
DetECCIÓN temprana, diagnóstico y clasificación por etapas del linfoma no Hodgkin

Aprenda sobre los signos y los síntomas del linfoma no Hodgkin. Descubra cómo son las pruebas, el diagnóstico y la clasificación por etapas para 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.

- [¿Puede detectarse el linfoma no Hodgkin en sus comienzos?](#)
- [Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin](#)
- [Pruebas para el linfoma no Hodgkin](#)

Etapas del linfoma no Hodgkin

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.

- [Etapas del linfoma no Hodgkin](#)

Pronóstico (prognosis)

Los médicos suelen utilizar las tasas de supervivencia para exponer en forma estándar el pronóstico de una persona. Estas cifras no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a entender mejor su pronóstico. Algunas personas quieren saber las estadísticas de supervivencia para personas en situaciones similares, mientras que para otras las cifras pueden no ser útiles e incluso pueden no querer conocerlas.

- [Tasas y factores de supervivencia que afectan el pronóstico para el linfoma no Hodgkin](#)

Preguntas que deben responderse acerca del linfoma no Hodgkin

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 de cáncer y opciones de tratamiento.

- [Preguntas que deben formularse acerca del linfoma no Hodgkin](#)

¿Puede detectarse el linfoma no Hodgkin en sus comienzos?

Las pruebas de detección se emplean para descubrir una enfermedad en las personas que no presentan ningún síntoma. En la actualidad, no se recomiendan las pruebas de detección para el linfoma no Hodgkin. Esto se debe a que ninguna prueba de detección ha demostrado reducir el riesgo de morir a causa de este cáncer. Sin embargo, en algunos casos el linfoma se puede encontrar temprano.

La mejor manera de encontrar el linfoma en sus etapas iniciales consiste en prestar atención a los posibles [signos y síntomas](#). Uno de los síntomas más comunes es el agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos, lo que causa una masa o protuberancia debajo de la piel, la cual usualmente no es dolorosa. Esto se presenta con más frecuencia en el lado del cuello, en las axilas o en la ingle.

Otros síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso, sensación de cansancio e hinchazón en el abdomen. Con más frecuencia estos síntomas tienen otras causas distintas al linfoma, pero es importante que usted sea examinado por un médico, especialmente si los síntomas no desaparecen o empeoran.

Las revisiones médicas minuciosas realizadas regularmente son importantes en las

personas con [factores de riesgo](#)¹ conocidos de linfoma no Hodgkin (por ejemplo, infección por VIH, trasplante de órganos, enfermedad autoinmune o tratamiento de cáncer previo). Estas personas a menudo no padecen linfoma, pero tanto ellos como sus médicos deben estar familiarizados con los posibles signos y síntomas de linfoma.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

Referencias

Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin's lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

Roschewski MJ, Wilson WH. Chapter 106: Non-Hodgkin Lymphoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Actualización más reciente: agosto 1, 2018

Signos y síntomas del linfoma no Hodgkin

- [Ganglios linfáticos hinchados](#)
- [Síntomas de linfoma en el abdomen](#)
- [Síntomas de linfoma en el tórax](#)
- [Síntomas de linfoma que afectan al cerebro](#)
- [Síntomas de linfoma en la piel](#)

El linfoma no Hodgkin puede causar muchos síntomas y signos diferentes dependiendo del tipo del linfoma y su localización en el cuerpo. En ocasiones, puede que no cause ningún síntoma sino hasta que crece bastante.

Tener uno o más síntomas no significa que usted tenga definitivamente linfoma. De hecho, es más probable que muchos de los síntomas sean causados por otras afecciones, como una infección. No obstante, si presenta cualquiera de estos síntomas, consulte con un médico para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario.

Algunos síntomas y signos comunes son:

- Inflamación de los ganglios linfáticos
- Escalofríos
- Pérdida de peso
- Cansancio (sensación de estar muy agotado)
- Hinchazón del abdomen
- Sensación de llenura después de comer sólo una pequeña cantidad de comida
- Dolor o presión en el pecho
- Tos o dificultad para respirar
- Infecciones graves o frecuentes
- Tendencia a presentar fácilmente moretones o sangrados

Algunas personas con linfoma no Hodgkin presentan lo que se conoce como *síntomas B*:

- Fiebre (puede ser intermitente durante varios días o semanas) sin una infección
- Sudoración profusa durante la noche
- Pérdida de peso involuntaria (al menos 10% del peso del cuerpo durante seis meses)

Ganglios linfáticos hinchados

El linfoma no Hodgkin puede causar que los ganglios linfáticos se hinchen (agranden). Puede que los ganglios linfáticos cercanos a la superficie del cuerpo (como los ganglios linfáticos a los lados del cuello, en la ingle o en las axilas, o encima de la clavícula), puedan percibirse como **protuberancias debajo de la piel**. Estos generalmente no son

dolorosos.

Aunque los ganglios linfáticos hinchados son un síntoma común de linfoma, con más frecuencia son causados por infecciones. Los ganglios linfáticos que crecen como reacción a una infección son denominados *nódulos reactivos* o *nódulos hiperplásicos* y son, con frecuencia, dolorosos al tacto.

