualquier protocolo local derivado de ella sean debidamente fundadas en los registros del paciente.

En algunos casos las recomendaciones no aparecen avaladas por estudios clínicos, porque la utilidad de ciertas prácticas resulta evidente en sí misma, y nadie consideraría investigar sobre el tema o resultaría éticamente inaceptable hacerlo. Es necesario considerar que muchas prácticas actuales sobre las que no existe evidencia pueden de hecho ser ineficaces, pero otras pueden ser altamente eficaces y quizás nunca se generen pruebas científicas de su efectividad. Por lo tanto, la falta de evidencia no debe utilizarse como única justificación para limitar la utilización de un procedimiento o el aporte de recursos.

³ I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto, Chile, Octubre 2004, Ministerio de Salud

2. OBJETIVOS

Esta guía es una referencia para la atención de los pacientes con "Linfoma en personas de 15 años y más" bajo el régimen de garantías explícitas.

Sus objetivos son:

- Contribuir a disminuir la mortalidad ajustada por edad por linfoma en Chile.
- Aportar recomendaciones para el manejo de personas con linfoma desde su prevención hasta el tratamiento de los casos avanzados, basadas en la mejor evidencia científica disponible, el consenso de los expertos, y adecuadas al contexto nacional.
- Orientar a médicos generales y otros no especialistas respecto de la identificación de los casos sospechosos de Linfoma para aumentar la proporción de linfomas detectados precozmente, en especial el Linfoma de Hodgkin.
- Disminuir la variabilidad de la atención en el manejo preventivo, el tratamiento y seguimiento del linfoma,
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento por linfoma⁴.

⁴ Cuestionario EORTC sobre calidad de vida QLQ C30. La versión validada en castellano del QLQ-C30 (versión 3.0)

3. RECOMENDACIONES

3.1 Linfoma de Hodgkin y No Hodgkin

3.1.1 Sospecha diagnóstica

La sospecha de un linfoma se produce frente a un aumento de volumen (adenopatía) indolora en cualquier sitio, (cara, cuello, axila, ingle), progresivo (≥ 1 cm), que no responde a tratamiento con antiinflamatorios o antibióticos y que persiste por más de 30 días.

En este caso debe efectuarse un **hemograma**, el que puede estar normal o presentar alteración de una o más series.

Solicitar una **Radiografía de tórax** para buscar presencia de adenopatías en mediastino y un escáner para buscar adenopatías en, retroperitoneo, hepatomegalia y/o esplenomegalia.

La sospecha puede ocurrir en cualquier establecimiento de la red asistencial.

También, el propio paciente puede detectarlo a través de su auto examen periódico. Es importante descartar adenopatías reactivas buscando focos infecciosos: sepsis oral, otitis, dermatitis pabellón auricular, foliculitis axilar, onicomicosis, piodermitis, entre otros.

En nuestro medio verificar vacunación BCG por la posibilidad de adenitis TBC.

En suma, toda adenopatía que persiste luego de tratamiento con antiinflamatorios y antibióticos por más de 30 días debe ser estudiada. Todos los pacientes con sospecha de Linfoma deben ser derivados prontamente (**no más de 2 semanas**) al especialista del nivel secundario.

Los siguientes síntomas y signos combinados pueden sugerir un linfoma:

- Ganglios indoloros persistentes de más de 1 cm y por más de 1 mes
- Sensación de masa abdominal
- Sudoración nocturna persistente
- Baja de peso
- Fiebre persistente sin explicación de causa infecciosa
- Asociación de esplenomegalia, sudoración nocturna, y pérdida de peso
- Lesiones pruriginosas o nódulos persistentes en la piel que no responden a tratamiento como una alergia.

Estudio Clínico inicial

- Todo paciente que presente ganglios indoloros persistentes, debe incluir la solicitud de exámenes y envío a estudio, con especialista.
Grado de Recomendación C.

3.1.2 Confirmación diagnóstica

El paciente debe ser referido a un centro especializado autorizado para el tratamiento de linfoma, que disponga de especialistas hematólogos clínicos y de laboratorio, con enfermeras oncológicas, técnicos paramédicos capacitados, con capacidad para realizar el estudio de etapificación con estudio histológico, inmunohistoquímica, radiología, coordinación con unidades de apoyo: como, laboratorio clínico básico, de tratamiento intensivo y especialidades médicas centro de sangre, psicólogo, kinesiólogo, unidad centralizada de preparación de drogas antineoplásicas para quimioterapia, y otras especialidades médicas⁵.

El diagnóstico de linfoma debe hacerse por **biopsia quirúrgica/excisional** de un ganglio linfático o tejido, que aporte suficiente material para muestras fijadas en formalina. Las biopsias core pueden ser apropiadas como único examen diagnóstico, en raros casos que requieran tratamiento de urgencia.

El diagnóstico histológico debe basarse en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud⁶ con estudio de inmunohistoquímica mínimo.

Una vez confirmado el diagnóstico, el paciente debe iniciar la etapificación para realizar la clasificación clínica. Aproximadamente el 50 % de los pacientes se hospitaliza, dependiendo de su estado general o presencia de complicaciones.

Se instalará catéter venoso central con bolsillo subcutáneo o bien central de inserción periférica, en todo paciente de difícil acceso venoso **o enfermedad de alto riesgo**. Es indispensable realizar radiografía de tórax para verificar ubicación del acceso venoso.

Mientras el paciente esté hospitalizado (cama integral), y durante la quimioterapia ambulatoria, se efectuará curación diaria del catéter.

Durante el curso de la neutropenia febril de alto riesgo (25% de los casos pueden presentarla dependiendo del tipo de ciclo de quimioterapia), será hospitalizado en sala de aislamiento.

Todas las personas recibirán tratamiento para el dolor, si así fuese necesario.
Grado de Recomendación B.

⁵ Norma General Técnica N°74 Cáncer del Adulto; Protocolos Nacionales PANDA, resolución exenta N°46 del 31 de Enero 2005. Dpto. de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud.

⁶ WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue by Steven H. Swerdlow, Elias Campo, Nancy Lee Harris, and Elaine S. Jaffe. Octubre 2008.

Etapificación

Esta etapa debe ser efectuada en centros especializados.

Grado de Recomendación B.

La etapificación se realiza a través de exámenes de laboratorio, imágenes e histología.

1. Exámenes de laboratorio:

Hemograma, creatinina, perfil hepático, Deshidrogenasa Láctica (LDH), nitrógeno ureico, calcio, fósforo, proteinemia total, albúmina, beta 2 microglobulina.

Electroforesis de proteínas y cuantificación de inmunoglobulinas.

2. Estudio Imagenológico⁷:

- Radiografía de Tórax
- Tomografía Axial Computarizada de tórax.
- Tomografía Axial Computarizada de abdomen y pelvis.
- Cintigrama óseo según corresponda y PET/scan, sólo cuando corresponda
- Linfoma SNC:
 - TC cerebro.
 - RNM, esta última sólo si es necesario.
- Linfoma óseo:
 - Cintigrama óseo.
 - RNM.

Indicaciones de PET/CT en linfoma. Según el último consenso del grupo internacional del linfoma⁸, el PET/CT, está recomendado (no obligatorio), en:

- Etapificación del linfoma no Hodgkin de células grandes B (LDCGB) y el linfoma de Hodgkin (LH). En linfoma folicular, linfoma del manto y otros tipos histológicos está recomendado cuando el objetivo de tratamiento, es la remisión completa.
 - Evaluación de respuesta después del tratamiento, en LDCGB y LH, especialmente en aquellos pacientes con masa residual mayor 2 cm en su diámetro mayor, en mediastino o abdomen, dada la capacidad de distinguir viabilidad tumoral de necrosis o fibrosis. El PET positivo debe confirmarse con biopsia para toma de decisiones, ya que existen falsos positivos.
- Grado de Recomendación B.

3. Estudio histopatológico:

- Biopsia quirúrgica/excisional de ganglio o tejido.
- Biopsia ósea por punción.
- Inmunohistoquímica de la biopsia de ganglio o tejido y de la biopsia ósea siempre que esté comprometida.

⁷ **Consenso Estudio Imagenológico en Linfoma:** Dras. Alejandra Pizarro G. Sociedad Chilena de Radiología, Claudia Ortega M. Sociedad Chilena de Radiología, M. Elena Cabrera C. Encargada protocolo linfomas, Programa Cáncer del Adulto, Enf. M. Lea Derio. Encargada Programa Cáncer del Adulto Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud.

⁸ Cheson BD, Pfister B, Juweid ME, Gascoyne RD, Specht L, Horning SJ, Coiffier B, Fisher RI, Hagenbeek A, Zucca E., Rosen ST, Stroobants S, Lister TA, Hoppe RT, Dreyling M, Tobinai K, Vose JM., Connors JM., Federico M, and Diehl V. *Revised Response Criteria for Malignant Lymphoma.* J Clin Oncol 2007; 25:579-586.

4. Estudio Citológico

- Mielograma.
- Citología de derrames.

5. Otros Estudios:

- Estudio de inmunofenotipo en líquidos y sangre periférica, sólo si están comprometidos, por citometría de flujo, con determinación de antígenos para linfocitos de estirpe B y/o T.
- Estudios de genética molecular:
 - PCR o RT-PCR, en todos los casos que sea necesario.
 - FISH en algunos casos específicos, en tejido fresco o en bloques de parafina.
- Estudios serológicos para VIH y HTLV-1, este último solo en linfomas T.
- Linfomas digestivos y amígdala:
 - Endoscopia digestiva alta o baja, biopsia, test de ureasa.

Obtenidos los resultados de los exámenes anteriores debe procederse a la clasificación clínica, que debe hacerse de acuerdo al sistema de Ann Arbor.

LINFOMA DE HODGKIN y NO HODGKIN (Ann Arbor)	
Etapa*	Criterio
I	Una sola región ganglionar o sitio extralinfáticos. (IE).
II	≥ 2 regiones ganglionares al mismo lado del diafragma o un órgano extralinfáticos y sus ganglios linfáticos regionales al mismo lado del diafragma (IIE).
III	Ganglios a ambos lados del diafragma, incluido el bazo.
IV	Compromiso de uno o más sitios extralinfáticos (ej. médula ósea, pulmón, hígado) y compromiso ganglionar distante (no regional).
*Subclasificación E indica compromiso extranodal adyacente a un ganglio (ej, enfermedad de ganglios mediastínicos e hiliares con infiltración pulmonar adyacente, se clasifica como etapa IIE). La etapa puede ser A, para indicar la ausencia o B la presencia de síntomas constitucionales (baja peso, fiebre o sudoración nocturna). Estos ocurren generalmente en etapas III y IV (20-30%); el sufijo X se usa en enfermedad voluminosa o "bulky", > 10 cm diámetro máximo o > 1/3 de diámetro torácico en Rx. tórax.	

