

8

TEMA

Enfermedad de Hodgkin. Actuación de enfermería

Inmaculada Rodríguez García, M^a Belén López Ruiz y Juana Serrano Martínez

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hodgkin es un tipo de linfoma. Los linfomas son cánceres que se desarrollan en el sistema linfático, el cual a su vez forma parte del sistema inmunológico del cuerpo.

El sistema linfático está formado por tubos delgados que se ramifican, como los vasos sanguíneos a todas las partes del cuerpo. Los vasos linfáticos transportan linfa, un líquido incoloro y acuoso que contiene glóbulos blancos llamados linfocitos. A lo largo de esta red se encuentran grupos de órganos pequeños en forma de frijol conocidos con el nombre de ganglios linfáticos. Se encuentran grupos de ganglios linfáticos en las axilas, la pelvis, el cuello y el abdomen.

Los ganglios linfáticos producen y almacenan células que combaten las infecciones. El bazo, el timo y las amígdalas también forman parte del sistema linfático. Debido a que una persona tiene tejido linfático en varias partes del cuerpo, la enfermedad de Hodgkin puede empezar en casi cualquier parte y el cáncer puede diseminarse a casi cualquier órgano o tejido del cuerpo, incluyendo el hígado, la médula ósea y el bazo.

Los linfomas se dividen en dos tipos generales: linfomas de la enfermedad de Hodgkin y linfomas no Hodgkin. Las células cancerosas de la enfermedad de Hodgkin tienen un aspecto específico bajo el microscopio.

La enfermedad de Hodgkin en adultos afecta con más frecuencia a adultos jóvenes y a personas mayores de 55 años de edad. Puede también encontrarse en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); estos pacientes necesitan tratamiento

especial. La enfermedad de Hodgkin también puede ocurrir en niños y se trata de manera diferente a la de los adultos.

La enfermera deberá conocer los pormenores de esta enfermedad, para poder aplicar los mejores cuidados de enfermería al paciente con la enfermedad de Hodgkin.

Usted deberá visitar a su médico si tiene cualquiera de las manifestaciones físicas siguientes durante más de dos semanas:

- Hinchazón indolora de los ganglios linfáticos del cuello, axila o ingle.
- Fiebre.
- Sudoración nocturna.
- Cansancio permanente.
- Pérdida de peso sin estar a dieta.
- Prurito en la piel.

Si usted tiene estas manifestaciones, se le examinará cuidadosamente y se revisará la hinchazón o las masas en el cuello, axilas e ingle. Si los ganglios linfáticos no se observan normales, quizás se tenga que extraer un pedazo pequeño y observarlo bajo un microscopio con el fin de determinar la presencia de células cancerosas. Este procedimiento se denomina biopsia.

Los cuidados de enfermería al paciente sometido a biopsia son, entre otros, los siguientes:

- **Manejo de muestras (7320)** (desarrollado en temas anteriores).
- **Ayuda en la exploración (7680)** (desarrollado en temas anteriores).
- **Cuidados del sitio de incisión (3440):**
 - Explicar el procedimiento de biopsia de ganglio al paciente mediante una preparación física y psicológica.
 - Inspeccionar el sitio de incisión/punción por su hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de infección.
 - Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
 - Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
 - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
 - Limpiar desde la zona más limpia hacia la menos limpia.
 - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
 - Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede.

2. EPIDEMIOLOGÍA Y CAUSAS

Aproximadamente, cada año se diagnostican 7.500 nuevos casos de enfermedad de Hodgkin. La epidemiología de esta enfermedad proporciona información muy importante en relación con el papel desempeñado por la edad, los factores genéticos y los factores ambientales. Estos datos todavía proporcionan un contexto en el que examina la población de riesgo para la enfermedad de Hodgkin. En los linfomas no Hodgkin existe un aumento lineal en la incidencia en relación con la edad. Por el contrario, la enfermedad de Hodgkin, la curva de edad e incidencia es característicamente bimodal con un "pico" inicial en los adultos jóvenes (15 a 35 años) y un segundo "pico" después de los 50 años de edad. La enfermedad de Hodgkin es más frecuente en los varones. En la enfermedad de Hodgkin en la infancia, este predominio masculino es incluso más sorprendente, de forma que más del 80% de los pacientes son varones.

