
DetECCIÓN temprana, diagnóstico y clasificación por etapas de la leucemia linfocítica crónica

Aprenda sobre los signos y los síntomas de la leucemia linfocítica crónica. Descubra cómo son las pruebas, el diagnóstico y la estadificación de esta enfermedad.

DetECCIÓN y diagnóstico

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así.

- [¿Se puede detectar la leucemia linfocítica crónica en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas de la leucemia linfocítica crónica](#)
- [¿Cómo se diagnostica la leucemia linfocítica crónica?](#)

Etapas y pronóstico (prognosis)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [¿Cómo se estadifica la leucemia linfocítica crónica?](#)

Preguntas que deben formularse acerca de la leucemia linfocítica crónica

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos contra el cáncer para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico y sus opciones de tratamiento.

- [¿Qué debe preguntar a su médico sobre la leucemia linfocítica crónica?](#)

¿Se puede detectar la leucemia linfocítica crónica en sus comienzos?

Para ciertos tipos de cáncer, la [Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda pruebas de detección](#)¹ en personas que no presentan síntomas, porque son más fáciles de tratar si se descubren en sus comienzos. No obstante, para la leucemia linfocítica crónica (CLL) no hay exámenes de detección de forma rutinaria que se recomienden en este momento.

En muchas ocasiones, la CLL se detecta mediante exámenes rutinarios de sangre que se hacen por otras razones. Por ejemplo, el recuento de glóbulos blancos de una persona puede ser muy alto, aunque no presente ningún síntoma.

Si observa cualquier [síntoma que pudiera ser causado por la CLL](#), resulta importante informar inmediatamente al médico para que se pueda descubrir y tratar la causa, de ser necesario.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/pruebas-de-deteccion/guias-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/referencias.html

Referencias

[Consulte todas las referencias para leucemia linfocítica crónica aquí.](#)²

Actualización más reciente: mayo 10, 2018

Signos y síntomas de la leucemia linfocítica crónica

Muchas personas con leucemia linfocítica crónica no presentan síntomas cuando reciben el diagnóstico. Con frecuencia la leucemia se detecta cuando el médico ordena exámenes sanguíneos por algún problema de salud no relacionado o durante una revisión médica de rutina, y se descubre un alto número de linfocitos.

Aun cuando las personas con CLL presentan síntomas, estos con frecuencia son vagos y puede deberse a otras cosas. Algunos síntomas son:

- Debilidad
- Cansancio
- Pérdida de peso
- Escalofríos
- Fiebre
- Sudores nocturnos
- Ganglios linfáticos hinchados (a menudo se sienten como masas debajo de la piel)
- Dolor o una sensación de “llenura” en el estómago (esto puede ocasionar que alguien se sienta lleno después de ingerir una comida pequeña), lo que es causado por un bazo, hígado, o ambos, agrandados

Muchos de los signos y síntomas de CLL avanzada ocurren debido a que las células leucémicas reemplazan las células productoras de sangre normales de la médula ósea. Como resultado, las personas no tienen suficientes glóbulos rojos, glóbulos blancos que funcionen adecuadamente ni plaquetas sanguíneas.

- La **anemia** es una disminución de glóbulos rojos. Esto causa cansancio, debilidad y falta de aire.
- Una disminución de glóbulos blancos normales (**leucopenia**) aumenta el riesgo de padecer infecciones. Puede que escuche el término **neutropenia**, que se refiere a bajos niveles de neutrófilos (un tipo de granulocito necesario para combatir infecciones por bacteria). Las personas con CLL pueden tener un recuento muy alto de glóbulos blancos debido al número excesivo de linfocitos (**linfocitosis**), pero las células leucémicas no combaten las infecciones de la manera en que lo hacen los glóbulos blancos normales.
- Una disminución de plaquetas (**trombocitopenia**) puede producir exceso de

hematomas, sangrado, sangrado nasal frecuente o grave y sangrado en las encías.