Síntomas de linfoma en el abdomen

Los linfomas que comienzan o crecen en el abdomen (vientre) pueden causar **hinchazón o dolor en el abdomen**. Esto podría deberse a ganglios linfáticos u órganos (como el bazo o el hígado) agrandados, aunque también puede ser debido a la acumulación de grandes cantidades de líquido.

Un bazo agrandado puede causar presión en el estómago, lo que puede ocasionar **pérdida del apetito** y **sensación de llenura después de sólo comer pocos alimentos**.

Los linfomas en el estómago o los intestinos pueden causar **dolor abdominal, náuseas o vómitos**.

Síntomas de linfoma en el tórax

Cuando el linfoma comienza en el timo o en los ganglios linfáticos en el tórax, esto pudiera causar presión en la tráquea, que se encuentra en esta misma zona, lo que puede causar **tos, dificultad respiratoria**, o una sensación de **dolor o presión en el pecho**.

La vena cava superior (VCS) es la vena grande que lleva sangre desde la cabeza y los brazos de regreso al corazón. Esta vena pasa cerca del timo y de los ganglios linfáticos dentro del tórax. Los linfomas en esta área pueden hacer presión en la vena cava superior, lo que puede causar que la sangre se retenga en las venas. Esto puede causar hinchazón (algunas veces con una coloración roja azulada) en la cabeza, los brazos y la parte superior del tórax. También puede causar dificultad para respirar y, si afecta el cerebro, un cambio en el estado de conciencia. A este se le llama **síndrome de la vena cava superior**. Este síndrome puede ser potencialmente mortal y requiere tratamiento inmediato.

Síntomas de linfoma que afectan al cerebro

Los linfomas del cerebro, llamados linfomas primarios del cerebro pueden causar dolor de cabeza, **dificultad para pensar y debilidad en partes del cuerpo, cambios en la personalidad** y, a veces, **convulsiones**.

Otros tipos de linfoma pueden propagarse al área que rodea el cerebro y la médula espinal. Esto puede causar problemas como **visión doble, adormecimiento facial y dificultad para hablar**.

Síntomas de linfoma en la piel

Es posible que los linfomas de la piel se puedan ver o palpar. Éstos a menudo aparecen como **bultos o protuberancias debajo de la piel de color rojizo a púrpura que causan picazón**.

Referencias

Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin's lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

Roschewski MJ, Wilson WH. Chapter 106: Non-Hodgkin Lymphoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Actualización más reciente: agosto 1, 2018

Pruebas para el linfoma no Hodgkin

- [Antecedentes médicos y examen médico](#)
- [Biopsia](#)
- [Estudios por imágenes](#)
- [Otras pruebas](#)

La mayoría de las personas con linfoma no Hodgkin busca atención médica porque palparon una masa que no ha desaparecido, presenta algunos de otros [síntomas de linfoma no Hodgkin](#), o simplemente no se siente bien y acude al médico para una

revisión médica.

Si usted presenta signos o síntomas que sugieran que pueda padecer linfoma, se realizarán exámenes y pruebas para confirmar esto y, de ser así, para determinar exactamente cuál es el [tipo exacto de linfoma](#)¹.

Antecedentes médicos y examen médico

Su médico querrá hacer un historial médico completo, incluyendo información sobre sus síntomas, posibles [factores de riesgo](#)², y otras afecciones médicas.

El próximo paso es un examen que su médico realizará prestando especial atención a los ganglios linfáticos y a otras áreas del cuerpo que pudieran estar afectadas, incluyendo el bazo y el hígado. Debido a que las infecciones son la causa más común de los ganglios linfáticos agrandados, el médico determinará si hay infección cerca de los ganglios linfáticos hinchados.

Es posible que su médico también ordene análisis de sangre para identificar signos de infección u otros problemas. No obstante, los análisis de sangre no se usan para diagnosticar el linfoma de Hodgkin. Si el médico sospecha que el linfoma puede estar causando sus síntomas, él o ella recomendará una biopsia del ganglio linfático hinchado o de cualquier otra área afectada.

Biopsia

Para realizar una biopsia, se extrae un pequeño fragmento de un ganglio linfático, o con más frecuencia, se extra un ganglio linfático completo para su posterior análisis en el laboratorio.

Una biopsia es la única manera de confirmar que una persona tiene linfoma no Hodgkin. Sin embargo, la biopsia no siempre se realiza de inmediato, ya que muchos síntomas de linfoma no Hodgkin también pueden ser causados por otros problemas, como una infección, o por otros tipos de cáncer. Por ejemplo, los ganglios linfáticos agrandados se presentan con más frecuencia debido a infecciones que por linfoma. Debido a esto, los médicos a menudo recetan antibióticos y esperan varias semanas para ver si los ganglios linfáticos agrandados disminuyen de tamaño. Si los ganglios mantienen el mismo tamaño o si continúan creciendo, el médico podría ordenar una biopsia.