Para propósitos pronósticos, es indispensable considerar:

- Edad.
- Etapa clínica.
- Número de sitios extranodales comprometidos.
- Hemograma.

- Albúmina.
- LDH.
- Performance status.

Antecedentes útiles tanto para LH y muy en especial para los LNH indolentes y agresivos.

Confirmado el diagnóstico, el hematólogo tratante debe informar al paciente sobre su diagnóstico, objetivos, alternativas, riesgos y beneficios. Consentimiento informado. Grado de Recomendación B.

El paciente y su familia deben recibir apoyo psicosocial.
Grado de Recomendación B.

3.1.3 Tratamiento

El tratamiento estándar va a depender de:

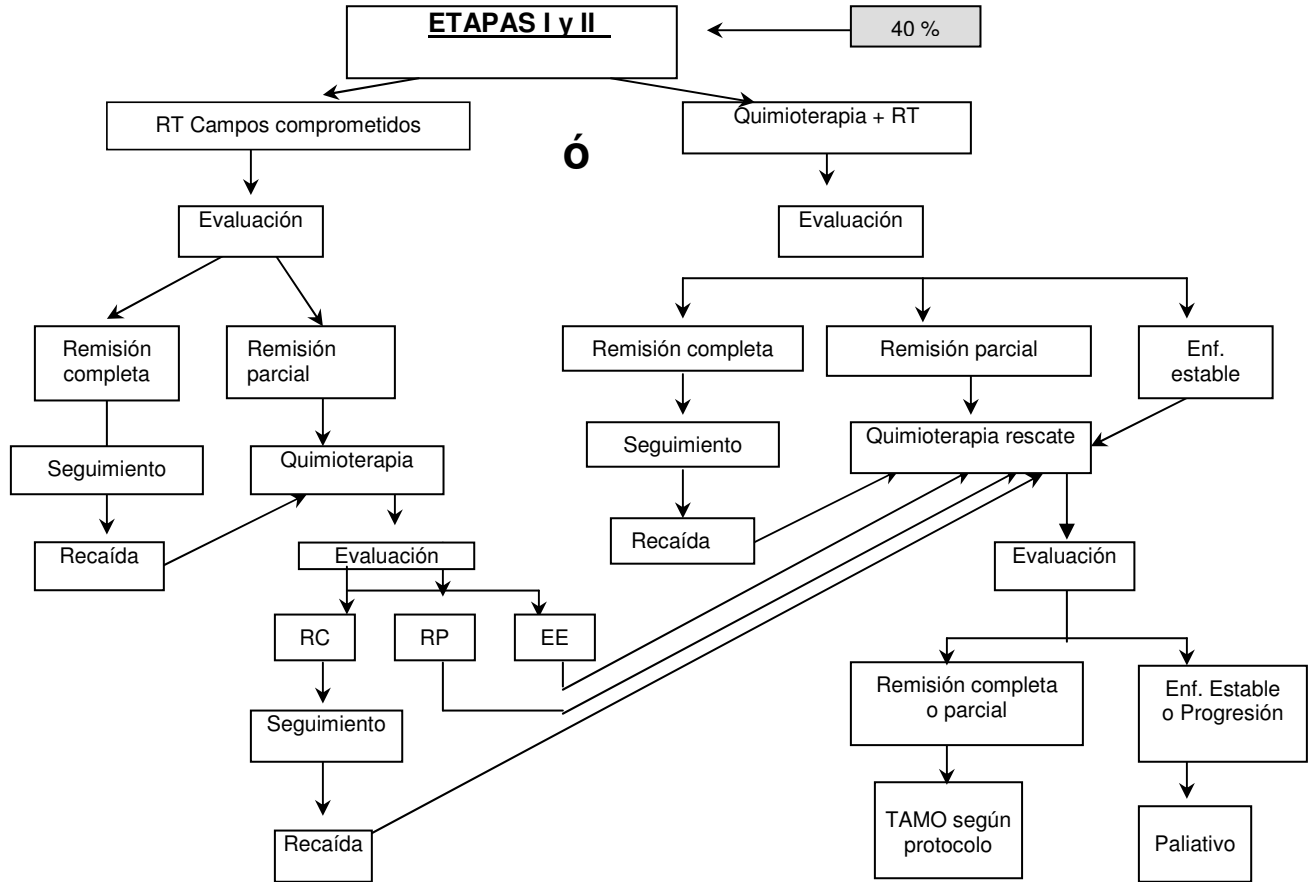
1. Subtipo histológico: LH y LNH. Entre los LNH, los subtipos de alta agresividad y de comportamiento indolente.
2. Estadio: I-II frente a III-IV (localizados vs avanzados)
3. Otros factores pronósticos.

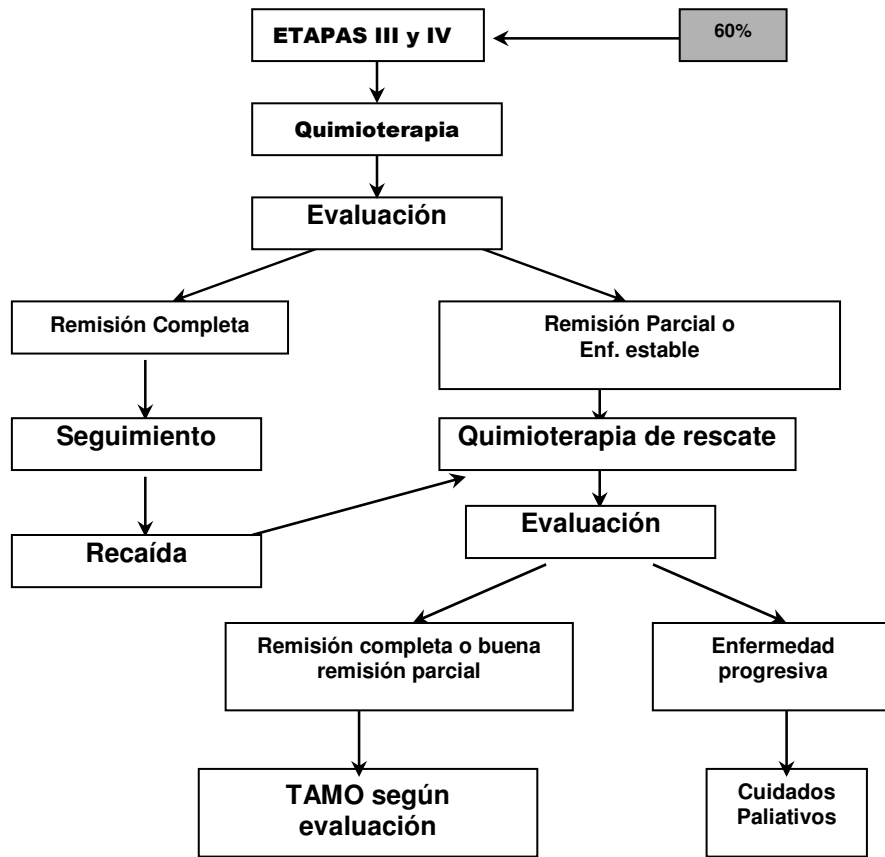
Indispensable discusión en comité hemato oncológico situaciones complejas.

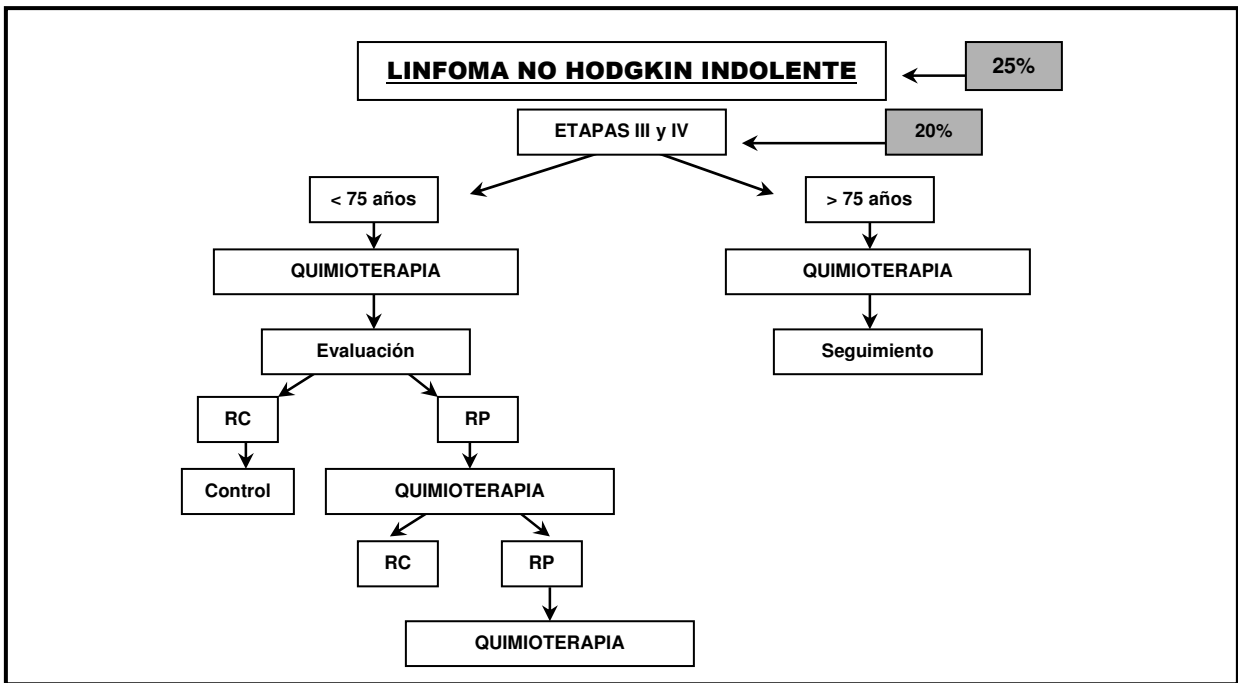
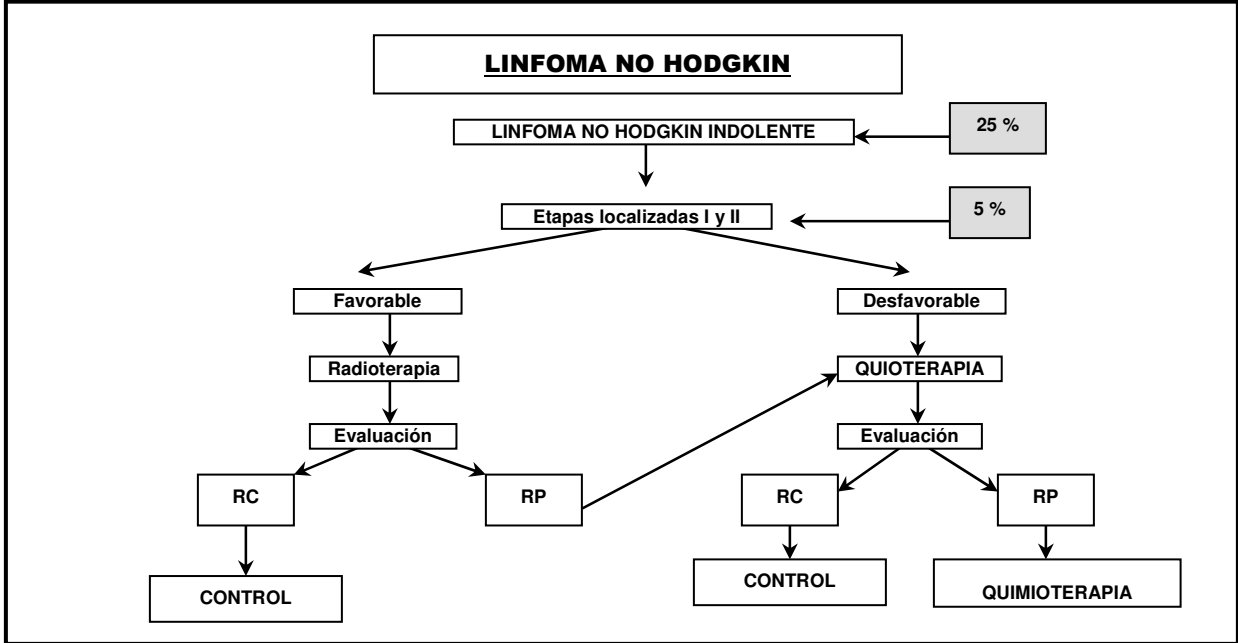
El tratamiento comprende:

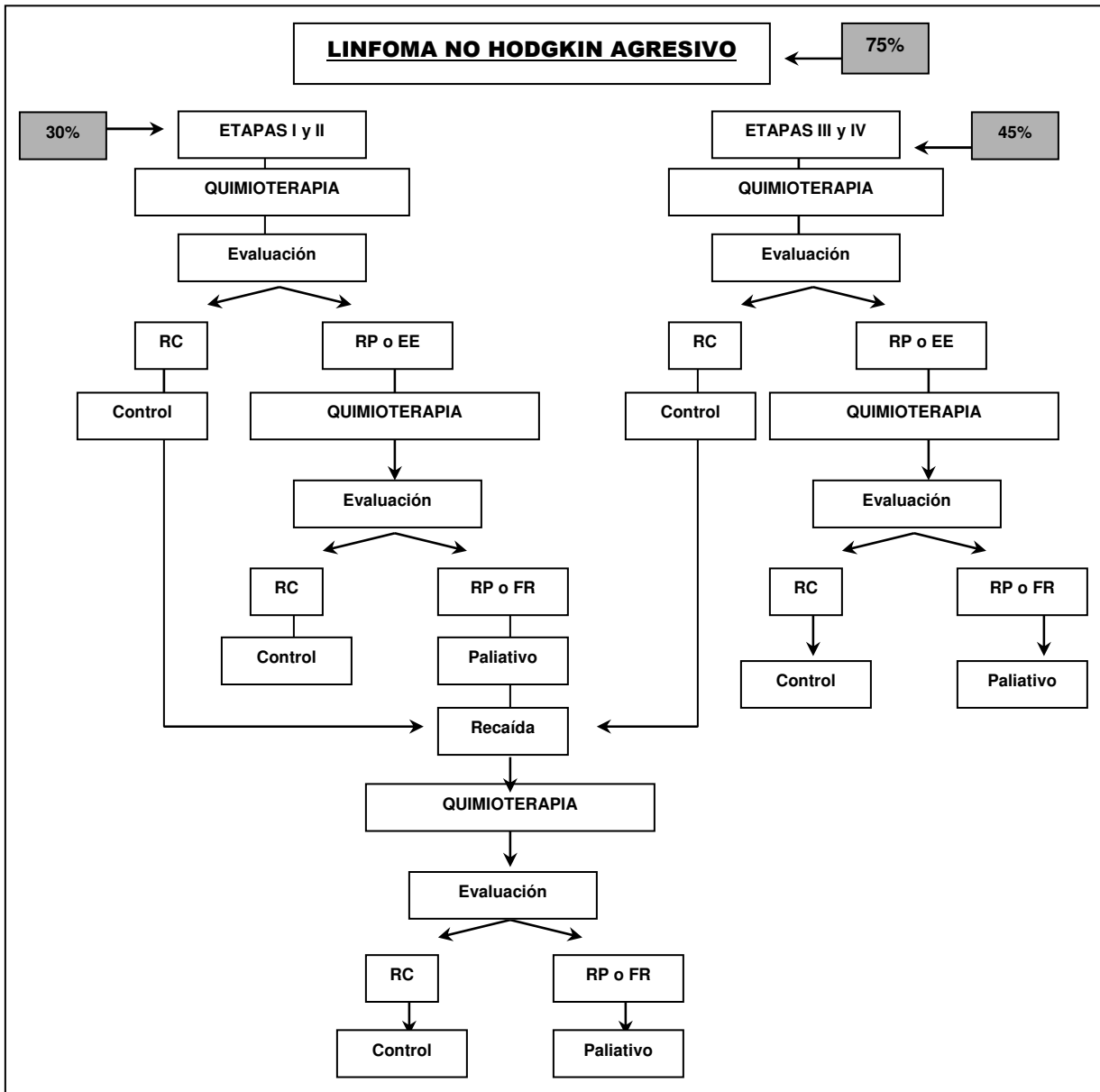
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- En casos seleccionados, Trasplante de progenitores hematopoyéticos.

ALGORITMOS DE TRATAMIENTO LINFOMA DE HODGKIN









La quimioterapia es el tratamiento de elección.

La radioterapia se utiliza en casos seleccionados, lo mismo que el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Todos los tratamientos se efectuarán en centros especializados debidamente autorizados para su ejecución.

Previo a cualquiera de los tratamientos: es indispensable la evaluación odontológica y el control con el hematólogo, quien efectuará examen físico, revisión de exámenes e

imágenes e iniciará el proceso de consentimiento informado.

TRATAMIENTO

Previo al inicio del tratamiento con quimioterapia, todos los pacientes deben ser controlados por hematólogo con hemograma e imágenes (TC), según corresponda. El control por hematólogo con hemograma es indispensable previo al inicio de cada ciclo de QT.

Los pacientes con problemas de acceso venoso o enfermedad de alto riesgo es necesario instalar un catéter central de inserción periférica o con bolsillo subcutáneo. Si se opta por acceso venoso con bolsillo subcutáneo el procedimiento debe ser efectuado por cirujano en pabellón tanto la inserción como el retiro del mismo. Posterior a la instalación de catéter, es indispensable efectuar una Rx de tórax de control para verificar la ubicación del catéter.

Grado de Recomendación C.

A. Linfoma de Hodgkin^{9,10}

La quimioterapia está indicada en todas las etapas clínicas, localizadas y avanzadas. En las primeras, puede o no asociarse a radioterapia de sitios comprometidos.

El esquema más utilizado es el ABVD, 4-6 ciclos, dependiendo de la etapa clínica. En casos avanzados también se utiliza el esquema BEACOPP.

B. Linfoma no Hodgkin^{11;12;13;14}

El estudio inmunohistoquímico es esencial para determinar el subtipo celular, ya que el pronóstico y tratamiento dependen de si se trata de un linfoma indolente o agresivo, tiene origen celular B, T o NK/T.

La quimioterapia está indicada en todas las etapas clínicas.

Los esquemas más utilizados son el CHOP, COP, CHOEP, R-CHOP, R-COP, R-CHOEP, hiper CVAD.

▪ Subtipos de LNH

⁹ Duggan DB, Petroni GR, Johnson JL, Glick JH, Fisher RI, Connors JM, et al. Randomized comparison of ABVD and MOPP/ABV hybrid for the treatment of advanced Hodgkin's disease: report of an intergroup trial. *J Clin Oncol* 2003;21:583-585.

¹⁰ Diehl V, Franklin J, Pfreundschuh M, Lathan B, Paulus U, Hasenclever D, et al. On behalf of the German Hodgkin's Lymphoma Study Group. Standard and increased-dose BEACOPP chemotherapy compared with COPP-ABVD for advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med* 2003;348:2386-95.

¹¹ Fisher RI, Gaynor ER, Dahlborg S, et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 1993; 328: 1002-1006

¹² Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med* 2002;346: 23-42.

¹³ Feugier P, Van Hoof A, Sebban C, Solal-Celigny P, Bouabdallah R, Fermé C, et al. Long-term results of the R-CHOP study in the treatment of elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma: a study by the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. *J Clin Oncol* 2005; 23:4117-26

¹⁴ Pfreundschuh MG, Trumper D, Ma A, et al. Randomized intergroup trial of the first-line treatment for patients ≤ 60 years with diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma (DLBCL) with a CHOP-like regimen with or without the anti-CD 20 antibody rituximab - early stopping after the first interim analysis. *J Clin Oncol* 2004; 23, Suppl 14: 6500a (abstr).

Linfomas de estirpe B

El tratamiento depende de la histología, ya que puede tratarse de linfomas indolentes o agresivos.

Los linfomas indolentes B, que representan aproximadamente un 25-30% de los linfomas no Hodgkin, se tratan con quimioterapia con o sin anticuerpos monoclonales anti CD20 o rituximab, con esquemas COP, R-COP, CHOP, R-CHOP o clorambucil.

Puede ser útil rituximab de mantención, después de lograr la remisión del linfoma.

La adición de rituximab a la quimioterapia en primera línea, ha logrado aumentar el tiempo libre de recaída al doble, 15 a 31 meses, aunque no está claro si aumenta la sobrevida global, que actualmente es de alrededor de 60% a 10 años. Debe evaluarse caso a caso en comité de hematología oncológica.