Las personas con CLL tienen un mayor riesgo de padecer infecciones. Esto es principalmente porque sus sistemas inmunitarios no están funcionando tan bien como deberían. La CLL es un cáncer de los linfocitos B, que normalmente producen anticuerpos para combatir las infecciones. Debido a la CLL, estas células productoras de anticuerpos no funcionan como deberían, así que no pueden combatir las infecciones. Las infecciones pueden variar desde cosas simples como resfriados o herpes labial frecuente o pulmonía y otras infecciones graves.

La CLL también puede afectar el sistema inmunitario de otras maneras. En algunas personas con CLL, las células del sistema inmunitario producen anticuerpos anormales que atacan las células sanguíneas normales. A esto se le llama **autoinmunidad**, lo que puede provocar bajos recuentos sanguíneos. Si los anticuerpos atacan a los glóbulos rojos, a esto se le llama **anemia hemolítica autoinmunitaria**). Con menos frecuencia, los anticuerpos atacan a las plaquetas y a las células que las producen, lo que causa bajos recuentos de plaquetas. En pocas ocasiones, los anticuerpos atacan a los glóbulos blancos causando leucopenia (recuentos bajos de glóbulos blancos).

Estos síntomas y signos mencionados pueden ser causados por CLL, aunque también pueden ser provocados por otras afecciones. No obstante, si tiene cualquiera de estos problemas, es importante que consulte con su médico de inmediato para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/referencias.html

Referencias

[Consulte todas las referencias para leucemia linfocítica crónica aquí.](#)¹

Actualización más reciente: mayo 10, 2018

¿Cómo se diagnostica la leucemia linfocítica crónica?

- [Antecedentes médicos y examen médico](#)
- [Pruebas usadas para diagnosticar y clasificar la leucemia](#)
- [Estudios por imágenes](#)

Ciertos signos y síntomas pudieran sugerir que una persona padece leucemia linfocítica crónica (CLL), aunque se necesitan realizar pruebas para cerciorarse.

Antecedentes médicos y examen médico

Si usted pudiese tener leucemia, su médico tomará sus antecedentes médicos completos para analizar los síntomas y los posibles factores de riesgo. También se le harán preguntas sobre sus antecedentes médicos familiares y su salud general.

Se realizará un examen médico para identificar posibles signos de leucemia y de otros problemas de salud. Durante el examen, su médico prestará especial atención a los ganglios linfático, al abdomen (vientre) y a otras áreas del cuerpo que pudieran estar afectadas.

Su médico también pudiera ordenar pruebas para verificar sus recuentos de células sanguíneas. Si los resultados sugieren leucemia, puede que se recomienden a un hematólogo, un médico especialista en tratar trastornos sanguíneos (incluyendo cánceres de la sangre, como leucemia). Este médico puede ordenar una o más de las pruebas que se describen a continuación.

Pruebas usadas para diagnosticar y clasificar la leucemia

Las pruebas tendrán que realizarse en la sangre y la médula ósea para confirmar el diagnóstico de leucemia. También se pueden necesitar otras pruebas de tejidos y células para ayudar a guiar el tratamiento.

Análisis de sangre

Las muestras de sangre para las pruebas de CLL se toman de una vena de su brazo. Se realizan muchas pruebas diferentes.

Hemograma completo y examen de células sanguíneas (frotis de sangre periférica)

El [hemograma completo](#)¹ o recuento sanguíneo completo es una prueba que mide las diferentes células en la sangre, tal como los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas. Esta prueba se hace a menudo junto con un diferencial, que indica los números de los diferentes tipos de glóbulos blancos. Estas pruebas a menudo son las primeras que se realizan cuando se sospecha de un problema sanguíneo.