El principal obstáculo para examinar la causa de la enfermedad de Hodgkin es la incapacidad de aislar y estudiar la célula neoplásica (auténtica). A diferencia de los linfomas no Hodgkin, no se han demostrado de forma consistente alteraciones cromosómicas en la enfermedad de Hodgkin.

3. MANIFESTACIONES FÍSICAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los pacientes con enfermedad de Hodgkin suelen presentar un proceso localizado que se disemina posteriormente a estructuras linfoides contiguas; en última instancia, se disemina a tejidos no linfoides con posibilidad de producir la muerte del paciente. A menudo, los enfermos debutan con una masa o grupo de ganglios linfáticos aumentados de tamaño, duros, móviles e indoloros. Aproximadamente, la mitad de los pacientes presentan adenopatías en cuello, y más del 70% debutan con linfadenopatías superficiales. Debido a que estas linfadenopatías no suelen ser dolorosas, la detección por parte del paciente puede retrasarse hasta que los ganglios linfáticos adquieren un tamaño muy grande. Aproximadamente el 50 a 60% de los pacientes debutan con adenopatías mediastínicas. En ocasiones, estas adenopatías se detectan por primera vez mediante una radiografía de tórax. Los ganglios afectados con la enfermedad de Hodgkin suelen tener un carácter axial, a diferencia de los linfomas no Hodgkin en los que existen tendencia a que los ganglios sean centrifugos y a que afecten a la zona epitroclear. En el 2 a 5% de los pacientes, las adenopatías u otros tejidos afectados por enfermedad de Hodgkin suelen ser dolorosos tras la ingestión de alcohol. El crecimiento de los ganglios linfáticos puede ser muy variable.

La mayoría de los pacientes que debuta con enfermedad de Hodgkin presentan pocos o ningún hallazgo en relación con su enfermedad. Algunos pacientes pueden presentar fiebre fluctuante acompañada de sudoración nocturna profusa. Estos cuadros febriles suelen persistir durante unas semanas y seguirse de intervalos afebriles. Estos

síntomas se observan sobre todo en pacientes de más edad y en los que la enfermedad está en un estadio avanzado. Otro importante hallazgo de presentación es la pérdida de peso superior al 10%. *La fiebre, la sudoración nocturna y la pérdida de peso constituyen la sintomatología B.* Otros síntomas más frecuentes son fatiga, malestar y debilidad. El prurito aparece en el 10% de los pacientes y suele ser generalizado. Las manifestaciones son infrecuentes. En ocasiones, algunos pacientes debutan con obstrucción de la vena cava superior como primer hallazgo. El cuadro de compresión súbita de la médula espinal suele ser el síntoma inicial, aunque habitualmente aparece como complicación de la enfermedad progresiva. En los pocos pacientes que presentan enfermedad de Hodgkin intracraneal pueden aparecer cefalea o trastornos visuales, y la afectación abdominal puede producir dolor, trastornos intestinales e incluso ascitis.

El diagnóstico diferencial es similar al descrito en el linfoma no Hodgkin. Las adenopatías persistentes durante 4 a 6 semanas y con un diámetro superior a 1 cm. deben ser biopsiados.

Los cuidados de enfermería al paciente con linfoma de Hodgkin, según las manifestaciones físicas que presente son, entre otros, los siguientes:

- **Manejo del prurito (3550):**

- Determinar la causa del prurito, en este caso la aparición de un linfoma de Hodgkin.
- Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones).
- Colocar guantes o tablillas en la mano o en el codo durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente.
- Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente.
- Administrar antipruriginosos, según esté indicado.
- Administrar antagonistas opiáceos, según esté indicado.
- Aplicar crema antihistamínica, según sea conveniente.
- Aplicar frío para aliviar la irritación.
- Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.
- Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.
- Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy estrecha y tejidos de lana o sintéticos.
- Enseñar al paciente a mantener cortas las uñas.
- Instruir al paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos.
- Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana, según sea conveniente.
- Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien.