Los linfomas MALT¹⁵ de ubicación gástrica asociados a *Helicobacter pylori*, se tratan inicialmente con antibióticos, para lograr la erradicación del germen. En la mayoría de los casos se logra regresión total del linfoma y no requieren un tratamiento adicional. Si no hay respuesta, la indicación es radioterapia o quimioterapia, igual que la mencionada anteriormente en linfomas indolentes. La sobrevida es de 80% a 10 años.

El linfoma del manto que representa aproximadamente 6% de los linfomas no Hodgkin, se trata con los mismos esquemas antes mencionados, como CHOP, R-CHOP o hiper CVAD, aunque con alto riesgo de recaída. La sobrevida observada es de 3 años.

Los linfomas agresivos B que representan el 40-50% de los linfomas no Hodgkin, se tratan con quimioterapia asociada a anticuerpo monoclonal anti CD20 o rituximab. La asociación ha mejorado la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global, en comparación con la quimioterapia sola, en 18 y 15%, respectivamente.

Los esquemas mas utilizados son R-CHOP o R-CHOEP.

La sobrevida ha aumentado de 30 a 50% a 5 años.

El linfoma de Burkitt^{16,17} subtipo poco frecuente (1-5%) se trata con esquemas cortos pero intensos, tales como hiper CVAD, CODOX-M, IVAC, con o sin rituximab, u otros protocolos adaptados de esquemas pediátricos.

La sobrevida a 3 años se ha elevado a 70-80%.

El linfoma de zona marginal/leucemia de células vellosas¹⁸ se trata en primera

¹⁵ Wotherspoon AC, Dogliani C, Diss TC, Pan L, Moschini A, de Boni M, Issacson PG. Regression of primary low-grade B-cell gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after eradication of *Helicobacter pylori*. *Lancet* 1993;342:575-77.

¹⁶ Magrath I, Adde M, Shad A, et al: Adults and children with small non-cleaved cell lymphoma have a similar excellent outcome when treated with the same chemotherapy regimen. *J Clin Oncol* 1998, 14:925-934,

¹⁷ Mead GM, Sydes MR, Walewski J, et al: An international evaluation of CODOX-M and CODOX-M alternating with IVAC in adult Burkitt's lymphoma: Results of United Kingdom Lymphoma Group LY06 study. *Ann Oncol* 2002; 13:1264-1274,.

¹⁸ Jehn U, Bartl R, Dietzfelbinger H, Haferlach T, Heinemann V. An update: 12-year follow-up of patients with hairy cell

línea con análogos de purinas como cladribina o pentostatina¹⁹.

Tiene una excelente sobrevida, mayor a 80% a 10 años.

Linfomas T²⁰ y NK/T.

No existe un tratamiento específico, por lo tanto el tratamiento más utilizado es la radioterapia y el esquema CHOP.

Linfoma cutáneo²¹

En cuanto a los tipos de linfoma cutáneos existen múltiples clasificaciones (EORTC, Isaacson y Norton, REAL, Organización Mundial de la Salud). Existen varias opciones terapéuticas, desde PUVA, bexaroteno, radioterapia local, radioterapia corporal total con haz de electrones o quimioterapia sistémica como clorambucil, metotrexato, COP, CHOP o fludarabina, dependiendo de la etapa clínica.

Factor estimulante de colonias

El uso de Factor Estimulante de colonias (FEC) es efectivo para reducir la intensidad de la neutropenia febril de alto riesgo.

La radioterapia se utiliza en casos seleccionados de linfomas agresivos en etapas localizadas o linfomas MALT gástricos localizados que no responden a la erradicación de HP o son HP negativos. También en casos de compresión de órganos o como terapia paliativa.

C. Recaída de linfoma^{22;23;24}

Los pacientes que presentan recaída, deben confirmarse con biopsia y efectuar etapificación completa (igual que al diagnóstico).

Finalizada la etapificación se debe iniciar el tratamiento con el protocolo de recaída.

Grado de Recomendación B.

Pueden tratarse con quimioterapia nuevamente y aquellos que responden, puede plantearse el trasplante autólogo de Medula Ósea, que ofrece una buena alternativa de tratamiento en personas jóvenes correctamente etapificadas.

Esta alternativa siempre debe evaluarse en comité de trasplante, (TPH)

Grado de Recomendación A.

Los esquemas de quimioterapia más usados para linfoma indolentes incluyen análogos de las purinas como fludarabina, rituximab solo o asociado a quimioterapia, como

leukemia following treatment with 2-chlorodeoxyadenosine. Leukemia 2004;18:1476-81.

¹⁹ No disponible en el mercado nacional.

²⁰ Cabrera, ME et al. Leucemia linfoma T del adulto en Chile.: Estudio clínico-patológico y molecular de 26 pacientes. Rev. méd. Chile, Santiago, v. 127, n. 8, 1999.

²¹ Querfield et al. Primary cutaneous lymphomas: a review with current treatment options. Blood Review. 2003, 17: 131-142

²² Rodríguez-Monge EJ, Cabanillas F. Long term follow-up of platinum-based lymphoma salvage regimens. The MD Anderson Cancer Center experience. Hematol Oncol Clin North Am. 1997;11: 937-47.

²³ Seymour JF, Grigg AP, Szer J, Fox RM. Fludarabine and mitoxantrone: effective and well tolerated salvage therapy in relapsed indolent lymphoproliferative disorders. Ann Oncol 2001; 12: 1455-60.

²⁴ Forstpointner R, Hanel A, Repp R, Hermann S, Metzner B, Pott C, et al. Increased response rate with rituximab in relapsed and refractory follicular and mantle cell lymphomas- results of a randomized study of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. Dtsch Med Wochenschr. 2002; 127: 2253-8.

mitoxantrona, fludarabina, ciclofosfamida, (FMC) y para linfomas agresivos como esquemas ESHAP/MINE, ICE, RICE.

El tratamiento de mantención con rituximab²⁵, en pacientes con linfoma folicular en segunda remisión completa, ha demostrado prolongación del periodo libre de recaída. Su indicación requiere de comité hemato oncológico.

Grado de Recomendación C.

El rituximab de mantención, no ha mostrado utilidad en linfomas agresivos.

El trasplante de progenitores hematopoyéticos autólogo en linfomas es un tratamiento estándar para pacientes con LH²⁶ en segunda remisión o pacientes con muy buena primera remisión completa. Es posible lograr curación, en alrededor de la mitad de los casos. Igualmente ocurre en pacientes con linfoma no Hodgkin agresivos en segunda remisión. En cambio, en pacientes de alto riesgo en primera línea permanece experimental.

La indicación de trasplante de progenitores hematopoyéticos autólogo, debe ser discutida en comité hemato oncológico o Subcomisión de trasplante.

El uso de Factor Estimulante de colonias (FEC) es efectivo para reducir la intensidad de la neutropenia febril de alto riesgo.

La educación al paciente y su familia, disminuye el estrés y mejora la adhesividad al tratamiento.

Grado de Recomendación B.

Todos los pacientes deben ser evaluados en la mitad y al término del tratamiento con quimioterapia, control con hematólogo, hemograma e imágenes (TC), según corresponda y biopsia de médula ósea, si esta era positiva al diagnóstico.

En los pacientes en recaída, es recomendable mantener coordinación con el equipo de cuidados paliativos con el fin de apoyar al paciente y también a su familia ante el gran estrés que provoca el tratamiento y ofrecer en todo momento alternativas paliativas y alivio del dolor.

Grado de Recomendación B.

²⁵ Vidal L et al. Rituximab Maintenance for the Treatment of Patients With Follicular Lymphoma: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *J Natl Cancer Inst* 2009;101: 248 – 255.

²⁶ Tarella C, Cuttica A, Vitolo U, Liberati M, Di Nicola M, Cortelazzo S, et al. High-dose sequential chemotherapy and peripheral blood progenitor cell autografting in patients with refractory and/or recurrent Hodgkin's lymphoma: a multicenter study of the intergruppo Italiano Linfoma showing prolonged disease free survival in patients treated at first recurrence. *Cancer* 2003;97:2748-59.

3.2 Seguimiento y Rehabilitación

Es aconsejable el seguimiento prolongado, ya que existe riesgo de recaída o desarrollar un segundo cáncer, en sitios de radioterapia o mielodisplasia y/o leucemias secundarias
Grado de Recomendación B.

Debe iniciarse a los 30 días de finalizado el tratamiento. Considera el control médico especialista y exámenes de laboratorio y radiológicos según necesidad.

La educación al paciente y familia, es indispensable para mejorar la adhesividad al tratamiento y seguimiento.

Grado de Recomendación B.

Durante el tratamiento

- Control clínico, hemograma y VHS antes de cada ciclo de quimioterapia.
- Hemograma semanal o quincenal durante la Radioterapia.
- Evaluación bioquímica y radiológica cada 3 meses.

Al finalizar el tratamiento:

- Se repetirá la evaluación bioquímica y radiológica, incluyendo las biopsias que estaban alteradas al comienzo. Se excluye las biopsias negativas. De acuerdo a esta evaluación, los enfermos serán clasificados según los criterios de respuesta.

Terminado el Tratamiento:

- Primer año (Grado de Recomendación A) :
 - Control clínico y hematológico mensual.
 - Control bioquímico cada 3 meses.
 - Seguimiento telefónico por enfermera de oncología 1 vez al año.
- Segundo al Quinto año:
 - Control clínico y hematológico cada cuatro meses.
 - Control bioquímico cada 6 meses.
- Después del Quinto año y por vida:
 - Control clínico y hematológico anual.

Situaciones especiales durante el seguimiento

- Evaluación de la glándula tiroides y la función tiroídea (TSH) en pacientes que han recibido radioterapia de cuello, anualmente.

Grado de **Recomendación A**.

En pacientes con déficit demostrado de TSH por exámenes de laboratorio está recomendada la administración de hormona tiroídea.

- Pacientes que han recibido radioterapia de mediastino, evaluar la posibilidad de cáncer de mama secundario, con examen clínico en < 40 años. (Grado de **Recomendación A**) y mamografía después de esa edad (Grado de **Recomendación C**).

Se ha eliminado los exámenes imagenológicos de control (incluido los TC) durante el seguimiento, dado que no se ha demostrado mejoría en el pronóstico con la detección temprana de una recaída usando imágenes.

La historia clínica y el examen físico continúan siendo la forma estándar de seguimiento.