Las personas con CLL tienen demasiados linfocitos. (A esto se le puede llamar **linfocitosis**). Tener más de 10,000 linfocitos/mm³ (por milímetro cúbico) de sangre sugiere fuertemente CLL, aunque se necesitan otras pruebas para confirmarlo. Puede que también presente niveles bajos de glóbulos rojos y de plaquetas.

Una muestra de sangre se examina al microscopio (llamado frotis de sangre periférica). Si usted padece CLL, el frotis de sangre podría mostrar muchos linfocitos que lucen anormales llamados **células de frotis**.

Citometría de flujo

Esta prueba es importante para diagnosticar CLL. Se emplea una máquina que analiza ciertas sustancias (marcadores) que están sobre o en las células y que ayuda a identificar los tipos de células que son.

Esta prueba se puede emplear para determinar si los linfocitos en una muestra de sangre contienen células de CLL. La citometría de flujo también se puede usar para detectar células de CLL en la médula ósea o en otros líquidos.

La citometría de flujo también puede emplearse para determinar la presencia de sustancias llamadas *ZAP-70* y *CD38* en las células de CLL. Los estudios sugieren que las personas que tienen pocas células de CLL con estas sustancias parecen presentar un mejor pronóstico. Esto se aborda detalladamente en [Etapas de la leucemia linfocítica crónica](#).

Otros análisis de sangre

Se pueden hacer otras pruebas para medir la cantidad de ciertas sustancias químicas en la sangre, pero no se usan para diagnosticar leucemia. En personas que ya se sabe que tienen CLL, estas pruebas ayudan a encontrar problemas del hígado o de los riñones causados por la propagación de las células leucémicas o por ciertos medicamentos quimioterapéuticos (quimio). Estas pruebas también pueden verificar los

niveles de ciertos minerales para que se pueda tratar cualquier desequilibrio. Si se va a administrar el medicamento rituximab (Rituxan[®]), el médico puede ordenar exámenes de sangre para detectar infecciones por hepatitis previas. (Usted puede obtener más información sobre este tema en [Anticuerpos monoclonales para la leucemia linfocítica crónica²](#)).

Se pueden medir sus niveles de inmunoglobulina sanguínea para saber si usted cuenta con suficientes anticuerpos para combatir las infecciones, especialmente si recientemente ha tenido muchas infecciones. Se puede medir otra proteína sanguínea llamada microglobulina beta-2. Los niveles altos de esta proteína generalmente indican una CLL más avanzada.

Pruebas de médula ósea

A menudo, las pruebas de sangre son suficientes para diagnosticar CLL, aunque examinar la médula ósea puede ayudar a determinar qué tan avanzada se encuentra. Debido a esto, a menudo se realizan pruebas de médula ósea antes de comenzar el tratamiento. También podrían repetirse durante o después del tratamiento para saber si el tratamiento es eficaz.

Para obtener las muestras de médula ósea para su posterior análisis, se realiza un aspirado de médula ósea y una biopsia de la médula ósea. Se llevan a cabo generalmente al mismo tiempo. Por lo general, las muestras se toman de la parte posterior del hueso de la pelvis (cadera), aunque algunas veces se pueden tomar de otros huesos.

En el procedimiento de aspirado de médula ósea, el paciente se acuesta sobre una mesa (ya sea sobre su costado o su abdomen). Después de limpiar la piel sobre la cadera, el médico utiliza una aguja larga y delgada para inyectar un medicamento que adormece el área y la superficie del hueso. Esto puede causar una breve sensación de escozor o ardor. Luego se inserta una aguja hueca en el hueso, y se usa una jeringa para aspirar una pequeña cantidad (aproximadamente una cucharada) de médula ósea líquida y espesa. Hasta con el uso del medicamento que bloquea el dolor, la mayoría de las personas experimentan algo de dolor breve cuando se extrae la médula ósea.