- **Regulación de la temperatura (3900):**
 - Comprobar la temperatura en los intervalos de tiempo indicados.
 - Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
 - Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
 - Observar color y temperatura de la piel.
 - Observar y registrar, signos y síntomas de hipertermia.
 - Favorecer ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
 - Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
 - Explicar signos y síntomas de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.
 - Utilizar colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.
 - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
 - Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.
 - Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.
- **Manejo de la energía (0180)** (desarrollado en temas anteriores).

4. DETERMINACIÓN Y CLASIFICACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

La determinación de enfermedad de Hodgkin requiere la realización de una biopsia que contenga suficiente tejido como para permitir un diagnóstico microscópico preciso. Las muestras de biopsia se suelen tomar de los ganglios linfáticos. La punción-aspiración con aguja fina y las biopsias de aguja no son adecuadas para el diagnóstico histológico de enfermedad de Hodgkin.

Los criterios para la determinación y clasificación de la enfermedad de Hodgkin no se han modificado desde 1966 en que se adoptó la clasificación de Rye. Como ya se ha señalado, es fundamental para el diagnóstico la presencia de células de Reed-Sternberg, que son unas células de gran tamaño. Es importante destacar que las células de RS se pueden observar a veces en otros trastornos como linfomas no Hodgkin. Por tanto, el diagnóstico exacto depende de otras características adicionales celulares y estructurales del tejido, y también de los datos obtenidos en estudios inmunológicos. En la clasificación de Rye, la enfermedad de Hodgkin se subdivide en cuatro tipos. Estas variantes definen entidades diferentes y cada una de ellas presenta una evolución natural característica. Es muy importante subrayar que *el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad de*

Hodgkin dependen del estadio de la enfermedad mientras que en el linfoma no Hodgkin el tratamiento y el pronóstico dependen básicamente del subtipo histológico.

CUADRO 1. Clasificación de Rye en la enfermedad de Hodgkin.				
Subgrupo Histológico	Incidencia %	Anatomía patológica		Pronóstico
		RS	* Otros	
Predominio linfocítico	2-10	Infrecuentes	Predominio de linfocitos de aspecto normal.	Excelente
Esclerosis nodular	40-80	Frecuentes lagunas	Nódulos linfoides, bandas de colágena.	Muy bueno
Celularidad mixta	20-40	Numerosas	Infiltrado pleomórfico	Bueno
Depleción linfocítica	2-15	Numerosas, con frecuencia abigarradas	Escasez de linfocitos, pleomorfismo, fibrosis	Malo

* RS = Células de Reed-Sternberg.

5. DETERMINACIÓN DEL ESTADO Y OTRAS ALTERACIONES DE LABORATORIO

Clasificación de Ann Arbor. Tras la biopsia y la clasificación anatomopatológica de la enfermedad de Hodgkin, se debe definir la extensión del proceso (es decir, el estadio) que es esencial para la selección del tratamiento óptimo. En la clasificación por estadios de Ann Arbor, al paciente se le clasifica de acuerdo a un estadio clínico y anatomopatológico. El estadio clínico se define por la aparente extensión del proceso según la exploración física y a otras pruebas no invasoras. El estadio anatomopatológico se define por los datos obtenidos mediante pruebas invasoras, como muestras de biopsia obtenidas de diferentes localizaciones, habitualmente durante una laparotomía para determinar el estadio. La presencia de afectación extralinfática puede incluir una afectación solitaria del pulmón, pericardio o hueso. La afectación multifocal de estos órganos se suele definir como enfermedad diseminada. La afectación ósea se debe separar de la afectación de médula ósea debido a que esta última y la afectación hepática constituyen por definición un estadio IV de la enfermedad diseminada.