En algunos casos puede que se requiera una biopsia inmediata si el tamaño, textura o localización de un ganglio linfático, o la presencia de otros síntomas sugiere

contundentemente que pudiera tratarse de un linfoma.

Biopsias para diagnosticar linfoma no Hodgkin

Existen varios tipos de biopsias. Los médicos deciden cuál utilizar según la situación de cada persona.

Biopsia por escisión o incisión: Este es el tipo de biopsia más común y preferido si se sospecha de linfoma, porque casi siempre proporciona suficiente muestra para diagnosticar el tipo exacto de NHL.

En este procedimiento un cirujano corta la piel para extirpar un ganglio linfático.

- Si el médico extrae el ganglio linfático por completo, se le llama **biopsia por escisión**.
- En caso de que se extirpe una pequeña parte de un tumor más grande o de un ganglio linfático, se le llama **biopsia por incisión**.

Si el ganglio agrandado está localizado solo bajo la piel, la operación es simple y a menudo se puede realizar con anestesia local (medicamentos para adormecer una zona determinada). Pero si el ganglio se encuentra dentro del tórax o del abdomen, usted será sedado (se administran medicamentos que le hacen sentir soñoliento y relajado) o se le administra anestesia general (medicamentos que inducen a un profundo sueño).

Biopsia con aguja: las biopsias con aguja son menos invasivas que las biopsias por incisión y por escisión. Sin embargo, la desventaja de las biopsias con aguja consiste en que posiblemente no se obtenga suficiente cantidad de muestra para diagnosticar el linfoma (o para determinar su tipo). La mayoría de los médicos no hacen biopsias con agujas para diagnosticar un linfoma. Pero si el médico sospecha que el ganglio linfático está agrandado debido a una infección o a la propagación de un cáncer existente en otro órgano (como el seno, los pulmones, la tiroides), la biopsia con aguja puede ser el primer tipo de biopsia que se haga. Es posible que se requiera de una biopsia escisional para diagnosticar y clasificar el linfoma, aun después de hacer una biopsia con aguja.

Existen dos tipos principales de biopsia con aguja:

- En la **biopsia por aspiración con aguja fina** (*fine needle aspiration*, FNA), el médico utiliza una aguja hueca muy fina adherida a una jeringa para extraer (aspirar) una pequeña cantidad de tejido de un ganglio linfático agrandado o de

una masa tumoral.

- Para la **biopsia por punción con aguja gruesa** se usa una aguja más gruesa para extraer un fragmento de tejido ligeramente más grande.

Para realizar la biopsia a un ganglio agrandado que está justo debajo de la piel, el médico puede dirigir la aguja mientras palpa el ganglio. Si el ganglio o el tumor está localizado en un sitio profundo del cuerpo, el médico puede guiar la aguja usando una tomografía computarizada o una ecografía (los estudios por imágenes se describen más adelante en esta sección).

Si el linfoma ya ha sido diagnosticado, a veces se realizan biopsias con agujas para examinar áreas en otras partes del cuerpo que pudieran indicar una propagación del linfoma o que éste haya regresado después del tratamiento.

Otros tipos de biopsias

Estos procedimientos no se hacen normalmente para diagnosticar el linfoma, pero puede que se usen para ayudar a determinar la etapa (extensión) de un linfoma ya diagnosticado.

Aspirado y biopsia de médula ósea: estos procedimientos a menudo se realizan después de haber diagnosticado un linfoma para ayudar a determinar si ha alcanzado la médula ósea. A menudo, las dos pruebas se hacen al mismo tiempo. Por lo general, las muestras se toman de la parte posterior del hueso de la pelvis (cadera), aunque en algunos casos 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 que se encuentra sobre la cadera, el médico adormece el área y la superficie del hueso con un anestésico local, que puede causar una breve sensación de escozor o ardor. Luego se inserta una aguja delgada y hueca en el hueso, y se usa una jeringa para aspirar una pequeña cantidad de médula ósea líquida. Hasta con el uso de un anestésico, 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 del aspirado. Se extrae un pequeño trozo de hueso y de médula con una aguja ligeramente más grande con la que se perfora el hueso. La biopsia también puede causar algo de dolor brevemente.

Punción lumbar: esta prueba se usa para detectar células de linfoma en el líquido

cefalorraquídeo (CSF), que es el líquido que baña el cerebro y la médula espinal. La mayoría de las personas con linfoma no necesitarán esta prueba. Sin embargo, los médicos pueden ordenarla para ciertos tipos de linfoma o si una persona tiene síntomas que sugieren que el linfoma pudo haber alcanzado el cerebro.

Para esta prueba, usted puede sentarse o acostarse de lado. El médico primero adormece un área en la parte baja de su espalda sobre la columna vertebral. Entonces se introduce una pequeña aguja hueca entre los huesos de la médula espinal para extraer algo de líquido.