Generalmente se realiza una **biopsia de médula ósea** inmediatamente después de la aspiración. Se extrae un pequeño trozo de hueso y de médula (aproximadamente 1/16 de pulgada de diámetro y 1/2 pulgada de largo) con una aguja más grande que se hace girar al empujarse en el hueso. Hasta con el uso del medicamento que bloquea el dolor, esto puede causar una sensación de presión o de un tirón, pero generalmente no duele. Después de realizar la biopsia, se aplica presión en el sitio para ayudar a prevenir el sangrado.

Exámenes microscópicos rutinarios

Un patólogo (un médico especializado en pruebas de laboratorio) examina las muestras de médula ósea con un microscopio. Las muestras también serán examinadas por su hematólogo/oncólogo (un médico especializado en cáncer y enfermedades de la sangre).

Los médicos observarán el tamaño, la forma y otras características de los glóbulos blancos en las muestras. Esto ayuda a clasificarlos en tipos específicos.

Un factor importante es si las células se ven maduras (como células sanguíneas normales que pueden combatir infecciones). Las células de CLL usualmente parecen maduras, mientras que las células de las leucemias agudas parecen inmaduras.

Una característica importante de una muestra de médula ósea es su celularidad o composición celular. La médula ósea normal contiene cierto número de células productoras de sangre y de células adiposas. Se dice que una médula que tiene demasiadas células productoras de sangre es hipercelular. Esto a menudo se observa en la médula ósea de una persona con CLL. Los médicos también analizan cuánto de las células normales en la médula normal es remplazado por las células de la CLL.

El patrón de propagación de las células CLL en la médula ósea también es importante. Un patrón en el que las células se encuentran en pequeños grupos (llamado patrón nodular o intersticial) con frecuencia significa un mejor pronóstico que cuando las células se encuentran diseminadas por toda la médula (un patrón difuso).

Para diagnosticar la CLL, se pueden usar colorantes o pruebas de anticuerpos tales como citoquímica, inmunocitoquímica, inmunohistoquímica, y citometría de flujo en las muestras de médula ósea.

Pruebas genéticas

Citogenética

Para esta prueba, se cultivan células de la médula ósea en el laboratorio (o algunas veces células provenientes de la sangre o de otros tejidos), y se examinan sus cromosomas con un microscopio. Por lo general, toma varias semanas completar esta prueba debido a que le toma tiempo a las células comenzar a dividirse. Las células humanas normales contienen 23 pares de cromosomas, pero algunas veces las células de CLL presentan cambios cromosómicos que se pueden observar con un microscopio.

En algunos casos de CLL, es posible que falte una sección de un cromosoma. A esto se le llama **delección**. Las delecciones más comúnmente ocurren en partes de los cromosomas 13, 11 o 17. Una delección de parte del cromosoma 17 se asocia con un pronóstico adverso. Otros cambios cromosómicos menos comunes incluyen la presencia de una copia adicional del cromosoma 12 (trisomía 12), o una translocación (intercambio de ADN) entre los cromosomas 11 y 14 [identificado como t(11;14)].

Esta información puede ser útil para determinar el pronóstico (perspectiva) de un paciente, pero es necesario considerarlo junto con otros factores, como por ejemplo la etapa de la CLL. La pérdida de una sección del cromosoma 13 usualmente se relaciona con una enfermedad de crecimiento más lento y un mejor pronóstico, mientras que los defectos en los cromosomas 11 o 17 frecuentemente indican un pronóstico menos favorable. La trisomía 12 no parece tener mucho efecto sobre el pronóstico.

Hibridación in situ con fluorescencia

Esta prueba de los cromosomas se puede usar para identificar los cromosomas de las células y el ADN sin hacer crecer las células en el laboratorio. Utiliza tintes fluorescentes especiales que sólo se adhieren a ciertas partes de cromosomas particulares. La hibridación in situ con fluorescencia (FISH) se usa para identificar ciertos genes o cambios cromosómicos (no simplemente cualquier cambio). También se puede usar en muestras regulares de sangre y médula ósea. Debido a que las células no tienen que crecer primero en el laboratorio, usualmente puede obtener los resultados con más rapidez que la citogenética, a menudo dentro de varios días.