4. DESARROLLO DE LA GUÍA

La presente Guía Clínica tomó como referencia los protocolos oficiales para el estudio y tratamiento del linfoma del Programa de Cáncer del adulto PANDA⁶, del Ministerio de Salud.

4.1 Grupo de trabajo

Los siguientes profesionales aportaron a la elaboración de esta guía. El Ministerio de Salud reconoce que algunas de las recomendaciones o la forma en que han sido presentadas pueden ser objeto de discusión, y que éstas no representan necesariamente la posición de cada uno de los integrantes de la lista.

Linfoma de Hodgkin	
Dr. Hernán García L.	Hematólogo Hospital San Borja Arriarán

Linfoma no Hodgkin	
Dra. M. Elena Cabrera C.	Hematóloga Hospital del Salvador Coordinadora Subcomisión Hematología oncológica, Unidad de Cáncer MINSAL

Jefe Subcomisión Trasplante Médula Ósea Adulto	
Dra. Bárbara Puga L.	Jefe Subcomisión Trasplante Médula Ósea Adulto Hematóloga Hospital del Salvador

CONSENSO ESTUDIO IMAGENOLÓGICO EN LINFOMA	
Representantes de la Sociedad Chilena de Radiología	
Dra. Alejandra Pizarro G	Radióloga
Dra. Claudia Ortega M.	Radióloga

Representantes de la Sociedad Chilena de Anatomía Patológica	
Dra. Leonor Moyano	Hospital Clínico U. De Chile, Servicio de Anatomía Patológica, SAP.
Dr. Sergio González,	Servicio de Anatomía Patológica, SAP. H. Clínico PUC
Dra. Virginia Martínez	Unidad de Anatomía Patológica, UAP. Clínica Sta. María

Representante de la Sociedad Chilena de Hematología	
Dr. Pablo Bertin C.	Hematólogo, H. Clínico P. Universidad Católica

Dra. Gloria Ramírez	Ministerio de Salud M.Sc. International Health Management & Development U. Birmingham UK Certificate Health Technology Assessment Certificate Evidence Based Health Care University of Oxford, U. Kingdom
---------------------	--

Coordinadora del grupo de trabajo	
Enf. M Lea Derio P.	Encargada Programa Cáncer del Adulto Unidad de Cáncer, Departamento Enfermedades No Transmisibles División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud

FONASA	
Sr. Nelson Guajardo	Departamento de Comercialización

Ministerio de Salud	
Sra. Patricia Fuentes	División Integración de Redes Departamento de Redes de Alta Complejidad Unidad de Redes Oncología
Dr. Miguel Araujo	Secretaría Técnica GES MINSAL
Dra. Dolores Tohá	Secretaría Técnica GES División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud

Diseño y diagramación de la Guía

*Lilian Madariaga S. Secretaría Técnica GES
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud*

4.2 Declaración de conflictos de interés

Ninguno de los participantes ha declarado conflicto de interés respecto a los temas abordados en la guía.

Fuente de financiamiento: El desarrollo y publicación de la presente guía han sido financiados íntegramente con fondos estatales.

4.3 Revisión sistemática de la literatura

Se realizó una revisión y síntesis de literatura secundaria que incluyó revisiones sistemáticas, guías clínicas e informes de evaluación de tecnologías sanitarias en relación a linfomas en el período 1998-2005, la que fue complementada con las revisiones y estudios originales relevantes publicados durante el 2008-2009. Los detalles de esta revisión se publican por separado.

4.4 Formulación de las recomendaciones

Las recomendaciones se hicieron a través de reuniones de consenso simple con los especialistas ya mencionados, tomando como referencia los protocolos del Programa de cáncer del adulto existentes, la síntesis de evidencia, y una primera propuesta de guía formulada por la Dra. Gloria Ramírez D.

4.5 Vigencia y actualización de la guía

Plazo estimado de vigencia: dos años desde la fecha de publicación.

Esta guía es una actualización de aquella formulada el año 2005 y será sometida a revisión cada vez que surja evidencia científica relevante, y como mínimo, al término del plazo estimado de vigencia.

5. IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA

5.1 Diseminación

Se publicará una versión resumida (Versión de bolsillo) de la guía.

5.2 Evaluación del cumplimiento de la guía

Se recomienda evaluar la adherencia a las recomendaciones de la presente guía y los desenlaces de los pacientes mediante alguno(s) de los indicadores siguientes:

Indicadores de proceso

- Cumplimiento de garantías explícitas.
- Cobertura de pacientes con linfoma según red de derivación y tasa de incidencia (cada centro)
- Toxicidad durante el tratamiento
- Cumplimiento del seguimiento.

Indicadores de resultado

- Mejoría de la Tasa estandarizada de mortalidad por linfoma.
- Sobrevida según LH y LNH a 2 y 5 años. Global y según estadios.
- Ingresos LH según Estadios I y II vs Estadios III y IV, anual.
- Ingresos LNH según Estadios I y II vs Estadios III y IV, anual.

ANEXO 1: Glosario de Términos

LH	Linfoma Hodgkin
LNH	Linfoma No Hodgkin
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
TPH	Trasplante Progenitores Hematopoyéticos

ANEXO 2: Niveles de evidencia y grados de recomendación

Tabla 1: Niveles de evidencia

Nivel	Descripción
1	Ensayos aleatorizados
2	Estudios de cohorte, estudios de casos y controles, ensayos sin asignación aleatoria
3	Estudios descriptivos
4	Opinión de expertos

Tabla 2: Grados de recomendación

Grado	Descripción⁽¹⁾
A	Altamente recomendada, basada en estudios de buena calidad.
B	Recomendada, basada en estudios de calidad moderada.
C	Recomendación basada exclusivamente en opinión de expertos o estudios de baja calidad.
I	Insuficiente información para formular una recomendación.

Estudios de “buena calidad”: En intervenciones, ensayos clínicos aleatorizados; en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte con análisis multivariado; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar, adecuada descripción de la prueba y ciego. En general, resultados consistentes entre estudios o entre la mayoría de ellos.

Estudios de “calidad moderada”: En intervenciones, estudios aleatorizados con limitaciones metodológicas u otras formas de estudio controlado sin asignación aleatoria (ej. Estudios cuasiexperimentales); en factores de riesgo o pronóstico, estudios de cohorte sin análisis multivariado, estudios de casos y controles; en pruebas diagnósticas, estudios con gold estándar pero con limitaciones metodológicas. En general, resultados consistentes entre estudios o la mayoría de ellos.

Estudios de “baja calidad”: Estudios descriptivos (series de casos), otros estudios no controlados o con alto potencial de sesgo. En pruebas diagnósticas, estudios sin gold estándar. Resultados positivos en uno o pocos estudios en presencia de otros estudios con resultados negativos.

Información insuficiente: Los estudios disponibles no permiten establecer la efectividad o el balance de beneficio/daño de la intervención, no hay estudios en el tema, o tampoco existe consenso suficiente para considerar que la intervención se encuentra avalada por la práctica.

ANEXO 3. Clasificación Histológica, WHO 2008

Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008)

1. Neoplasias de células B maduras

- Leucemia linfática crónica/linfoma linfocítico
- Leucemia prolinfocítica B
- Linfoma esplénico de zona marginal
- Leucemia de células vellosas
- Leucemia/linfoma esplénico células B, inclasificable
 - Linfoma B esplénico difuso de pulpa roja
 - Leucemia de células vellosas variante
- Linfoma linfoplasmocitario (Macroglobulinemia de Waldenström)
- Enfermedad de cadenas pesadas
- Neoplasia de células plasmáticas
 - Gamopatía monoclonal de significado incierto
 - Mieloma
 - Plasmocitoma óseo solitario
 - Plasmocitoma extraóseo
 - Enfermedad depósito inmunoglobulina monoclonal (amiloidosis)
- Linfoma zona marginal extranodal de tejido linfoide asociado a mucosa (linfoma MALT)
- Linfoma nodal de zona marginal
- Linfoma folicular
- Linfoma de centro folicular cutáneo primario
- Linfoma del manto
- Linfoma difuso células grandes B (LDCGB), no especificado
 - Linfoma células grandes B rico en células T/histiocitos
 - LDCGB primario SNC
 - LDCGB cutáneo primario, tipo pierna
 - LDCGB EBV positivo del anciano
- LDCGB asociado a inflamación crónica
- Granulomatosis linfomatoide
- Linfoma 1º mediastino células grandes B
- Linfoma de células grandes B intravascular
- Linfoma de células grandes B ALK positivo
- Linfoma plasmablastico
- Linfoma de células grandes B desarrollado en enfermedad de Castleman asociado a HHV8
- Linfoma 1º derrames
- Linfoma de Burkitt
- Linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre LDCGB y linfoma de Burkitt
- Linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre LDCGB y linfoma de Hodgkin clásico

2. Neoplasias de células T y NK

Neoplasias de precursores T

- Linfoma linfoblástico T
- Neoplasias de células T y NK maduras
- Leucemia prolinfocítica T
- Leucemia de linfocitos T grandes granulares
- Desorden linfoproliferativo crónico de células NK
- Leucemia NK agresiva
- Enfermedad linfoproliferativa T de la niñez, EBV positiva
- Leucemia/Linfoma T del adulto
- Linfoma extranodal T/NK, tipo nasal
- Linfoma T asociado a enteropatía
- Linfoma T hepatoesplénico
- Linfoma T tipo paniculitis subcutánea
- Micosis fungoides
- Síndrome de Sezary
- Linfoma primario cutáneo T, CD30 positivo

- Linfoma T periférico, no especificado
- Linfoma angioinmunoblástico T
- Linfoma anaplásico células grandes
- Linfoma anaplásico células grandes, ALK positivo
- Linfoma anaplásico células grandes, ALK negativo

3. Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia

- Enfermedades linfoproliferativas asociadas a inmunodeficiencia primaria
- Linfomas asociados a infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Desórdenes linfoproliferativos post trasplante (DLPPT)
 - Hiperplasia plasmocítica y desorden post trasplante tipo mononucleosis infecciosa
 - DLPPT polimórfico
 - DLPPT monomórfico
- Desórdenes linfoproliferativos asociados a inmunodeficiencia iatrogénica

4. Linfoma de Hodgkin

- Linfoma de Hodgkin linfocítico nodular
- Linfoma de Hodgkin clásico
 - Linfoma de Hodgkin clásico esclerosis nodular
 - Linfoma de Hodgkin clásico celularidad mixta
 - Linfoma de Hodgkin clásico rico en linfocitos
 - Linfoma de Hodgkin clásico depleción linfocitaria