Muestras del líquido pleural o peritoneal: el linfoma que se ha propagado al tórax o al abdomen puede causar la acumulación de líquido. El líquido pleural (dentro del tórax) o líquido peritoneal (dentro del abdomen) puede extraerse colocando una aguja hueca a través de la piel en el tórax o en el abdomen.

- Al procedimiento que se usa para remover el líquido del área que rodea el pulmón se le llama **toracocentesis**.
- Cuando se usa para extraer el líquido que se encuentra en el interior del abdomen, se le llama **paracentesis**.

El médico usa un anestésico local para adormecer la piel antes de insertar la aguja. Este líquido entonces se extrae y se examina en el laboratorio para saber si contiene células de linfoma.

Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia

Un patólogo, quien es un médico entrenado especialmente para reconocer células cancerosas, examina todas las muestras de biopsia y líquidos en el laboratorio. El tamaño y la forma de las células, y cómo se encuentran ordenadas puede mostrar no sólo si la persona tiene un linfoma, sino también el tipo de linfoma. Pero generalmente también se necesitan otros tipos de pruebas de laboratorio.

Citometría de flujo e inmunohistoquímica: para la citometría de flujo o la inmunohistoquímica, las muestras de biopsia se tratan con anticuerpos que se adhieren a ciertas proteínas sobre las células. Las células son entonces examinadas en el laboratorio (inmunohistoquímica) o con una máquina especial (por citometría de flujo), para ver si los anticuerpos se unieron a ellas.

Estas pruebas pueden ayudar a determinar si un ganglio linfático está agrandado debido a un linfoma, a algún otro tipo de cáncer o a una enfermedad no cancerosa. Los exámenes también pueden utilizarse para determinar el inmunofenotipo (el tipo de

linfoma que tiene una persona, basándose en ciertas proteínas que se encuentran en o sobre las células). Los diferentes tipos de linfocitos tienen distintas proteínas en sus superficies que corresponden al tipo de linfocito y a su madurez.

Pruebas de los cromosomas: las células humanas normales tienen 23 pares de cromosomas (cadenas de ADN), cada una de las cuales tienen un tamaño específico y una apariencia también específica cuando se examinan en el laboratorio. Pero en algunos tipos de linfoma, las células tienen cambios en sus cromosomas, tal como demasiados cromosomas, muy pocos de estos o cromosomas anormales. Estos cambios a menudo pueden ayudar a identificar el tipo de linfoma.

- **Citogenética:** En esta prueba de laboratorio, las células se examinan para saber si hay anomalías en los cromosomas.
- **Hibridación in situ con fluorescencia (FISH):** en esta prueba se examina más minuciosamente el ADN de las células del linfoma utilizando tintes fluorescentes especiales que sólo se adhieren a ciertos genes o partes de los cromosomas. La prueba FISH puede encontrar la mayoría de los cambios cromosómicos que son visibles en las pruebas citogenéticas convencionales, así como algunos cambios genéticos que son demasiado pequeños para poder ser vistos con la prueba citogenética. Esta prueba es muy precisa y puede usualmente proveer resultados dentro de varios días.
- **Reacción en cadena de la polimerasa (PCR):** es una prueba de ADN de alta sensibilidad que puede detectar cambios genéticos y ciertos cambios cromosómicos tan pequeños que no se pueden ver con un microscopio, incluso si la muestra tiene muy pocas células de linfoma.

Estudios por imágenes

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o partículas radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Estos estudios se pueden realizar por varias razones, incluyendo:

- Identificar posibles causas de ciertos síntomas (tal como ganglios linfáticos agrandados en el tórax de una persona que presenta dolor en el pecho o dificultad respiratoria)
- Ayudar a determinar la etapa (extensión) del linfoma
- Ayudar a indicar si el tratamiento es eficaz
- Detectar posibles signos del linfoma que regresa después del tratamiento

Radiografía de tórax

Se pueden realizar [radiografías de tórax](#)³ para determinar si hay ganglios linfáticos agrandados en esta área.

Tomografía computarizada

Una [tomografía computarizada](#)⁴ (CT) combina muchos rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. Este estudio puede ayudar a indicar si cualesquiera de sus ganglios linfáticos u órganos están agrandados. La tomografía es útil para detectar linfomas en el abdomen, la pelvis, el tórax, la cabeza y el cuello.

Biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada (CT): se puede emplear también una tomografía computarizada (CT) para guiar una aguja de biopsia hacia una región sospechosa. Para este procedimiento, usted se acuesta en la camilla de la CT, mientras un médico mueve una aguja de biopsia a través de la piel y hacia el área. Las CT se repiten hasta que la aguja esté en el lugar correcto. Entonces, se extrae una muestra de biopsia y se examina en el laboratorio.

Imágenes por resonancia magnética

Al igual que la CT, las [imágenes por resonancia magnética](#)⁵ (MRI) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Las MRI no se usan con tanta frecuencia como las tomografías computarizadas para el linfoma, pero, si a su médico le preocupa que haya propagación a su médula espinal o su cerebro, la MRI es muy útil para estudiar estas áreas.