Pruebas moleculares

Las inmunoglobulinas son anticuerpos que ayudan a su cuerpo a combatir las infecciones y están compuestas por cadenas ligeras y cadenas pesadas. Si el gen de la región variable de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IGHV o IgV_H) ha cambiado (mutado), esto puede ayudar a su médico a saber cuán agresiva es su CLL. Ese gen se analiza en una prueba llamada *secuenciación de ADN*.

Biopsia de los ganglios linfáticos

En una biopsia de ganglio linfático, se extirpa parte o todo un ganglio linfático para examinarlo con un microscopio y determinar la presencia de células cancerosas. Esto a menudo se hace para diagnosticar linfomas, rara vez es necesaria para la CLL. Se puede usar si un ganglio linfático ha crecido mucho y el médico desea saber si la leucemia ha cambiado (se ha transformado) en un linfoma más agresivo.

En una *biopsia por escisión de ganglio linfático* se extirpa un ganglio linfático completo a través de una incisión en la piel. Si el ganglio se encuentra cerca de la superficie de la piel, ésta es una operación sencilla que puede hacerse adormeciendo primero la piel, pero si el ganglio se encuentra dentro del pecho o del abdomen, se usa anestesia general (el paciente se pone a dormir). Si el ganglio linfático es demasiado grande, se puede extirpar sólo una parte. Este procedimiento se llama biopsia por **incisión**.

Punción lumbar (o punción espinal)

Este procedimiento se usa para someter a prueba el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal (el líquido cefalorraquídeo, CSF). Esto no se hace a menudo en personas con CLL. Sólo se hace cuando el médico sospecha que las células leucémicas se han propagado al área que rodea el cerebro o la médula espinal (lo cual es infrecuente), o si es posible que haya una infección en esas áreas.

Para esta prueba, el médico primero adormece un área en la parte baja de la espalda sobre la columna vertebral. Entonces se introduce una pequeña aguja hueca entre los huesos de la médula espinal y hacia el espacio que rodea la médula espinal para extraer algo de líquido.

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes utilizan rayos X, ondas sonoras o campos magnéticos para obtener imágenes del interior de su cuerpo. Los estudios por imágenes no se hacen para diagnosticar CLL, pero se pueden hacer por otras razones, incluyendo ayudar a encontrar un área sospechosa que pudiera ser cáncer, saber cuán lejos se ha propagado el cáncer o ayudar a determinar si el tratamiento es eficaz.

Tomografía computarizada

Este estudio, conocido como [CT³](#), puede ayudar a indicar si cualesquiera de sus ganglios linfáticos u órganos están agrandados. Generalmente no se necesita para diagnosticar la CLL, pero puede hacerse si su médico sospecha que la leucemia se está desarrollando en un órgano, como su bazo.

Algunas veces la CT se combina con una PET en un estudio conocido como PET/CT scan. Para la tomografía por emisión de positrones (PET) se inyecta glucosa (una forma de azúcar) que contiene un átomo radiactivo en la sangre. Debido a que las células cancerosas crecen rápidamente, éstas absorben altas cantidades de azúcar radiactivo. Entonces, una cámara especial puede crear una imagen de las áreas de radiactividad en el cuerpo. El estudio PET/CT combina ambas pruebas en una

máquina. Este estudio permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la apariencia más detallada de esa área en la CT.

Imagen por resonancia magnética

La [imagen por resonancia magnética](#)⁴ (MRI) es muy útil para examinar el cerebro y la médula espinal, pero no es necesaria con frecuencia en personas con CLL.