10 Mature B-cell neoplasms	179	Enteropathy-associated T-cell lymphoma	289
Chronic lymphocytic leukaemia /small lymphocytic lymphoma	180	Hepatosplenic T-cell lymphoma	292
B-cell prolymphocytic leukaemia	183	Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma	294
Splenic marginal zone lymphoma	185	Mycosis fungoides	296
Hairy cell leukaemia	188	Sézary syndrome	299
Splenic B-cell lymphoma/leukaemia, unclassifiable	191	Primary cutaneous CD30 positive T-cell lymphoproliferative disorders	300
Splenic diffuse red pulp small B-cell lymphoma	191	Primary cutaneous peripheral T-cell lymphomas, rare subtypes	302
Hairy cell leukaemia-variant	192	Primary cutaneous gamma-delta T-cell lymphoma	302
Lymphoplasmacytic lymphoma	194	Primary cutaneous CD8 positive aggressive epidermotropic cytotoxic T-cell lymphoma	303
Heavy chain diseases	196	Primary cutaneous CD4 positive small/medium T-cell lymphoma	304
Gamma heavy chain disease	196	Peripheral T-cell lymphoma, NOS	306
Mu heavy chain disease	197	Angioimmunoblastic T-cell lymphoma	309
Alpha heavy chain disease	198	Anaplastic large cell lymphoma, ALK positive	312
Plasma cell neoplasms	200	Anaplastic large cell lymphoma, ALK negative	317
Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)	200	12 Hodgkin lymphoma	321
Plasma cell myeloma	202	Introduction	322
Solitary plasmacytoma of bone	208	Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma	323
Extrasosseous plasmacytoma	208	Classical Hodgkin lymphoma, introduction	326
Monoclonal immunoglobulin deposition diseases	209	Nodular sclerosis classical Hodgkin lymphoma	330
Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT lymphoma)	214	Mixed cellularity classical Hodgkin lymphoma	331
Nodal marginal zone lymphoma	218	Lymphocyte-rich classical Hodgkin lymphoma	332
Follicular lymphoma	220	Lymphocyte-depleted classical Hodgkin lymphoma	334
Primary cutaneous follicle centre lymphoma	227	13 Immunodeficiency-associated lymphoproliferative disorders	335
Mantle cell lymphoma	229	Lymphoproliferative diseases associated with primary immune disorders	336
Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), NOS	233	Lymphomas associated with HIV infection	340
T cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma	238	Post-transplant lymphoproliferative disorders (PTLD)	343
Primary DLBCL of the CNS	240	Plasmacytic hyperplasia and infectious-mononucleosis-like PTLD	345
Primary cutaneous DLBCL, leg type	242	Polymorphic PTLD	346
EBV positive DLBCL of the elderly	243	Monomorphic PTLD	347
DLBCL associated with chronic inflammation	245	Classical Hodgkin lymphoma type PTLD	349
Lymphomatoid granulomatosis	247	Other iatrogenic immunodeficiency-associated lymphoproliferative disorders	350
Primary mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma	250	14 Histiocytic and dendritic cell neoplasms	353
Intravascular large B-cell lymphoma	252	Introduction	354
ALK positive large B-cell lymphoma	254	Histiocytic sarcoma	356
Plasmablastic lymphoma	256	Tumours derived from Langerhans cells	358
Large B-cell lymphoma arising in HHV8-associated multicentric Castleman disease	258	Langerhans cell histiocytosis	358
Primary effusion lymphoma	260	Langerhans cell sarcoma	360
Burkitt lymphoma	262	Interdigitating dendritic cell sarcoma	361
B-cell lymphoma, unclassifiable, with features intermediate between DLBCL and Burkitt lymphoma	265	Follicular dendritic cell sarcoma	363
B-cell lymphoma, unclassifiable, with features intermediate between DLBCL and classical Hodgkin lymphoma	267	Other rare dendritic cell tumours	365
11 Mature T- and NK-cell neoplasms	269	Disseminated juvenile xanthogranuloma	366
T-cell prolymphocytic leukaemia	270	Contributors	369
T-cell large granular lymphocytic leukaemia	272	Clinical advisory committee	374
Chronic lymphoproliferative disorder of NK cells	274	Source of charts and photographs	376
Aggressive NK cell leukaemia	276	References	380
Epstein-Barr virus (EBV) positive T-cell lymphoproliferative diseases of childhood	278	Subject index	429
Systemic EBV+ T-cell lymphoproliferative disease of childhood	278		
Hydroa vacciniforme-like lymphoma	280		
Adult T-cell leukaemia/lymphoma	281		
Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type	285		
		NOS, not otherwise specified	

ANEXO 4. Evaluación de calidad de vida durante el tratamiento

Questionario EORTC sobre calidad de vida QLQ C30 La versión validada en castellano del QLQ-C30 (versión 3.0)



EORTC QLQ-C30 (version 3)

We are interested in some things about you and your health. Please answer all of the questions yourself by circling the number that best applies to you. There are no "right" or "wrong" answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

Please fill in your initials:

Your birthdate (Day, Month, Year):

Today's date (Day, Month, Year): 31

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
1. Do you have any trouble doing strenuous activities, like carrying a heavy shopping bag or a suitcase?	1	2	3	4
2. Do you have any trouble taking a long walk?	1	2	3	4
3. Do you have any trouble taking a short walk outside of the house?	1	2	3	4
4. Do you need to stay in bed or a chair during the day?	1	2	3	4
5. Do you need help with eating, dressing, washing yourself or using the toilet?	1	2	3	4
During the past week:				
	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
6. Were you limited in doing either your work or other daily activities?	1	2	3	4
7. Were you limited in pursuing your hobbies or other leisure time activities?	1	2	3	4
8. Were you short of breath?	1	2	3	4
9. Have you had pain?	1	2	3	4
10. Did you need to rest?	1	2	3	4
11. Have you had trouble sleeping?	1	2	3	4
12. Have you felt weak?	1	2	3	4
13. Have you lacked appetite?	1	2	3	4
14. Have you felt nauseated?	1	2	3	4
15. Have you vomited?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the past week:		Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
16.	Have you been constipated?	1	2	3	4
17.	Have you had diarrhea?	1	2	3	4
18.	Were you tired?	1	2	3	4
19.	Did pain interfere with your daily activities?	1	2	3	4
20.	Have you had difficulty in concentrating on things, like reading a newspaper or watching television?	1	2	3	4
21.	Did you feel tense?	1	2	3	4
22.	Did you worry?	1	2	3	4
23.	Did you feel irritable?	1	2	3	4
24.	Did you feel depressed?	1	2	3	4
25.	Have you had difficulty remembering things?	1	2	3	4
26.	Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>family</u> life?	1	2	3	4
27.	Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>social</u> activities?	1	2	3	4
28.	Has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?	1	2	3	4

For the following questions please circle the number between 1 and 7 that best applies to you

29. How would you rate your overall health during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor

Excellent

30. How would you rate your overall quality of life during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor

Excellent

ANEXO 5. Propuesta para consenso²⁷

BIOPSIA GANGLIONAR

Protocolo

- I. Manipulación de muestras
- II. Procesamiento anatomopatológico
- III. Clasificación histológica
- IV. Factores pronósticos - inmunohistoquímica

Protocolo Procesamiento

Características de la muestra:

Se recomienda al equipo de cirugía especial atención en la toma de la muestra y la clara identificación de la zona de lesión.

1. Debe incluir el ganglio completo o bien 1 ó más linfonodos representativos de la lesión. (idealmente el hematólogo debería marcar la zona). Este aspecto es relevante si tiene un tamaño menor o igual a dos cm.
Ganglios fragmentados o atricionados dificultan la interpretación morfológica.
2. Si el ganglio se recibe en FORMALINA al 10% tamponada o neutra, debe:
 - a) Enviarse en no más de **48 horas a Anatomía Patológica**.
 - b) Si el diámetro es más de 1 cm debe seccionarse a la mitad.
 - c) El volumen del fijador debe ser en proporción 10/ a1.
 - d) Enviarse en recipiente hermético, irrompible y claramente etiquetado.
 - e) Si es menos de 1 cm, debe **SECCIONARSE** en láminas de 3 mm para permitir una fijación adecuada.
 - f) No colocar ganglio completo. La capsula ganglionar es densa por tanto interfiere en la fijación de la porción central del ganglio, dado que sufre autólisis cuando éste se fija entero.
3. Si el ganglio se recibe en estado FRESCO, debe:
 - a) **Enviarse precozmente a Anatomía patológica esto es, en menos de 1 hora.**
 - b) Se debe seccionar en cortes de 2 a 3 mm, perpendiculares al eje mayor.
 - c) Efectuar cuatro impronta en la superficie del corte en portaobjetos lavados en alcohol.
 - d) Fijar en metanol y teñir dos de ellos con hematoxilina-eosina y dos con Wright o Giemsa.
 - e) Colocar dos a tres cortes en formalina tamponada al 10%.
 - f) En caso de sospecha de patología infecciosa, enviar un fragmento a laboratorio de microbiología para **CULTIVO**, en condiciones estériles.
 - g) En caso de sospecha de patología hematolinfóide y si existen facilidades, enviar material para **CITOMETRÍA DE FLUJO**, 0,5 cc. Debe enviarse en envase limpio rodeado de hielo o puede almacenarse brevemente en medio de cultivo celular o suero glucosalino a 4 °C.
 - h) Si hay posibilidad de guardar material congelado, cautelar de sumergir previamente en nitrógeno líquido y luego colocar en freezer a menos 80°C. **NUNCA COLOCAR DIRECTAMENTE EN FREEZER**, dada la formación de cristales que destruyen las células e inutilizan el tejido.

²⁷ Dra. Leonor Moyano, SAP.Hospital Clínico U. de Chile, Dr. Sergio González, SAP.H.Clínico PUC, Dra. Virginia Martínez, UAP Clínica Sta. María, Dra. M.Elena Cabrera, Coordinadora Nacional PANDA, M.Lea Derio Unidad de Cáncer MINSAL,2004.