La presencia de manifestaciones sistémica de importancia pronóstica se designa por el sufijo B, y su ausencia por el sufijo A. La sintomatología B consiste en pérdida de peso superior al 10% del peso corporal, fiebre y sudoración nocturna. La presencia de cualquiera de estos síntomas da lugar a un pronóstico menos favorable. Como ya se ha señalado previamente, la definición del estadio anatomopatológico es esencial para determinar el tratamiento óptimo. Los pacientes con afectación limitada, como un estadio anatomopatológico IA o IIA, pueden ser tratados de forma eficaz sólo con radioterapia, mientras que los pacientes con un proceso más diseminado, como un estadio anatomopatológico IIIB, IVA o IVB, son tratados de forma más eficaz con quimioterapia, sólo o en combinación con radioterapia.

Procedimientos de determinación del estadio tras la determinación de biopsia.

Los estudios diagnósticos recomendados para la determinación del estadio se señalan en el cuadro 7 del tema anterior. Existe un acuerdo general sobre los estudios que se consideran esenciales. Es fundamental una exploración física detallada con atención especial a las zonas de afectación ganglionar y a la posible presencia de esplenomegalia. La radiografía de tórax suele ser suficiente para excluir afectación mediastínica, hiliar, pleural y parenquimatosa. No obstante, en los pacientes con afectación torácica demostrable, la TC torácica define con mayor exactitud la extensión del proceso. La TC abdominal y pélvica tiene un lugar definido en la determinación del estadio de la enfermedad de Hodgkin para la valoración de afectación ganglionar, esplénica y hepática. Esta técnica permite la localización exacta y extensión de todos los ganglios linfáticos aumentados de tamaño, como los parailíacos, mesentéricos y retrocraurales en comparación con la linfariografía que permite valorar únicamente los ganglios linfáticos paraaórticos e ilíacos internos y externos. No obstante, la TC abdominopélvica presenta varias limitaciones; requiere un aumento de tamaño del ganglio linfático para su detección, y tiene menos sensibilidad para detectar la afectación esplénica (50 a 60%) y la infiltración hepática (25%).

Los pacientes que permanecen clínicamente en estadio I, II o IIIA deben someterse a pruebas diagnósticas de carácter más invasor. La linfangiografía de las extremidades inferiores es muy útil para demostrar la presencia de adenopatías paraaórticas e ilíacas; esta técnica es más sensible que la TC abdominopélvica debido a que puede detectar la afectación de ganglios linfáticos de tamaño normal. Además, la linfagiografía es útil antes de la laparotomía para dirigir al cirujano hacia los ganglios linfáticos que debe biopsiar. No obstante, el grado de seguridad y exactitud de este procedimiento depende en gran medida de la experiencia del radiólogo. Cuando se considera la realización de una laparotomía para determinar el estadio, los pacientes deben someterse a *biopsia de médula ósea bilateral* y a *biopsia hepática* percutánea para excluir un estadio IV. El papel desempeñado por la laparotomía sigue siendo controvertido. Desde el punto de vista histórico, la laparotomía con esplenectomía ha desempeñado un papel importante en el conocimiento de la biología de la enfermedad de Hodgkin. La laparotomía comprende la

biopsia de ganglios linfáticos seleccionados a nivel del retroperitoneo la esplenectomía y varias biopsias de aguja y en cuña del hígado. Tradicionalmente, todos los pacientes sin una enfermedad obvia en estadio IV eran sometidos a laparotomía, y casi la tercera parte de los mismos presentaban una modificación en su estadio clínico inicial como resultado de este procedimiento. Por ejemplo, la tercera parte de los pacientes con bazo de tamaño normal presentaban infiltración tumoral demostrable en la laparotomía, mientras que el 25% con esplenomegálía clínica no presentaban signos histológicos de enfermedad. De la misma forma, la infiltración hepática por enfermedad de Hodgkin se asocia con esplenomegalia. La laparotomía no se debe realizar en los pacientes que van a recibir quimioterapia según su estado clínico debido a que es raro que este estadio se modifique a la baja tras la laparotomía. En pacientes seleccionados, la laparoscopia realizada por un médico experto puede sustituir a la laparotomía. Finalmente, en el cuadro 7 se incluyen diversos estudios auxiliares que pueden ser muy útiles en pacientes seleccionados. La gammagrafía es útil para vigilar la respuesta al tratamiento y para diferenciar la afectación de la fibrosis ganglionar intensa. Es necesaria la gammagrafía al principio de la determinación del estadio para valorar si el linfoma tiene avidéz por el galio.