Ecografía (ultrasonido)

La [ecografía](#)⁵ se puede usar para observar los ganglios linfáticos cercanos a la superficie del cuerpo o para observar órganos agrandados (como el hígado y el bazo) dentro de su abdomen.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/compreension-de-sus-pruebas-de-laboratorio.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/tratamiento/leucoferesis.html
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
4. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
5. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html
6. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/referencias.html

Referencias

[Consulte todas las referencias para leucemia linfocítica crónica aquí.](#)⁶

Actualización más reciente: mayo 10, 2018

¿Cómo se estadifica la leucemia linfocítica crónica?

- [Sistemas de estadificación para la leucemia linfocítica crónica](#)
- [Factores de pronóstico de la leucemia linfocítica crónica](#)
- [Estadificación de la leucemia de células peludas](#)
- [Linfocitosis B monoclonal](#)
- [Linfoma de linfocitos pequeños](#)

En la mayoría de los cánceres, la clasificación por etapas (estadios) es un proceso para determinar cuán lejos se ha propagado un cáncer. A menudo, las etapas son útiles ya que pueden ayudar a guiar el tratamiento y a determinar el pronóstico de una persona. La mayoría de los tipos de cáncer se clasifican por etapas con base en el tamaño del tumor y la distancia que el cáncer se ha propagado.

Por otro lado, la leucemia linfocítica crónica (CLL) generalmente no forma tumores, ya que generalmente está en la médula ósea y la sangre. Y en muchos casos, ya se ha propagado a otros órganos como el bazo, el hígado y los ganglios linfáticos cuando es detectada. El pronóstico de una persona con CLL depende de otra información, como los resultados de las pruebas de laboratorio y de los estudios por imágenes.

Sistemas de estadificación para la leucemia linfocítica crónica

Un sistema de estadificación es utilizado por el equipo de profesionales que atiende el cáncer para describir el cáncer de formar estándar. Existen dos sistemas diferentes para clasificar por etapas la CLL:

- **Sistema de Rai:** se usa con más frecuencia en Estados Unidos
- **Sistema Binet:** se usa más ampliamente en Europa

Estos dos sistemas de estadificación son útiles y se han usado por muchos años.

Sistema de estadificación Rai

El sistema Rai se basa en la linfocitosis. El paciente debe tener un alto número de linfocitos en la sangre y la médula ósea que no está ligada a otras causas (como infección).

Para el diagnóstico de CLL, el recuento general de linfocitos no tiene que ser elevado, pero el paciente tiene que contar con al menos 5,000/mm³ de linfocitos monoclonales (algunas veces se le llama una linfocitosis monoclonal). Monoclonal significa que todas las células cancerosas provienen de una célula original. Esto provoca que tengan el mismo patrón químico que se puede observar con pruebas especiales.

Este sistema divide la CLL en 5 etapas en función de los resultados de los análisis de sangre y un examen médico:

- **Etapas Rai 0:** Linfocitosis; no hay agrandamiento de los ganglios linfáticos, el bazo o el hígado; glóbulos rojos y los recuentos de plaquetas son casi normales.
- **Etapas Rai I:** Linfocitosis; agrandamiento de los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado no se han agrandado; los recuentos de glóbulos rojos y plaquetas son casi normales.
- **Etapas Rai II:** Linfocitosis; bazo agrandado (y tal vez un agrandamiento del hígado); los ganglios linfáticos pueden o no pueden ser agrandados; recuentos de glóbulos rojos y de plaquetas son casi normales.
- **Etapas Rai III:** Linfocitosis; los ganglios linfáticos, el bazo o el hígado pueden o no estar agrandados; los recuentos de glóbulos rojos son bajos (anemia); los recuentos de plaquetas son casi normales.
- **Etapas Rai IV:** Linfocitosis; agrandamiento de ganglios linfáticos, el bazo o el hígado; recuentos de glóbulos rojos pueden estar bajos o cerca de los niveles normales; recuentos de plaquetas son bajos (trombocitopenia).