- i) Si es posible, realizar estudio de CITOGENÉTICA, en condiciones estériles: se separa un trozo de tejido fresco, lo más pronto posible en condiciones similares a las señaladas para la citometría de flujo. Este procedimiento es aplicable para estudios moleculares.
 - j) Si aún queda tejido fresco, se fija en **FORMALINA** para estudio histológico.
4. Identificación de la muestra

BIOPSIA MÉDULA ÓSEA

(por punción)

1. Fijación inmediata en formalina tamponada al 10%, por **HASTA 6 HORAS**.
2. Decalcificación en ácido nítrico al 5%, (con 0,5% de urea) por mínimo de dos horas, suficiente para decalcificar hueso esponjoso (si el fragmento tiene hueso compacto en uno de sus extremos, es preferible separarlo y eliminar o decalcificar separadamente).
3. Lavar copiosamente en agua corriente.
4. Incorporar al procesador de tejidos e incluir en parafina.
5. Obtener cortes finos de tres a cuatro micrones.
6. Tinciones de rutina mínima: hematoxilina – eosina, giensa, impregnación argéntica para retículo y azul de Prusia de Perl para hemosiderina, un tricrómico (Van Gieson, de Mason), para evaluar fibrósis en caso necesario.

Los cortes así obtenidos resultan adecuados para estudios de Inmunohistoquímica adicional; generalmente utilizando algún sistema de recuperación de antígenos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Año 2000 Estadística IARC
2. Estimación PANDA, BASE DE DATOS 1988-2006
3. I Congreso Internacional de Cáncer del Niño y Adulto, Chile, Octubre 2004, Ministerio de Salud
4. Cuestionario EORTC sobre calidad de vida QLQ C30. La versión validada en castellano del QLQ-C30 (versión 3.0)
5. Norma General Técnica N°74 Cáncer del Adulto; Protocolos Nacionales PANDA, resolución exenta N°46 del 31 de Enero 2005. Dpto. de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud.
6. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissue by Steven H. Swerdlow, Elias Campo, Nancy Lee Harris, and Elaine S. Jaffe. Octubre 2008.
7. **Consenso Estudio Imagenológico en Linfoma:** Dras. Alejandra Pizarro G. Sociedad Chilena de Radiología, Claudia Ortega M. Sociedad Chilena de Radiología, M. Elena Cabrera C. Encargada protocolo linfomas, Programa Cáncer del Adulto, Enf. M. Lea Derio. Encargada Programa Cáncer del Adulto Unidad de Cáncer, Ministerio de Salud.
8. Cheson BD, Pfister B, Juweid ME, Gascoyne RD, Specht L, Horning SJ, Coiffier B, Fisher RI, Hagenbeek A, Zucca E., Rosen ST, Stroobants S, Lister TA, Hoppe RT, Dreyling M, Tobinai K, Vose JM., Connors JM., Federico M, and Diehl V. *Revised Response Criteria for Malignant Lymphoma*. J Clin Oncol 2007; 25:579-586.
9. Duggan DB, Petroni GR, Johnson JL, Glick JH, Fisher RI, Connors JM, et al. Randomized comparison of ABVD and MOPP/ABV hybrid for the treatment of advanced Hodgkin's disease: report of an intergroup trial. J Clin Oncol 2003;21:583-585.
10. Diehl V, Franklin J, Pfreundschuh M, Lathan B, Paulus U, Hasenclever D, et al. On behalf of the German Hodgkin's Lymphoma Study Group. Standard and increased-dose BEACOPP chemotherapy compared with COPP-ABVD for advanced Hodgkin's disease. N Engl J Med 2003;348:2386-95.
11. Fisher RI, Gaynor ER, Dahlborg S, et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin's lymphoma. N Engl J Med 1993; 328: 1002-1006
12. Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. N Engl J Med 2002;346: 23-42.
13. Feugier P, Van Hoof A, Sebban C, Solal-Celigny P, Bouabdallah R, Fermé C, et al. Long-term results of the R-CHOP study in the treatment of elderly patients with diffuse large B-cell lymphoma: a study by the Groupe d'Etude des Lymphomes de l'Adulte. J Clin Oncol 2005; 23:4117-26
14. Pfreundschuh MG, Trumper D, Ma A, et al. Randomized intergroup trial of the first-line treatment for patients ≤ 60 years with diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma (DLBCL) with a CHOP-like regimen with or without the anti-CD 20 antibody rituximab - early stopping after the first interim analysis. J Clin Oncol 2004; 23, Suppl 14: 6500a (abstr).
15. Wotherspoon AC, Doglioni C, Diss TC, Pan L, Moschini A, de Boni M, Issacson PG. Regression of primary low-grade B-cell gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue type after eradication of Helicobacter pylori. Lancet 1993;342:575-77.
16. Magrath I, Adde M, Shad A, et al: Adults and children with small non-cleaved cell lymphoma have a similar excellent outcome when treated with the same chemotherapy regimen. J Clin Oncol 1998, 14:925-934,
17. Mead GM, Sydes MR, Walewski J, et al: An international evaluation of CODOX-M and CODOX-M alternating with IVAC in adult Burkitt's lymphoma: Results of United Kingdom Lymphoma Group LY06 study. Ann Oncol 2002; 13:1264-1274,.
18. Jehn U, Bartl R, Dietzfelbinger H, Haferlach T, Heinemann V. An update: 12-year follow-up of patients with hairy cell leukemia following treatment with 2-chlorodeoxyadenosine. Leukemia 2004;18:1476-81.
19. No disponible en el mercado nacional.
20. Cabrera, ME et al . Leucemia linfoma T del adulto en Chile.: Estudio clínico-patológico y

- molecular de 26 pacientes. Rev. méd. Chile , Santiago, v. 127, n. 8, 1999 .
21. Querfield et al. Primary cutaneous lymphomas: a review with current treatment options. Blood Review. 2003, 17: 131-142
 22. Rodriguez-Monge EJ, Cabanillas F. Long term follow-up of platinum-based lymphoma salvage regimens. The MD Anderson Cancer Center experience. Hematol Oncol Clin North Am. 1997;11: 937-47.
 23. Seymour JF, Grigg AP, Szer J, Fox RM. Fludarabine and mitoxantrone: effective and well tolerated salvage therapy in relapsed indolent lymphoproliferative disorders. Ann Oncol 2001; 12: 1455-60.
 24. Forstpointner R, Hanel A, Repp R, Hermann S, Metzner B, Pott C, et al. Increased response rate with rituximab in relapsed and refractory follicular and mantle cell lymphomas- results of a randomized study of the German Low-Grade Lymphoma Study Group. Dtsch Med Wochenschr. 2002; 127: 2253-8.
 25. Vidal L et al. Rituximab Maintenance for the Treatment of Patients With Follicular Lymphoma: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. J Natl Cancer Inst 2009;101: 248 – 255.
 26. Tarella C, Cuttica A, Vitolo U, Liberati M, Di Nicola M, Cortelazzo S, et al. High-dose sequential chemotherapy and peripheral blood progenitor cell autografting in patients with refractory and/or recurrent Hodgkin's lymphoma: a multicenter study of the intergruppo Italiano Linfoma showing prolonged disease free survival in patients treated at first recurrence. Cancer 2003;97:2748-59.

EDUCACIÓN PARA PACIENTES



Gobierno de Chile
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Enfermedades no Transmisibles
Unidad de Cáncer

AUTOCUIDADO DURANTE LA QUIMIOTERAPIA

Qué es la Quimioterapia

La quimioterapia es un conjunto o combinación de drogas, que el médico ha seleccionado para su tratamiento y que le serán administradas durante un período de tiempo determinado.

La quimioterapia se puede administrar por diferentes vías, las más frecuentes son:

- por boca.
- por inyección.
- por vía endovenosa.

La quimioterapia actúa eliminando y deteniendo el crecimiento de las células malas o enfermas y además previniendo (evitando) la formación de nuevas células malas o enfermas.

Las drogas usadas en Quimioterapia provocan molestias o efectos no deseados en la mayoría de las personas que la reciben. No tenemos forma de saber si usted las presentará o no. Sin embargo, le rogamos tener presente:

- La mayoría de los efectos molestos son temporales.
- Su oncólogo médico y enfermera pueden ayudarle a prevenir y tratar estos efectos.

- La Quimioterapia mata las células malignas de su organismo, por lo tanto **pronto se sentirá**

PRECAUCIONES Y CUIDADOS

La quimioterapia actúa sobre la médula ósea, lugar donde se forman los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas.

Si Ud. presenta o se siente:

- más cansado.
- mareado.
- débil.
- con temperatura de 37.5° y más
- escalofríos, sensación de resfrío.
- dolor o ardor al orinar.
- dolor de garganta, tos.
- moretones en la piel.
- pintas o puntos rojos en la piel.
- sangrado de encías o nariz.

... debe informarle a su médico y a la enfermera de estos problemas, pero mientras asegúrese de:

Evitar:

- lugares concurridos.
- exceso de visitas en su hogar.
- trabajar con objetos cortantes, use rasuradora eléctrica o bien no se afeite.
- ingerir medicamentos sin indicación médica.
- realizar deportes o actividad que requiera gran esfuerzo.
- contacto con personas resfriadas o con infecciones.

Usar mascarilla y controlar la temperatura
avillar 2 veces al día.

Asear prolijamente su boca

Ingerir sólo líquidos y alimentos cocidos.

El tubo digestivo se extiende desde la boca hasta el ano; incluye la garganta, el estómago y los intestinos.

Usted puede presentar:

- I.- dolor y ulceraciones en la boca.
- II.- náuseas y vómitos
- III.- pérdida del apetito.
- IV.- diarrea.
- V.- constipación (estreñimiento)
- VI.- cólico (dolor tipo retortijón)
- VII.- Otros.

I.- La inflamación y ulceración de la boca (estomatitis), puede presentarse después de 1 a 2 semanas de iniciado el tratamiento.

La mucosa de la boca puede volverse roja y dolorosa, pueden aparecer también pequeñas ampollas blancas.

Cuidados:

- 1.- Limpiar sus dientes con cepillo suave o con algodón.

- 2.- Utilizar agua con sal y agua oxigenada o bicarbonato de sodio para enjuagar su boca.
- 3.- Mantener una buena higiene bucal es lo más importante.
- 4.- Comida blanda o suave (fideos, arroz cocido, jaleas, chuño).
- 5.- **NO** consuma cigarrillos ni alcohol.
- 6.- **EVITAR** alimentos muy condimentados o ácidos.

II.- La náusea y el vómito pueden presentarse pocas horas después de la administración de la quimioterapia, también puede ocurrir varios días después.

Cuidados :

- 1.- Adoptar posición sentada o semisentada.
- 2.- Beber pequeños sorbos de líquidos cocidos o agua mineral sin gas (2 - 4 cucharadas soperas cada 30 minutos).
- 3.- Comer pequeñas cantidades de alimento durante el día (2 cucharadas soperas cada 30 minutos).
- 4.- Asear su boca frecuentemente.
- 5.- **NO** coma frutas, chanchó, cordero, cecinas ni dulces.