Alteraciones de laboratorio. Los recuentos hemáticos completos, como las pruebas de función hepática y renal son necesarias en el estudio diagnóstico, aunque no aportan información sobre la extensión de la enfermedad de Hodgkin. En los pacientes con enfermedad de Hodgkin puede existir una anemia normocrómica y normocítica de grado moderado en asociación con una concentración sérica disminuida de hierro y con una capacidad disminuida de fijación de hierro, aunque con depósitos normales o aumentados de hierro en la médula ósea. Es frecuente una reacción leucemoide moderada o intensa, sobre todo en los pacientes sintomáticos, y que suele desaparecer tras el tratamiento. No es frecuente la eosinofilia periférica leve, especialmente en los pacientes con prurito. También se puede observar una monocitosis absoluta. La linfocitopenia absoluta (< 1000 células por milímetro cúbico) se suele observar en los pacientes con estadios más avanzados de la enfermedad. Se han valorado muchas pruebas como indicadores de la actividad del proceso. Hasta el momento, la velocidad de sedimentación eritrocitaria sigue siendo la mejor prueba de control, aunque carece de especificidad y puede normalizarse cuando todavía es demostrable la presencia de efectucción residual. Otras alteraciones de laboratorio son el incremento en las concentraciones séricas de cobre, calcio, ácido láctico, fosfatasa alcalina, lisozimas, globulinas, proteínas C reactiva y otros reactantes de fase aguda.

En el contexto de una enfermedad de Hodgkin serán múltiples las veces que se tendrán que realizar determinaciones de sangre. Los cuidados de enfermería son los siguientes:

- **Flebotomía: muestra de sangre venosa (4238)** (desarrollado en temas anteriores).
- **Interpretación de datos de laboratorio (7690)** (desarrollado en temas anteriores).

Alteraciones inmunológicas. La enfermedad de Hodgkin se asocia con un defecto inmunológico bien descrito aunque mal conocido. Los pacientes no tratados, incluidos los que presentan un proceso limitado, muestran alteraciones en la inmunidad celular caracterizados por anergia frente a las pruebas cutáneas usuales. En diversos estudios, la disminución en la reactividad inmunológica se ha correlacionado con el estudio avanzado de la enfermedad y con la presencia de sintomatología general. No obstante, la anergia de recuerdo y frente a neoantígenos parece no tener importancia pronóstica. Tras el tratamiento eficaz, la anergia desaparece, aunque todavía persiste en algunos pacientes frente a los neoantígenos. La presencia de otras alteraciones en la función de las células T, sugiere un defecto en la función inmunológica anterior y posterior al tratamiento. En los pacientes no tratados es normal la inmunidad humoral, con producción de anticuerpos frente a antígenos solubles. Por tanto, los enfermos que se someten a laparotomía por determinación del estadio y esplenectomía desarrollan una inmunidad humoral frente a antígenos neumocócicos cuando se vacunan con la vacuna neumocócica antes del tratamiento. El efecto clínico es limitado. Excepto por una incidencia superior a la normal de cuadros de herpes zóster, estos pacientes no presentan infecciones oportunistas.

6. EVOLUCIÓN NATURAL EN RELACIÓN CON EL SUBTIPO HISTOLÓGICO

Los pacientes con enfermedad de Hodgkin de predominio linfocítico suelen permanecer asintomáticos cuando acuden al médico por primera vez, y también suelen presentar un proceso localizado. Habitualmente, estos pacientes son jóvenes; en su mayoría son varones. La variable esclerosis nodular de la enfermedad de Hodgkin se observa con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes con enfermedad localizada; una parte de ellos son mujeres jóvenes que presentan una masa mediastínica de gran tamaño. La variante de depleción linfocítica de la enfermedad de Hodgkin suele estar diseminada en el momento del diagnóstico y aparece con mayor frecuencia en pacientes de edad más avanzada en los que a menudo existe sintomatología general. Hay una tendencia hacia un pico de edad más avanzada (30–40 años) que en la esclerosis nodular, y aproximadamente la mitad de estos pacientes presentan un proceso avanzado. Los enfermos con enfermedad de Hodgkin, en los casos que no son tratados, presentan una evolución más indolente asociada a una supervivencia mayor, y tienen más probabilidades de curarse con la radioterapia. No obstante todos los pacientes con Hodgkin y que reciben quimioterapia presentan supervivencias comparables a largo plazo, con independencia del subtipo histológico.