Los médicos separan las etapas Rai en grupos de riesgo bajo, intermedio y alto, al momento de determinar las opciones de tratamiento.

- La etapa 0 es bajo riesgo.
- Las etapas I y II son riesgo intermedio.
- Las etapas III y IV son alto riesgo.

Estos grupos de riesgo se discuten más adelante en [Tratamiento de la leucemia linfocítica crónica](#)¹.

Sistema de estadificación Binet

En el sistema de estadificación Binet, la CLL se clasifica por el número de grupos de tejido linfático afectados (ganglios linfáticos del cuello, ganglios linfáticos de la ingle, ganglios linfáticos de las axilas, bazo e hígado) y si el paciente tiene o no anemia (muy

pocos glóbulos rojos) o trombocitopenia (muy pocas plaquetas).

- **Etapas A de Binet:** menos de tres áreas de tejido linfático están agrandadas, no se observa anemia ni trombocitopenia.
- **Etapas B de Binet:** tres o más áreas de tejido linfático están agrandadas, no se observa anemia ni trombocitopenia.
- **Etapas C de Binet:** se observa anemia, trombocitopenia, o ambas. Cualquier número de zonas de tejido linfático puede estar agrandado.

Factores de pronóstico de la leucemia linfocítica crónica

Además de la etapa, existen otros factores que pueden ayudar a determinar el pronóstico de una persona. Estos factores no son parte de los sistemas de estadificación formales (al menos en este momento), pero a menudo se tienen en cuenta cuando se consideran posibles opciones de tratamiento.

- Los factores que tienden a relacionarse con una supervivencia más breve se denominan **factores de pronóstico adversos**.
- Los factores que predicen una supervivencia más prolongada se llaman **factores de pronóstico favorables**.

Factores de pronóstico adversos

- Patrón difuso de afección de la médula ósea (reemplazo más extendido de la médula normal por las células leucémicas)
- Edad avanzada
- Pérdida de partes de los cromosomas 17 o 11
- Trisomía 12 en las células de CLL
- Altas concentraciones sanguíneas de ciertas sustancias, como beta-2-microglobulina
- Tiempo de duplicación de linfocitos (el tiempo que tarda para que el recuento de linfocitos se duplique) de menos de 1 año
- Mayor fracción de prolinfocitos (una forma primitiva de linfocito) en la sangre
- Alta proporción de células de CLL que contienen ZAP-70 (20% o más) o CD38 (30% o más)
- Células de CLL sin cambios en los genes (sin mutar) de la región variable de la

cadena pesada de las inmunoglobulinas (IGHV)

- Las células de CLL no tienen el gen TP53

Factores de pronóstico favorables

- Patrón no difuso (nodular o intersticial) de afección de la médula ósea
- Pérdida de parte del cromosoma 13 (sin otras anomalías en los cromosomas)
- Baja proporción de células de CLL que contienen ZAP-70 (menos de 20%) o CD38 (menos de 30%)
- Células de CLL con un gen mutado de la IGHV

Ciertos factores de pronóstico, tales como la presencia o ausencia de ZAP-70 y CD38, y un gen mutado de la IGHV ayudan a dividir casos de CLL en dos grupos, crecimiento lento y crecimiento rápido. Las personas con la clase de CLL de crecimiento más lento suelen vivir más tiempo y es posible que puedan retrasar el tratamiento por más tiempo.

Estadificación de la leucemia de células peludas

No existe un sistema de estadificación convencional para la leucemia de células peludas.

Linfocitosis B monoclonal

Algunas personas tienen linfocitos monoclonales en la sangre, pero no lo suficiente como para hacer el diagnóstico de CLL. Si alguien tiene menos de 5,000 linfocitos monoclonales (por mm^3), recuentos normales de glóbulos rojos y plaquetas, y no presenta ganglios linfáticos agrandados (o bazo agrandado), esta persona tiene una afección llamada linfocitosis B monoclonal (MBL). La MBL no tiene que ser tratada, aunque alrededor de un paciente de cada 100 con esta afección necesitará tratamiento para CLL.

