

LINFOMA FOLICULAR 101

- El linfoma folicular es un subtipo de linfoma no Hodgkin (NHL) que se origina en linfocitos B.
- Esta condición surge cuando un linfocito B sufre una mutación, transformándolo de una célula normal y saludable en una célula de linfoma folicular.
- Este subtipo de linfoma representa del 20% al 30% de todos los casos de NHL.
- El linfoma folicular se caracteriza por una mutación específica que impide que las células sufran apoptosis (muerte celular programada), resultando en un cáncer de crecimiento lento en lugar de uno caracterizado por una rápida proliferación celular.
- Al momento del diagnóstico, los pacientes a menudo han tenido el linfoma durante un período prolongado sin síntomas notables.
 - En ocasiones, los pacientes pueden presentar dolor debido a un ganglio linfático grande que presiona un órgano, fiebre, sudores nocturnos o pérdida de peso inexplicable.
- Después del diagnóstico, se realizan tomografías por emisión de positrones (PET) para determinar el estadio del linfoma. Luego, se discutirá la estrategia inicial de tratamiento o el enfoque de observación y espera. [Source]

CONSEJOS DE EXPERTOS EN LINFOMA
 "Normalmente, cuando recibimos a un paciente con linfoma folicular recién diagnosticado, la enfermedad está muy extendida. Eso, por supuesto, hace que las personas se sientan temerosas. Pasamos mucho tiempo tranquilizándolos de que no es un problema típico del linfoma folicular. Todos quieren saber su estadio, por supuesto, pero el estadio no importa tanto en el linfoma folicular. No te preocupes tanto por el estadio, concédele más importancia a la carga de la enfermedad." - Dr. Brad Kahl

"Si tenemos un paciente que llega a nosotros con un diagnóstico nuevo de linfoma folicular y no tiene síntomas y su carga tumoral es muy baja, a menudo recomendamos un enfoque inicial de no tratamiento, lo cual es algo extraño para los pacientes escuchar." - Dr. Brad Kahl

"Aproximadamente 2 de cada 10 pacientes recién diagnosticados pueden pasar 10 años sin necesitar ningún tratamiento. Por eso, comenzamos con una estrategia de observación y espera para algunos pacientes. Si la enfermedad comienza a crecer, o si el paciente comienza a presentar síntomas, podemos iniciar el tratamiento en ese momento. Los estudios muestran que el tratamiento funcionará igual de bien que si lo hubiéramos comenzado en el diagnóstico inicial." - Dr. Brad Kahl

"Cuando tengo pacientes que están lejos de nuestro centro, les doy una tarjeta con nuestro número de teléfono y les digo: si sientes que algo está yendo mal, llámanos. No me importa si son las 2 de la mañana, llámanos. No es tu trabajo averiguar qué está saliendo mal. Ese es nuestro trabajo. Solo es tu trabajo describirnos lo que estás experimentando, y luego nosotros averiguaremos qué hacer." - Dr. Brad Kahl

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL LINFOMA FOLICULAR RECIÉN DIAGNOSTICADO

- El tratamiento más común para el linfoma folicular recién diagnosticado es una combinación de quimioterapia e inmunoterapia.
 - El régimen más comúnmente utilizado en los Estados Unidos es un régimen de dos fármacos: bendamustina (Treanda) (quimioterapia) y rituximab (Rituxan) (fármaco de inmunoterapia).
 - Programa de tratamiento: Administrado cada 28 días durante seis meses.
 - Efectividad: El 90% de los pacientes logran remisión, que dura más de cinco años. [Source]

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL LINFOMA FOLICULAR RECURRENTE/RESISTENTE

- El tratamiento más comúnmente utilizado para el linfoma folicular recurrente o resistente es una combinación de lenalidomida (Revlimid) (pastilla) y rituximab (Rituxan) (fármaco de inmunoterapia).
 - Efectividad: El 80% de los pacientes logran remisión, que dura de dos a tres años.
- Los anticuerpos monoclonales bispecíficos también son una opción. Dos han sido aprobados por la FDA en el último año y medio.
 - Son mosunetuzumab-axgb (Lunsumio) y epcoritamab-bysp (Epkinly). Los anticuerpos bispecíficos recubren las células tumorales y engañan a las células T saludables del paciente para que ataquen el cáncer.
 - Efectividad: El 80% de los pacientes obtiene algún tipo de respuesta; aproximadamente el 60% alcanza una remisión completa, que dura de dos a tres años.
- Las terapias con células T CAR son una opción adicional. Tres productos han sido aprobados por la FDA.
 - Son tisagenlecleucel (Kymriah), lisocabtagene maraleucel (Breyanzi) y axicabtagene ciloleucel (Yescarta).
 - Efectividad: Tasa de respuesta muy alta, alrededor del 50% de los pacientes sigue en remisión en el seguimiento de 3 a 4 años.
 - Mayor toxicidad y riesgo que los bispecíficos; la mayoría de los médicos recomienda probar los bispecíficos antes de CAR-T, aunque hay ciertos pacientes para los que CAR-T puede ser más adecuado antes de los bispecíficos.
- Por último, se pueden usar inhibidores de pequeñas moléculas.
 - Zanubrutinib (Brukinsa) (pastilla) dirige la enzima BTK. Se administra en combinación con obinutuzumab (Gazyva) (inmunoterapia).
 - Tazemetostat (Tazverik) (pastilla) dirige la proteína mutada en el linfoma folicular.
- Ensayos clínicos: Pregunta a tu médico si un ensayo clínico podría ser adecuado para ti.
- Al discutir las opciones de tratamiento con tu médico, asegúrate de considerar los pros y los contras de cada una, la actividad del tratamiento, los efectos secundarios a tener en cuenta y el costo.