Las masas torácicas de gran tamaño responden mal a la quimioterapia o a la radioterapia aunque lo hacen mejor frente al tratamiento de combinación. El pronóstico es malo si la enfermedad es resistente al tratamiento primario, o cuando aparece una recidiva durante los primeros 12 meses. Los síntomas sistémicos B implican un pronóstico

sombrio, especialmente cuando aparecen los tres de forma simultánea. Finalmente, los varones parecen tener un pronóstico peor que las mujeres cuando se controlan las variables de edad, estadio y cuadro histológico.

7. MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE HODGKIN

Básicamente, todos los pacientes pueden y deben ser tratados con fines curativos. La radioterapia puede curar a más del 80% de los pacientes con enfermedad de Hodgkin localizada, y la quimioterapia a más del 50% de los que presentan afectación diseminada. *El tratamiento de elección depende totalmente del estadio de la enfermedad.* Por tanto, es esencial que la valoración que se realiza antes del tratamiento sea precisa y concienzuda, con el objeto de definir el tratamiento óptimo. Esto requiere un esfuerzo multidisciplinario en centros importantes de oncología. El tratamiento de la enfermedad de Hodgkin se está reevaluando continuamente para mejorar las tasas de supervivencia asintomática y disminuir la toxicidad.

Radioterapia. La radioterapia administrada sin combinar se ha valorado en los pacientes con estadios IA, IIA, IB, IIB y en algunos pacientes en estadio IIIA. Tras el descubrimiento de que la enfermedad de Hodgkin se disemina por contigüidad linfática, se diseñaron tres tipos de campos de irradiación:

1. El campo del manto.
2. El campo paraaórtico.
3. La irradiación pélvica.

Cuando existe una afectación ganglionar pélvica macroscópica, también se irradia los ganglios femorales. En la actualidad, los pacientes reciben irradiación del manto y paraaórtica, y solo de forma ocasional irradiación ganglionar total.

Los pacientes con enfermedad de Hodgkin tratados con irradiación del manto o paraaórtica presentan una supervivencia en casi el 80% de los casos. Los enfermos en fases precoces parecen presentar un mayor riesgo de recidivas en comparación con los pacientes con afectación mediastínica menor, y deben ser tratados con una modalidad terapéutica de combinación.

La radioterapia puede causar complicaciones agudas y tardías. Entre los efectos agudos cabe citar sequedad de boca transitoria, faringitis, fatiga y pérdida de peso; de forma infrecuente, los pacientes pueden desarrollar una mielitis entre nueve meses y varios años tras el tratamiento. También pueden aparecer parestésias en las extremidades inferiores tras la flexión del cuello o los muslos tras varios meses de irradiación. Este síndrome suele desaparecer espontáneamente. Otros efectos colaterales a largo plazo comprenden la neumonitis y la fibrosis pulmonar. Los efectos tardíos comprenden la lesión cardiaca con derrame pericárdico, con o sin pericarditis constrictiva, así como la lesión miocárdica que se observa en casos muy raros. La irradiación paraaórtica no suele producir efectos adversos

importantes. La irradiación pélvica ocasionan una forma aguda a una diarrea transitoria. Además, cada vez se observan más tumores secundarios.

Los cuidados de enfermería al paciente sometido a radioterapia son, entre otros, los siguientes:

- Manejo de la radioterapia (6600) (desarrollado en temas anteriores).