Linfoma de linfocitos pequeños

Las células cancerosas del linfoma de linfocitos pequeños (SLL) y la leucemia linfocítica crónica (CLL) lucen iguales bajo el microscopio y tienen los mismos marcadores de proteínas en la superficie de las células. El diagnóstico de alguien con SLL o CLL depende en gran manera del número de linfocitos en la sangre. Para

diagnosticar la CLL, tienen que haber al menos 5,000 linfocitos monoclonales (por mm^3) en la sangre. Por otro lado, para que sea llamado SLL, el paciente debe tener ganglios linfáticos agrandados o un bazo agrandado con menos de 5,000 linfocitos (por mm^3) en la sangre. No obstante, debido a que la SLL y la CLL se pueden tratar de la misma manera, la diferencia entre ambos no es realmente importante.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/tratamiento.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/referencias.html

Referencias

[Consulte todas las referencias para leucemia linfocítica crónica aquí.](#)²

Actualización más reciente: mayo 10, 2018

¿Qué debe preguntar a su médico sobre la leucemia linfocítica crónica?

- [En el momento en que le informan que tiene leucemia linfocítica crónica](#)
- [Al momento de decidir un plan de tratamiento](#)
- [Durante el tratamiento](#)
- [Después del tratamiento](#)

A medida que usted se va enfrentando a la leucemia linfocítica crónica (CLL) y al tratamiento, le animamos a que mantenga un diálogo sincero y transparente con su médico. Usted debe sentirse cómodo en hacer preguntas acerca de cualquier tema, no importa lo insignificantes que pueda parecer. Estas son algunas preguntas que debe considerar. Las enfermeras, los trabajadores sociales y los demás miembros del equipo de tratamiento pueden también responder sus preguntas.

En el momento en que le informan que tiene leucemia linfocítica crónica

- ¿Cuál es la [etapa](#) (grupo de riesgo) de la CLL y qué significa eso para mí?
- ¿Necesitaré hacerme otras [pruebas](#) antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Debo comenzar el tratamiento ahora? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)¹?
- ¿Qué recomienda, y por qué?
- ¿Cuáles son los riesgos y los efectos secundarios de los tratamientos que usted recomienda?
- ¿Con qué frecuencia me harán análisis de sangre o de médula ósea para determinar la eficacia del tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cómo afectará el tratamiento mis actividades diarias?
- ¿Cuáles son mis posibilidades de supervivencia?

Durante el tratamiento

Una vez que se inicie el tratamiento, usted necesitará saber qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes a su situación. No obstante, puede ser útil formular las preguntas que sí sean relevantes para usted.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con el personal de su oficina durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si

empiezo a sentirme abrumado, deprimido o afligido?

Después del tratamiento

- ¿Hay síntomas que deba yo vigilar?
- ¿Qué se hará si el tratamiento no surte efecto o si la leucemia regresa?
- ¿Cuáles serán mis opciones si la leucemia regresa?
- ¿Qué tipo de atención médica de [seguimiento](#)² necesitaré después del tratamiento?
- ¿Cuándo puedo regresar al trabajo?

Asegúrese de escribir cualquier pregunta que pueda tener y que no se encuentre en la lista. Por ejemplo, es posible que desee información sobre cómo usted se sentirá para que pueda planear su programa de trabajo. O tal vez desee preguntar sobre cómo calificar para los [estudios clínicos](#)³.

Puede ser útil que le acompañe otra persona o que grabe sus conversaciones con su médico. También es buena idea obtener copias de sus expedientes médicos, informes de patología e informes de radiología.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/tratamiento.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
4. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/referencias.html

Referencias

[Consulte todas las referencias para leucemia linfocítica crónica aquí.](#)⁴

Actualización más reciente: mayo 10, 2018

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345