Ecografía (ultrasonido)

En la [ecografía](#)⁶, o ultrasonido, se utilizan ondas sonoras y el eco que estas producen para producir imágenes de los órganos o masas internas. En el tipo más común de ecografía, se coloca en la piel un pequeño instrumento que parece un micrófono y que se llama *transductor* (que primero se lubrica con gel). La ecografía emite ondas de sonido y recoge el eco que rebota desde los órganos. Una computadora convierte el eco en una imagen en la pantalla.

Se puede usar para observar los ganglios linfáticos cercanos a la superficie del cuerpo o para observar ganglios linfáticos agrandados dentro de su abdomen u órganos como

el hígado y el bazo. También puede detectar riñones que han crecido en tamaño debido a que el flujo de la orina ha sido bloqueado por ganglios linfáticos agrandados.

Tomografía por emisión de positrones

Para realizar una [tomografía por emisión de positrones](#)⁷ (PET) se le inyecta un tipo de azúcar ligeramente radiactivo que se acumula principalmente en las células cancerosas. Después se usa una cámara especial para crear una imagen de las áreas de radiactividad en el cuerpo. La imagen no es muy detallada, como en la CT o MRI, pero puede proveer información útil sobre todo su cuerpo.

Si usted tiene linfoma, se puede hacer una PET para:

- Determinar si un ganglio linfático agrandado contiene linfoma
- Localizar áreas pequeñas que pudieran ser linfoma, incluso si el área parece normal en una CT
- Constatar si un linfoma está respondiendo al tratamiento Algunos médicos repetirán la PET después de uno o dos cursos de quimioterapia. Si la quimioterapia surge efecto, los ganglios linfáticos ya no absorben la azúcar radiactiva.
- Ayudar a decidir si un ganglio linfático agrandado todavía contiene linfoma o si simplemente se trata de tejido cicatricial después del tratamiento.

Estudio PET/CT: algunas máquinas pueden hacer una PET y una CT al mismo tiempo. Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la apariencia más detallada de esa área en la CT. La PET/CT a menudo puede ayudar a localizar mejor las áreas de linfoma que una CT sola.

Gammagrafía ósea

Por lo general, este estudio se hace si la persona está presentando dolor de huesos o los resultados del laboratorio sugieren que el linfoma pudo haber alcanzado los huesos.

Para las gammagrafías óseas, se inyecta una sustancia radiactiva (llamada *tecnecio*) en una vena. Esta se desplaza a las zonas de hueso afectadas, y una cámara especial puede entonces detectar la radiactividad. El linfoma a menudo causa daño a los huesos, lo que puede reflejarse en una gammagrafía ósea. Sin embargo, las gammagrafías óseas no pueden indicar la diferencia entre los cánceres y los problemas no cancerosos, tal como artritis y fracturas, de modo que podrían ser necesarias pruebas adicionales.

Otras pruebas

Análisis de sangre

Los [análisis de sangre](#)⁸ no se usan para diagnosticar linfoma, pero a veces pueden ayudar a determinar cuán avanzado está el linfoma.

- Un **hemograma completo** mide los niveles de las diferentes células en la sangre. En una persona que se sabe tiene linfoma, los bajos recuentos de células sanguíneas pueden indicar que el linfoma está creciendo en la médula ósea y está afectando la formación de nuevas células sanguíneas.
- A menudo, se realizan **análisis químicos de la sangre** para saber cuán bien funcionan los riñones o el hígado.
- Si se ha diagnosticado un linfoma, puede que se verifique el nivel de **lactato deshidrogenasa (LDH)**. Los niveles de LDH a menudo son altos en los pacientes con linfomas.
- Para algunos tipos de linfoma, o si se emplean ciertos tratamientos, su médico también puede recomendarle pruebas para determinar si usted ha sido infectado con ciertos virus, tal como el **virus de hepatitis B (HBV)**, el **virus de hepatitis C (HCV)** o el **virus de inmunodeficiencia humana (HIV)**. Las infecciones por estos virus pueden afectar su tratamiento.

Pruebas de la función cardíaca y pulmonar

Estas pruebas no se usan para diagnosticar el linfoma, pero puede que se realicen si usted recibirá ciertos medicamentos de quimioterapia comúnmente usados para tratar linfoma que pueden afectar el corazón o los pulmones.

- Puede que se haga un **ecocardiograma** (un ultrasonido del corazón) o un **estudio MUGA** para verificar su función cardíaca.
- Su función pulmonar se puede verificar mediante **pruebas del funcionamiento pulmonar**, en las cuales usted respira en un tubo conectado a una máquina.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
4. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
5. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
6. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html
8. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/compreension-de-sus-pruebas-de-laboratorio.html

Referencias

Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin's lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment. 2016. Accessed at www.cancer.gov/types/lymphoma/hp/adult-nhl-treatment-pdq on May 15, 2016.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: Non-Hodgkin's Lymphomas. Version 3.2016. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nhl.pdf on May 11, 2016.