Quimioterapia. En 1973 se habían identificado cinco agentes eficaces en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin, a saber, agentes alquilantes, alcaloides de la vinca, procabarcina, metrotexato y prednisona. Casi todos los pacientes, presentan cierto grado de náuseas y vómitos que puede ser disminuido por el tratamiento antiemético. Se observan con frecuencia supresión de la médula ósea, leucopenia y, ocasionalmente, trombocitopenia. Con menos frecuencia se han observado cuadro de neutropenia con aumento de la susceptibilidad a la infección.

Los cuidados de enfermería al paciente sometido a tratamiento con quimioterapia son, entre otros, los siguientes:

- Manejo de la quimioterapia (2240) (desarrollado en temas anteriores).

CUADRO 2. Quimioterapia que desempeña un papel importante.

Cáncer: Enfermedad de Hodgkin.

Fármacos de elección en la actualidad:

- Doxorubicina + bleomicina + vinblastina + dacarbazina (ABVD) + ciclofosfamida ABVD alternados con MOPP.
- Mecloretamina + vincristina + procarbicina + prednisona (MOPP).
- Mecloretamina + vincristina + procarbicina + doxorubicina + bleomicina + vinblastina (MOP/AVB).
- Cloranbucil + vinblastina + procarbicina + prednisona (CVPP) + carmustina.
- Trasplante de médula ósea con lomustina, ciclofosfamida, etopósido.

Fármacos alternativos:

- Lobustina, carmustina, etopósido, cisplatino + etopósido, tenipósido, estreptozocina, metrotexato, ifosfamida + mesna, nitoguazona.

Cáncer: Linfoma no Hodgkin.

Fármacos de elección en la actualidad:

- Ciclofosfamida.
- Ciclofosfamida + vincristina + metotrexato.
- Ciclofosfamida + citarabina a dosis elevadas + metotrexato con leucovorina.

Fármacos alternativos:

- Carmustina, metotrexato, ifosfamida + mesna.

CUADRO 3. Quimioterapia que desempeña un papel moderado.

Cáncer: Linfoma no Hodgkin.

Fármacos de elección en la actualidad:

- Ciclofosfamida o clorambucil + vincristina y prednisona + etopósido (combinaciones que no son demostrablemente superiores a los agentes administrados de forma aislada).

Fármacos alternativos:

- Citarabina, asparaginasa, metotrexato, interferón.

Etapas de la enfermedad de Hodgkin en los adultos.

Una vez que se encuentra la enfermedad de Hodgkin, se harán pruebas adicionales para determinar si el cáncer se ha diseminado desde el lugar en que se originó a otras partes del cuerpo. A este examen se le llama clasificación por etapas. El personal sanitario necesitará saber la etapa en que se encuentra su enfermedad para planificar el tratamiento adecuado.

Su médico podría determinar la etapa de la enfermedad por medio de una valoración física completa que puede incluir análisis de sangre y varias clases de radiografías.

Este tipo de clasificación por etapas se denomina clasificación por etapas clínicas. En algunos casos quizás se tenga que realizar una operación llamada laparotomía para determinar la etapa del cáncer. Durante esta operación, se hará un corte en el abdomen y observará cuidadosamente los órganos para ver si contienen cáncer, recortará pedazos pequeños (biopsia) de tejidos durante la operación y los observará a través del microscopio para ver si tienen cáncer.

Este tipo de clasificación por etapas se denomina clasificación por etapas patológica. Generalmente, se hará una clasificación patológica sólo cuando sea necesario para ayudar al médico a planificar el tratamiento. Además, cada etapa de la enfermedad de Hodgkin se divide "A" o "B", dependiendo de si el paciente presenta un tipo de síntomas, conocidos como síntomas B. Entre las manifestaciones B se encuentran los siguientes: pérdida de más del 10% de peso en los últimos 6 meses, fiebre sin causa conocida excepto la enfermedad de Hodgkin y sudoración nocturna que le deja el cuerpo mojado. Por ejemplo, si el paciente estuviera en etapa I sin manifestaciones del grupo B, la enfermedad estaría en etapa IA; si el paciente estuviera en etapa I con síntomas B, la enfermedad estaría en etapa IB.