Informe al médico y a la enfermera de esta situación.

III.- Los enfermos tratados con quimioterapia pueden sentir el estómago lleno, o simplemente no tener deseos de comer.

Cuidados:

- 1.- Comer poco, pero varias veces al día, 2 cucharadas soperas cada 30 minutos.
- 2.- Tome complementos alimenticios ricos en proteínas y calorías.
- 3.- Tomar vitaminas, indicadas por su médico.

IV.- La quimioterapia puede hacer que los movimientos del intestino se alteren produciendo evacuaciones flojas o líquidas.

Si este problema aumenta:

- 1.- **NO** coma alimentos con fibras como frutas, verduras crudas o cocidas, cereales y legumbres.
- 2.- Beba líquidos cocidos en forma abundante: 2 cucharadas soperas cada 30 minutos, chuflo, jaleas, agua mineral sin gas, agua de arroz, canela.
- 3.- Lave siempre su boca frecuentemente.
- 4.- Lave sus manos antes de comer, beber y después de ir al baño.

V.- Ciertos productos usados en la quimioterapia y algunos otros que se emplean para aliviar el dolor pueden ocasionar estreñimiento.

Si sufre de estreñimiento infórmele al médico y a la enfermera.

Cuidados:

- 1.- Comer alimentos ricos en fibras, frutas, verduras crudas o cocidas, cereales y legumbres.
- 2.- Beber líquidos abundantes (2 litros), especialmente 1 vaso de jugo en ayunas.

VI.- Otros efectos de la quimioterapia:

A) Caída del cabello

Algunos medicamentos pueden afectar a los folículos pilosos (lugar donde nace y crece el pelo), y usted puede perder parte o la totalidad del pelo mientras se encuentra recibiendo quimioterapia.

Todos son temporales, mientras esto pasa, podría:

- usar una peluca, pañuelo o sombrero.
- es conveniente lavar su cabello con shampoo suave 1 vez a la semana con agua tibia y secarlo sólo con toalla, empapando.
- peinar su cabello con los dedos o peinetas de dientes anchos.

B.- Los cambios en la piel y uñas son transitorios.

Cuide su piel:

- lavese con jabón de glicerina, sque proulijamente con toalla suave, empapando.

- aplique crema humectante o hidratante suavemente en todo su cuerpo.
- protéjase siempre de los rayos solares.
- Evite cortes, golpes y rasguños.

C.- Los cambios en el color de la orina son transitorios (con algunos medicamentos la orina puede tomar color rojo, amarillento, azulina o violeta).

Esto no es grave, la orina toma el color de alguna de las drogas que se le han administrado. Puede ser útil consumir abundantes líquidos.

Cuide sus venas en especial en las zonas de punción de la quimioterapia.

- coloque compresas tibias 3 veces al día con agua y bicarbonato de sodio.
- aplique sobre sus venas Voltaren-Feldene-Repariven.
- evite exponerlas al sol, golpes, rasguños y quemaduras.

RECUERDE, su médico y enfermera están aquí para ayudarle, por favor no dude en preguntary en compartir sus sentimientos y preocupaciones. Comprendemos que en ocasiones no se sienta bien después de la administración de la quimioterapia; entonces, recuerde que abandonar el tratamiento es abandonarse a sí mismo.

La Enfermera es: _____

Auxiliar de enfermería es: _____

Su médico es: _____

atiende: _____

La Asistente Social es: _____

atiende: _____

La Psicóloga es: _____

atiende: _____

Su Terapeuta es: _____

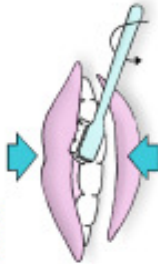
atiende: _____



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
UNIDAD DE CÁNCER

AUTOCUIDADO DE LA BOCA

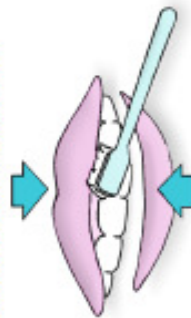
Diariamente, escobille suavemente sus encías y dientes con un cepillo muy blando...



Repita lo mismo por la cara interna de encías y dientes. Si tiene dientes postizos o prótesis, lávelos con cepillo,



... pero igual, pase suavemente el cepillo blando por las encías.



Introduzca el dedo o palo de helado con el algodón mojado por la comisura de los labios.



Si no es posible hacerlo con cepillo, hágalo con un palo de helado...
... o bien, con un dedo envuelto en algodón.



1.-Hágalo en los dientes y encías de la mandíbula de arriba, haciendo un semicírculo.



2.- ... luego, haga lo mismo en la mandíbula de abajo.



3.- Limpie suavemente la lengua (de atrás hacia adelante).

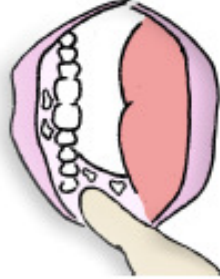


4.- Termine, colocando 3 a 5 gotas de Vaselina líquida o Miel de Borax en el

De ser posible, repítalo 5 a 6 veces al día. Si el enfermo puede hacerlo solo, facilite los elementos para que limpie su boca:

Si han aparecido:

- a) pequeños puntos o placas blancas,
- b) partes enrojecidas o dolorosas,



...
agregue en uno de los aseos y siempre en 1/2 taza de agua tibia:

- 1° Aseo: Una cucharada sopera de agua oxigenada de 10 volúmenes.
- 2° Aseo: Una cucharada chica de sal.
- 3° Aseo: Una cucharada chica de bicarbonato de sodio. y así alterne cada vez.

La Enfermera es: _____

Auxiliar de enfermería es: _____

Su médico es: _____
atiende: _____
La Asistente Social es: _____
atiende: _____
La Psicóloga es: _____
atiende: _____
Su Terapeuta es: _____
atiende: _____

También puede hacerlo con:

RECUERDE,
la boca sin heridas, con buen sabor y
fresca, ayudará a su enfermo a:

**ALIMENTARSE,
BEBER LIQUIDOS,
TOMAR REMEDIOS Y
SENTIRSE MEJOR**



Gobierno de Chile
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Enfermedades no Transmisibles
Unidad de Cáncer

INFORMACION PARA EL AUTOCUIDADO CUIDADOS DURANTE LA RADIOTERAPIA

Qué es la Radioterapia

Es un tratamiento con haces de fuentes radioactivas para destruir las células de un tumor maligno.

Hay varios tipos de Radioterapia externa o teleterapia interna o braquiterapia.

Cómo se realiza el tratamiento

El tratamiento con teleterapia tiene varias etapas, planificación, dosimetría y tratamiento propiamente tal.

La braquiterapia consiste en ubicar pequeñas fuentes radioactivas al interior de una cavidad en contacto con el tumor.

Efectos de la Radioterapia

La radiación queda sólo en la persona que está recibiendo el tratamiento, no tiene efecto en otras personas, puede compartir libremente con sus familiares.

Recomendaciones Generales

- Asista siempre acompañada/o.
- El tratamiento se realiza en varias sesiones, su radioterapeuta le explicará cuántas le corresponden a usted.
- Cada sesión dura un corto tiempo, sólo minutos.
- Haga su vida lo más grata posible.
- Use siempre un sombrero o pañuelo para protegerse del sol.

Cuidados durante el tratamiento

La radioterapia puede provocar molestias leves a severas, en su mayoría transitorias.

Cuidados de la Piel

Los cuidados pueden variar, según la zona a irradiar.

Cuidados Generales

- Lávese la piel con agua tibia, de preferencia ducha o por partes. Nunca en tina.
- Puede usar jabón de glicerina.
- No refríeque la zona en tratamiento.
- Puede lubricarla diariamente con vaselina líquida. Puede que el médico le indique alguna crema.
- No use colonias, desodorantes, cremas con mentol en la zona irradiada.
- Evite las exposiciones solar cobertores eléctricos, compresas calientes, tibias o heladas en la zona en tratamiento.
- No permanezca junto a estufas o fuentes transitorias de aire acondicionado.
- Prefiera ropa de algodón y holgada (suelta).
- Ante cualquier irritación consulte a su radioterapeuta y enfermera.

Si la Radioterapia es de cabeza y cuello:

- Previo al inicio del tratamiento debe revisar su dentadura con el odontólogo.
- Es probable que disminuya su olfato y también el gusto. Puede disminuir también la saliva.
- Es recomendable consumir abundantes líquidos cocidos diariamente.
- Mantener un buen aseo de la boca.
- Preferir alimentos blandos, cocidos y sin alifios.

Si la zona a irradiar es el cráneo:

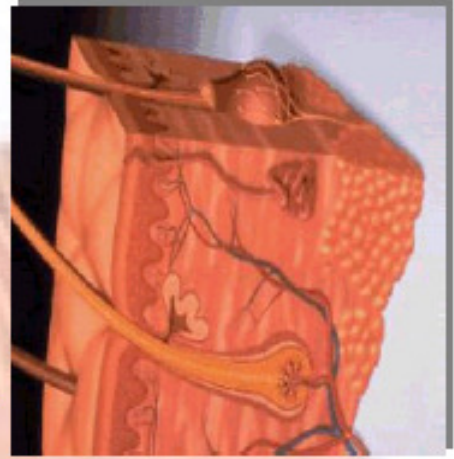
- es recomendable usar el pelo corto y lavar el cabello con un shampoo suave.
- Use siempre un sombrero o pañuelo para protegerse del sol.

Si la zona a irradiar es el tórax:

- no rasurar axilas.
- Ponga especial cuidado en el aseo de los pliegues.
- No use desodorantes y colonias.
- Prefiera la ropa de algodón.
- Puede presentar náuseas, vómitos y sensación de acidez:
 - es recomendable comer lentamente.
 - Comer y beber en pequeñas cantidades pero frecuentes (cada 2 horas).
 - Prefiera alimentos y líquidos fríos y sin olor.
- Su radioterapeuta puede indicarle algún medicamento para controlarlos.

Si la zona a irradiar es el abdomen y pelvis:

- Tome especial precaución con el aseo de la zona genital y anal.
- Use ropa interior de algodón.
- Puede presentar diarrea, por ello consume alimentos cocidos:
 - Su radioterapeuta puede indicarle algún medicamento para controlarla.



La Enfermera es: _____

Auxiliar de enfermería es: _____

Su médico es: _____
atiende: _____

La Asistente Social es: _____
atiende: _____

La Psicóloga es: _____
atiende: _____

Su Terapia es: _____
atiende: _____