Roschewski MJ, Wilson WH. Chapter 106: Non-Hodgkin Lymphoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Actualización más reciente: agosto 1, 2018

Etapas del linfoma no Hodgkin

- [Etapa I](#)
- [Etapa II](#)
- [Etapa III](#)
- [Etapa IV](#)
- [Enfermedad voluminosa](#)
- [Estadificación del linfoma linfocítico de células pequeñas \(SLL\)/leucemia linfocítica crónica \(CLL\)](#)
- [Cómo la estadificación afecta al tratamiento](#)

Después del diagnóstico de linfoma no Hodgkin, los médicos tratarán de averiguar si se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama *estadificación* (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a saber qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo.

Algunas pruebas utilizadas para obtener información y clasificar la enfermedad por etapas son:

- Examen físico
- Biopsias de ganglios linfáticos agrandados u otras áreas anormales
- Análisis de sangre
- Estudios por imágenes, como PET y CT
- Aspiración de la médula ósea y biopsia (se hace a menudo, pero no siempre)
- Punción lumbar (puede que no sea necesario hacer este procedimiento)

En general, los resultados de los estudios por imágenes, como PET o CT, son los más importantes al determinar la etapa del linfoma.

Clasificación de Lugano

Un sistema de estadificación o clasificación por etapas es un método que utilizan los especialistas en cáncer para resumir la extensión de la propagación de un cáncer. El sistema de clasificación actual para el linfoma no Hodgkin en adultos se conoce como

clasificación de Lugano, y se basa en el antiguo **sistema Ann Arbor**.

Las etapas (estadios) por lo general se clasifican con números romanos del I al IV (1-4). A los linfomas en etapa limitada (I o II) que afectan a un órgano que está fuera del sistema linfático (un órgano extraganglionar) se les agrega la letra E (por ejemplo, etapa IIE).

Etapa I

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa I:

- El linfoma se encuentra solamente en un área de ganglios linfáticos o un órgano linfático, tal como las amígdalas (I).
- El cáncer se encuentra solamente en un área de un órgano que está fuera del sistema linfático (IE).

Etapa II

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa II:

- El linfoma está en dos o más grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado (superior o inferior) del diafragma (la banda fina del músculo que separa el tórax del abdomen). Por ejemplo, esto puede incluir los ganglios en el área de la axila y el cuello (II), pero no la combinación de los ganglios linfáticos de la axila y de la ingle (III).
- El linfoma está en un grupo de ganglio linfático(s) y en un área de un órgano cercano (IIE). También puede afectar a otros grupos de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma.

Etapa III

Cualquiera de las siguientes características significa que la enfermedad se encuentra en etapa III:

- El linfoma se encuentra en áreas de ganglios linfáticos a ambos lados (superior e

inferior) del diafragma.

- El linfoma se encuentra en los ganglios linfáticos que están por encima del diafragma, así como en el bazo.

Etapa IV

El linfoma se ha propagado ampliamente a por lo menos un órgano fuera del sistema linfático, tal como médula ósea, hígado o pulmón.

Enfermedad voluminosa

Este término se utiliza a menudo para describir tumores grandes en el pecho. Esto es especialmente importante para los linfomas en etapa II, ya que la enfermedad voluminosa puede requerir un tratamiento más intensivo.

Estadificación del linfoma linfocítico de células pequeñas (SLL)/leucemia linfocítica crónica (CLL)

El sistema anterior se usa principalmente para determinar la etapa de este linfoma si es que se encuentra solamente en los ganglios linfáticos. Si la enfermedad está afectando a la sangre o la médula ósea, a menudo se clasifica por etapas usando los sistemas para CLL. Consulte [Etapas de la leucemia linfocítica crónica](#)¹.

Cómo la estadificación afecta al tratamiento

La etapa de un linfoma es importante para determinar las opciones de tratamiento de una persona, pero es más importante para algunos tipos de linfoma que para otros. Para muchos de los tipos más comunes de linfoma no Hodgkin, el tratamiento se basa en parte en si el linfoma es “limitado” (etapa I o etapa II no voluminoso) o “avanzado” (etapa III o IV). Para linfomas voluminosos en etapas II, se utilizan otros factores (conocidos como factores pronósticos) para ayudar a determinar si el linfoma debe ser tratado como limitado o avanzado.

Determinar la etapa es menos importante para decidir el tratamiento de otros tipos de linfoma no Hodgkin tales como los linfomas de rápido crecimiento, como el linfoma de Burkitt.

Para obtener más información sobre este tema, consulte [Tratamiento de los linfomas](#)

[no Hodgkin de células B²](#) y [Tratamiento de los linfomas no Hodgkin de células T³](#).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/leucemia-linfocitica-cronica/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento/linfoma-de-celulas-b.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento/linfoma-de-celulas-t.html

Referencias

American Joint Committee on Cancer. Hodgkin and Non Hodgkin Lymphoma In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017:937

Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: The Lugano classification. *J Clin Oncol*. 2014;32:3059-3068.

Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin's lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment. 2016. Accessed at www.cancer.gov/types/lymphoma/hp/adult-nhl-treatment-pdq on May 15, 2016.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: Non-Hodgkin's Lymphomas. Version 3.2016. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/nhl.pdf on May 11, 2016.

Roschewski MJ, Wilson WH. Chapter 106: Non-Hodgkin Lymphoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Actualización más reciente: agosto 1, 2018

Tasas y factores de supervivencia que afectan el pronóstico para el linfoma no Hodgkin

- [¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?](#)
- [¿De dónde provienen estos porcentajes?](#)
- [Tasas relativas de supervivencia a 5 años del linfoma de no Hodgkin](#)
- [Cómo entender los porcentajes](#)
- [Factores pronósticos para el linfoma no Hodgkin](#)

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo puede que estas estadísticas apliquen a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de linfoma de no Hodgkin con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de linfoma de no Hodgkin es 70%, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 70% de probabilidades, en comparación con las personas que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el linfoma de no Hodgkin en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según la [clasificación de Lugano](#) (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** el cáncer se limita a un área de ganglio linfático, un órgano linfóide o un órgano fuera del sistema linfático.
- **Regional:** el cáncer se extiende desde un área de ganglio linfático a un órgano cercano, se encuentra en dos o más áreas de ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma, o se considera una enfermedad voluminosa.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado, o la médula ósea, o a áreas de ganglio linfático sobre o debajo del diafragma.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del linfoma de no Hodgkin

La tasa relativa y general de supervivencia a 5 años para las personas con linfoma no Hodgkin es de 72%. Pero es importante tener en cuenta que las tasas de supervivencia pueden variar ampliamente en los diferentes tipos y etapas de linfoma. A continuación se presentan las tasas relativas de supervivencia a 5 años para dos tipos comunes de linfoma no Hodgkin (linfoma difuso de células B grandes y linfoma folicular) que se basan en personas diagnosticadas entre 2012 y 2018.

Linfoma difuso de células B grandes

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	73%
Regional	74%
Distante	58%

Todas las etapas SEER combinadas	65%
----------------------------------	-----

Linfoma folicular

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	97%
Regional	91%
Distante	87%
Todas las etapas SEER combinadas	90%

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales+

Cómo entender los porcentajes

- **Estos porcentajes aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de linfoma no Hodgkin pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, [el tipo de linfoma no Hodgkin¹](#), qué tan bien responda al tratamiento contra el cáncer, y otros factores (descritos a continuación) también pueden afectar su pronóstico.

Factores pronósticos para el linfoma no Hodgkin

Para algunos tipos de linfoma, la etapa no es tan útil para determinar el pronóstico de una persona. En estos casos, otros factores les pueden dar a los médicos una mejor idea sobre el pronóstico de una persona.

Índice internacional de pronóstico (IPI)

El índice internacional de pronóstico (IPI) se creó originalmente para ayudar a los médicos a determinar el pronóstico para personas con linfomas de rápido crecimiento (agresivos). Sin embargo, también ha probado ser útil para la mayoría de los otros linfomas (aparte de los linfomas foliculares de lento crecimiento [indolente] que se discuten próximamente). El IPI permite que los médicos planeen mejor el tratamiento que si solo se basaran en el tipo y etapa del linfoma. Esto ha tomado más importancia a medida que han ido surgiendo tratamientos nuevos y más eficaces que a veces conllevan más efectos secundarios. El índice ayuda a los médicos a determinar si estos tratamientos son necesarios.

El índice del linfoma depende de cinco factores que se enumeran a continuación:

- La edad del paciente
- La etapa del linfoma
- Si el linfoma está o no en órganos fuera del sistema linfático
- Estado general de la persona: qué tan bien una persona puede completar normalmente sus actividades diarias
- El nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en la sangre, que aumenta con la cantidad de linfoma en el cuerpo

Factores para un pronóstico favorable	Factores para un pronóstico adverso
Tener 60 años de edad o menos	Tener más de 60 años de edad
Etapa I o etapa II	Etapa III o IV
No hay linfoma fuera de los ganglios linfáticos, o el linfoma está sólo en un área fuera de los ganglios linfáticos.	Hay linfoma en más de un órgano del cuerpo fuera de los ganglios linfáticos.
Estado general de la persona: puede funcionar y desenvolverse normalmente	Estado general de la persona: necesita mucha ayuda con las actividades diarias
LDH sérica normal	LDH sérica alta

A cada factor pronóstico adverso se le asigna un punto. Las personas sin ningún factor pronóstico adverso tendrían una puntuación de 0, mientras que aquellas con todos los factores pronósticos adversos tendrían una puntuación de 5. El índice divide a las personas con linfomas en cuatro grupos de riesgo:

- Bajo riesgo (0 o 1 factor pronóstico adverso)
- Riesgo intermedio bajo (2 factores pronósticos adversos)
- Riesgo intermedio alto (3 factores pronósticos adversos)
- Alto riesgo (4 o 5 factores pronósticos adversos)

Índice internacional de pronóstico del linfoma folicular (FLIPI)

El índice internacional de pronóstico es útil para la mayoría de los linfomas, pero no es tan útil para los linfomas foliculares, los cuales tienden a ser de crecimiento más lento. Los médicos han creado un índice internacional de pronóstico de linfoma folicular específico para este tipo de linfoma. Este índice utiliza factores de pronóstico ligeramente diferentes a los del índice internacional de pronóstico.