Para la enfermedad de Hodgkin se emplean las siguientes etapas:

Etapa I:

El cáncer se encuentra en una sola área de los ganglios linfáticos o en una sola área u órgano fuera de los ganglios linfáticos.

Etapa II:

La enfermedad se encuentra en la etapa II en cualquiera de los siguientes casos:

- El cáncer se encuentra en dos o más áreas de los ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma (el músculo delgado que se encuentra debajo de los pulmones que le ayuda a respirar).
- El cáncer se encuentra en una sólo área o un sólo órgano fuera de los ganglios linfáticos y en los ganglios linfáticos circundantes. Otras áreas de los ganglios linfáticos en el mismo lado del diafragma podrían tener cáncer también.

Etapa III:

El cáncer se encuentra en áreas de los ganglios linfáticos en ambos lados del diafragma. El cáncer también se podía haber diseminado a un área u órgano cerca de las áreas de los ganglios linfáticos, al bazo o a ambos.

Etapa IV:

La enfermedad se encuentra en cualquiera de los siguientes casos:

- El cáncer se ha diseminado en más de un sitio a uno o varios órganos fuera del sistema linfático. Podría o no encontrarse células cancerosas cerca de estos órganos.
- El cáncer se ha diseminado a un sólo órgano fuera del sistema linfático, pero lejos de ese órgano que se encuentra comprometido.

Recurrente:

La enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer (recurrido) después de haber sido tratado. Puede volver al área donde se originó o a otra parte del cuerpo.

RESUMEN

Las manifestaciones físicas que pueden presentar los pacientes con enfermedad de Hodgkin son:

- Una masa o grupo de ganglios linfáticos aumentados de tamaño, duros, móviles e indoloros.
- El 50% de los pacientes pueden presentar adenopatías en el cuello.
- El 7,05% debutan con linfadenopatías superficiales.
- El 50%-60% debutan con adenopatías mediastínicas.
- El crecimiento de los ganglios linfáticos puede ser muy variable.
- Algunos pacientes pueden presentar fiebre fluctuante acompañada de sudoración nocturna profusa.
- Pérdida de peso superior al 10%.
- Otros síntomas más frecuentes son fatiga, debilidad y malestar.
- El prurito aparece en el 10% de los pacientes y suele ser generalizado.

El manejo de la enfermedad de Hodgkin se realiza:

- Para obtener fines curativos.

RESUMEN

- La radioterapia puede curar a más del 80% de los pacientes con la enfermedad localizada.
- La quimioterapia a más del 50% de los pacientes que presentan afectación diseminada.
- El tratamiento de elección depende totalmente del estadio de la enfermedad.

Los cuidados de enfermería al paciente sometido a biopsia son, entre otros, los siguientes:

- Manejo de muestras (7320).
- Ayuda en la exploración (7680).
- Cuidados del sitio de incisión (3440).

Los cuidados de enfermería al paciente con linfoma de Hodgkin, según las manifestaciones físicas que presente son, entre otros, los siguientes:

- Manejo del prurito (3550).
- Regulación de la temperatura (3900).
- Manejo de la energía (0180).

En el contexto de una enfermedad de Hodgkin serán múltiples las veces que se tendrán que realizar determinaciones de sangre. Los cuidados de enfermería son los siguientes:

- Flebotomía: muestra de sangre venosa (4238).
- Interpretación de datos de laboratorio (7690).

BIBLIOGRAFÍA

- Calabresi P et al. Medical Oncology: basic principles and clinical management of cancer. New York. Macmillan, 1995.
- Cline MJ. Molecular diagnosis of human cancer. Lab Invest 61:386, 1996.
- De Vita VT JR et al. Cáncer: principios y prácticas de oncología. Lippincott. 1991.
- Lister TA. The management of follicular lymphoma. Ann Oncol 1991.
- San Miguel JF, Tomás JF, Martín MJ, et al. Linfomas no hodgkinianos II. 1988.
- Artículos médicos. Hospital Reina Sofía de Córdoba. 1998.
- McCloskey Dorchterman J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier-Mosby. Madrid. 2005.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación. Madrid. Elsevier. 2007-2008.