Factores para un pronóstico favorable	Factores para un pronóstico adverso
Tener 60 años de edad o menos	Tener más de 60 años de edad
Etapa I o etapa II	Etapa III o IV
Hemoglobina de 12 g/dL o más	Hemoglobina menor de 12 g/dL
Cuatro o menos áreas de ganglios linfáticos afectadas	Más de cuatro áreas de ganglios linfáticos afectadas
LDH sérica normal	LDH sérica alta

A los pacientes se les asigna un punto por cada factor pronóstico adverso que presenten. Las personas sin ningún factor pronóstico adverso tendrían una puntuación de 0, mientras que aquellas con todos los factores pronósticos adversos tendrían una puntuación de 5. El índice entonces divide a las personas con linfomas foliculares en tres grupos:

- Bajo riesgo (ninguno o sólo un factor de pronóstico adverso)
- Riesgo intermedio (2 factores pronósticos adversos)
- Alto riesgo (3 o más factores pronósticos adversos)

Tanto para el IPI como para el FLIPI, las personas en el grupo de bajo riesgo suelen tener un mejor pronóstico que las del grupo de alto riesgo.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html

Referencias

Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2017, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/, based on November 2019 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2020.

National Comprehensive Cancer Network, Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®), B-cell Lymphomas, Version 2.2019 -- March 6, 2019. Accessed at www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf on March 21, 2019.

Ruhl JL, Callaghan C, Hurlbut A, Ries LAG, Adamo P, Dickie L, Schussler N (eds.) Summary Stage 2018: Codes and Coding Instructions, National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2018.

Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, et al. Follicular Lymphoma International Prognostic Index. *Blood*. 2004;104:1258-1265.

Actualización más reciente: marzo 1, 2023

Preguntas que deben formularse acerca del linfoma no Hodgkin

- [En el momento en que le informan que tiene linfoma no Hodgkin](#)
- [Al momento de decidir un plan de tratamiento](#)
- [Durante el tratamiento](#)

- [Después del tratamiento](#)

Es importante que tenga un diálogo sincero y transparente con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer. Es recomendable que ellos contesten todas sus preguntas para que usted pueda estar informado y pueda tomar decisiones sobre su vida y su tratamiento. Por ejemplo, considere las siguientes preguntas:

En el momento en que le informan que tiene linfoma no Hodgkin

- ¿Qué [tipo de linfoma no-Hodgkin](#)¹ tengo?
- ¿Un patólogo experto en linfoma ha revisado mi biopsia?
- ¿Necesito otras [pruebas](#) antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos?
- ¿En qué [etapa \(extensión\) se encuentra el linfoma](#)? ¿Qué significa esta etapa en mi caso?
- ¿Hay otros factores que pueden afectar mis opciones de tratamiento?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuánta experiencia tiene usted con el tratamiento de este tipo de linfoma?
- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)²? ¿Qué recomienda, y por qué?
- ¿Necesito tratar inmediatamente el linfoma?
- ¿Debería buscar una segunda opinión antes de comenzar el tratamiento? ¿Puede sugerirme a un médico o a un centro de cáncer?
- ¿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?
- ¿Cuáles son los riesgos o los efectos secundarios de los tratamientos que sugiere?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias?
- ¿Cuáles son mis probabilidades de supervivencia?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que el linfoma reaparezca con estos planes de tratamiento?
- ¿Qué se haría si el tratamiento no surte efecto o si el linfoma regresa?

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](#)³?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted 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](#)⁴?

Después del tratamiento

- ¿Qué tipo de atención médica de [seguimiento](#)⁵ necesitaré después del tratamiento?
- ¿Hay síntomas que deba yo vigilar?
- ¿Cómo podemos saber si el linfoma ha regresado? ¿Cuáles serían mis opciones si eso sucediera?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, usted podría querer más información sobre los tiempos de recuperación, para que pueda hacer planes para su trabajo o escuela. Por otra parte, usted tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)⁶ para los que usted cumpla los criterios de inclusión.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, quizás puedan responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales que atiende el cáncer en [La relación entre el médico y el paciente](#)⁷.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/acerca/que-es-linfoma-no-hodgkin.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/tratamiento.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html
4. www.cancer.org/es/cancer/supervivencia.html
5. www.cancer.org/es/cancer/tipos/linfoma-no-hodgkin/despues-del-tratamiento/cuidado-de-seguimiento.html
6. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
7. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html

Referencias

Freedman AS, Jacobson CA, Mauch P, Aster JC. Chapter 103: Non-Hodgkin's lymphoma. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015. Roschewski MJ, Wilson WH. Chapter 106: Non-Hodgkin Lymphoma. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014.

Actualización más reciente: agosto 1, 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