

# VI CURSO SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DEL TPH PARA HEMATÓLOGOS NO TRASPLANTADORES Y COORDINADORES DE TRASPLANTE. GALICIA



Carlos Solano  
Servicio de Hematología y Hemoterapia  
Hospital Clínico Universitario  
Valencia

Santiago de Compostela, 1 febrero 2018

# Hitos del trasplante de médula ósea



“Mini”-TPH-SP

TMO alogénico  
1980-90

alogénico  
1990-2000

TSCU  
2000-2010

TDNE  
2000-2010

TPH  
haploidéntico

G-CSF

TASP  
1990-1995

TASP+ trat.  
in vitro  
1990-1995

TASP en  
tumores  
sólidos  
1990-2000

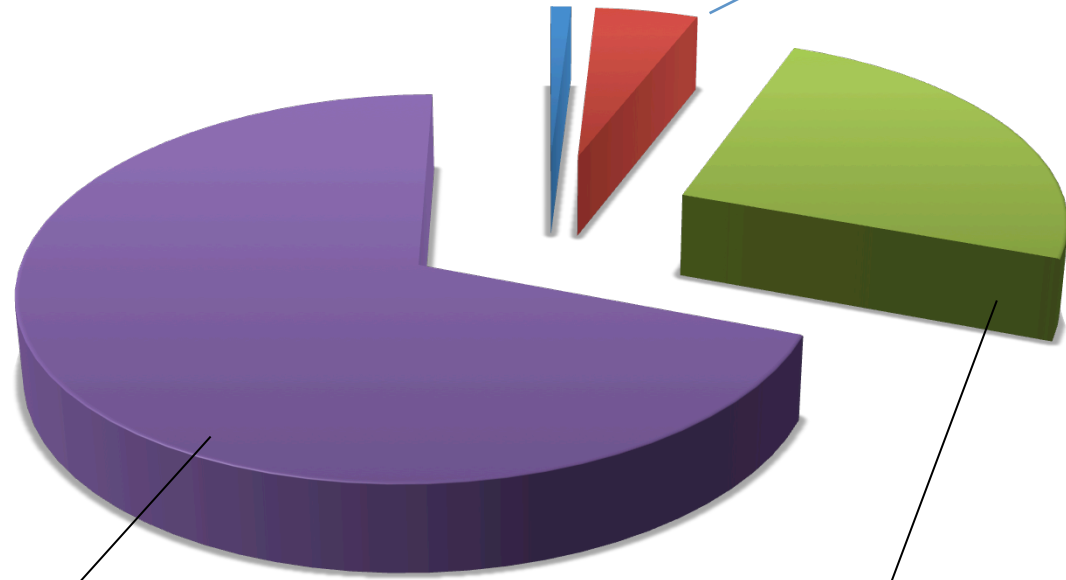
TASP +  
inmunoterapia  
2000-



# Probabilidad de tener un donante familiar HLA idéntico

Hermano gemelo <1%

Otros familiares compatibles: 5-7%

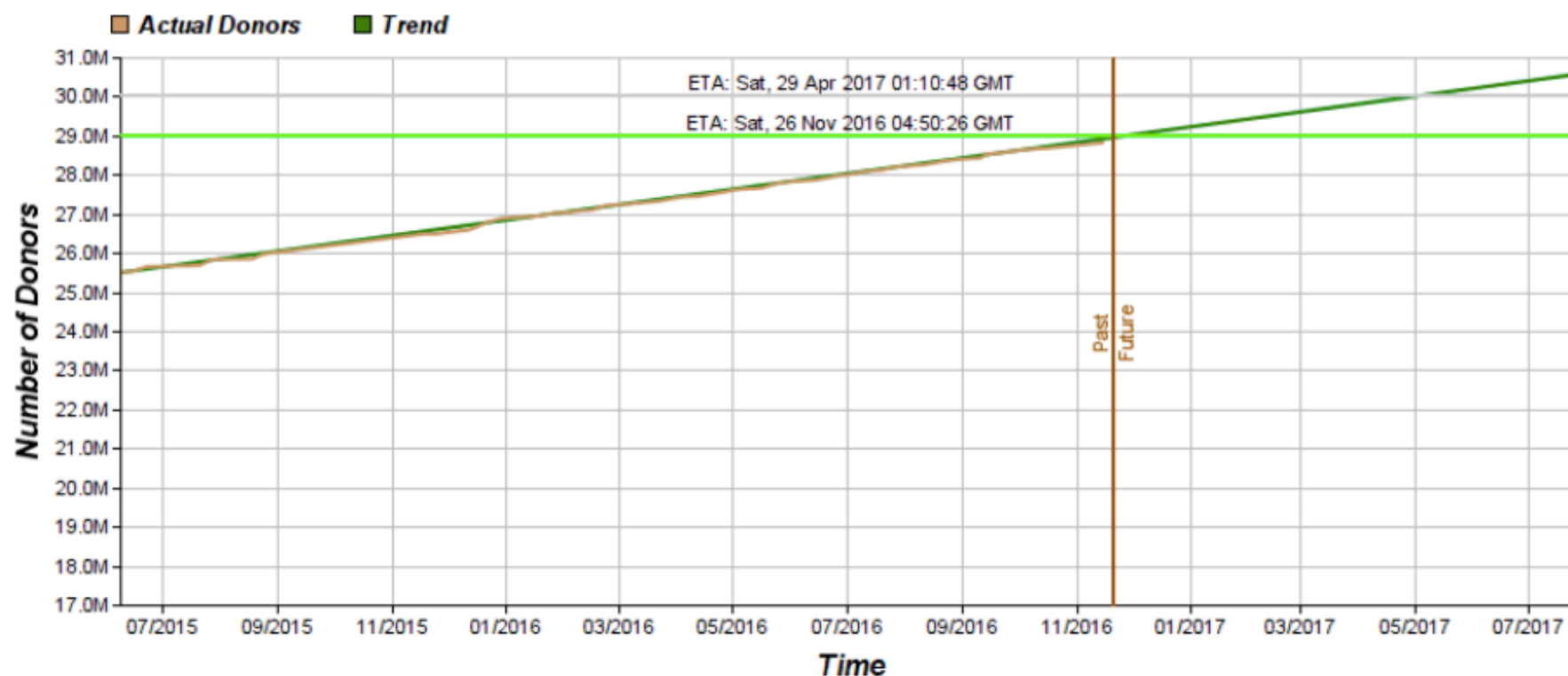


Sin donante familiar: 70%

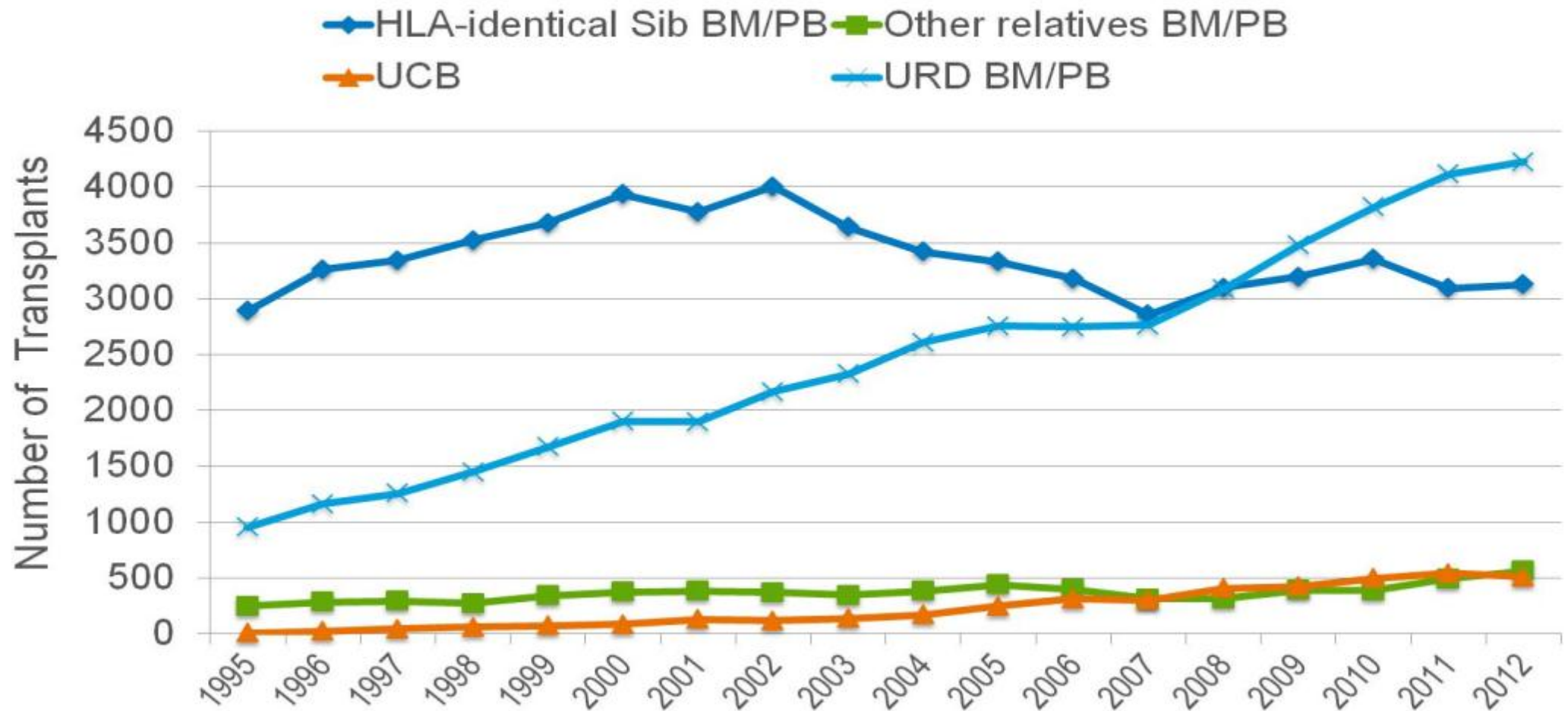
Hermano HLA-idéntico: 30 → 25%



# The road to 30 Million Statistics



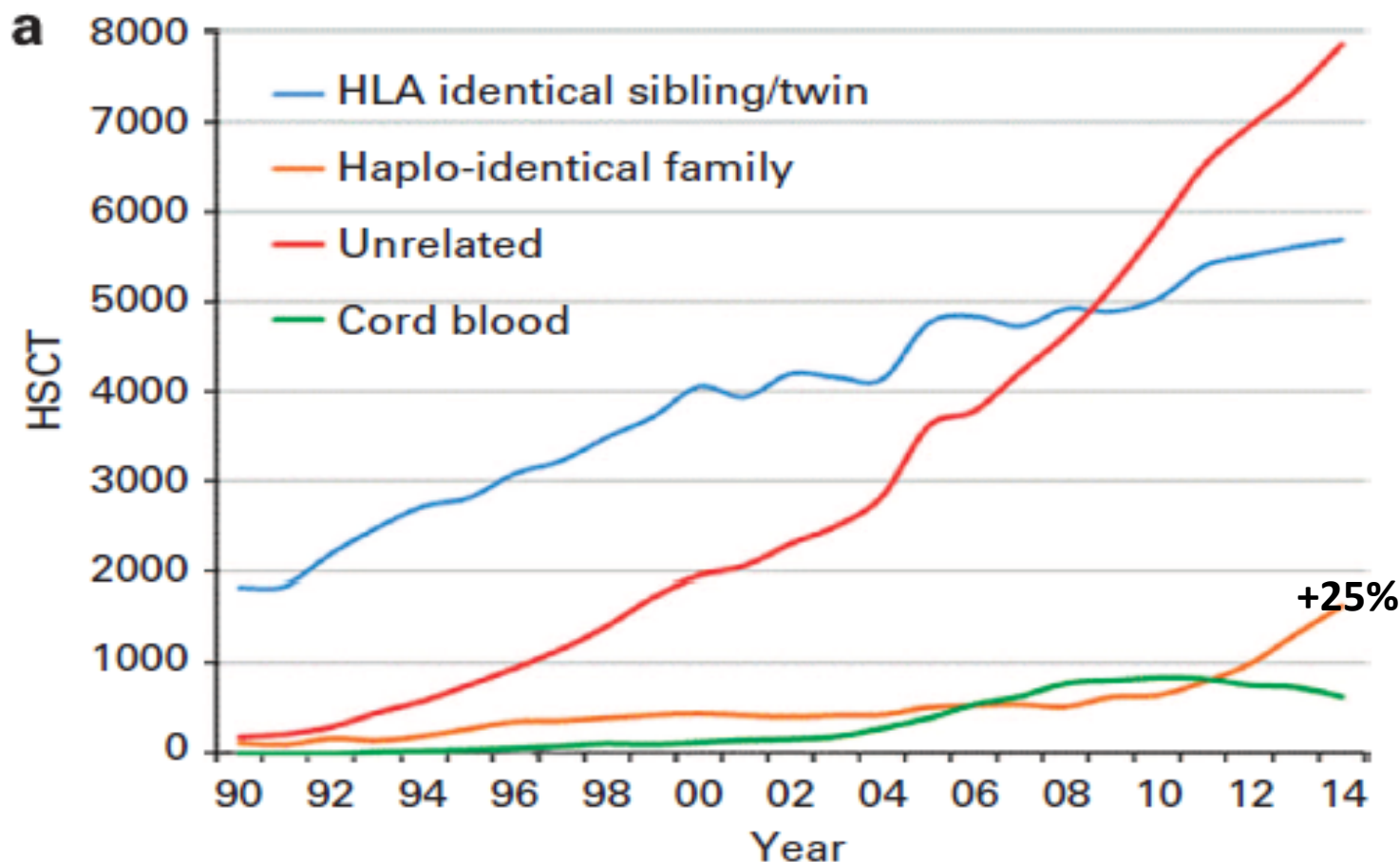
# Allogeneic Transplants for Age > 20 years, Registered with the CIBMTR



## ORIGINAL ARTICLE

## Hematopoietic stem cell transplantation in Europe 2014: more than 40000 transplants annually

JR Passweg<sup>1</sup>, H Baldomero<sup>1</sup>, P Bader<sup>2</sup>, C Bonini<sup>3</sup>, S Cesaro<sup>4</sup>, P Dreger<sup>5</sup>, RF Duarte<sup>6</sup>, C Dufour<sup>7</sup>, J Kuball<sup>8</sup>, D Farge-Bancel<sup>9</sup>, A Gennery<sup>10</sup>, N Kröger<sup>11</sup>, F Lanza<sup>12</sup>, A Nagler<sup>13</sup>, A Sureda<sup>6</sup> and M Mohty<sup>14</sup> for the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)





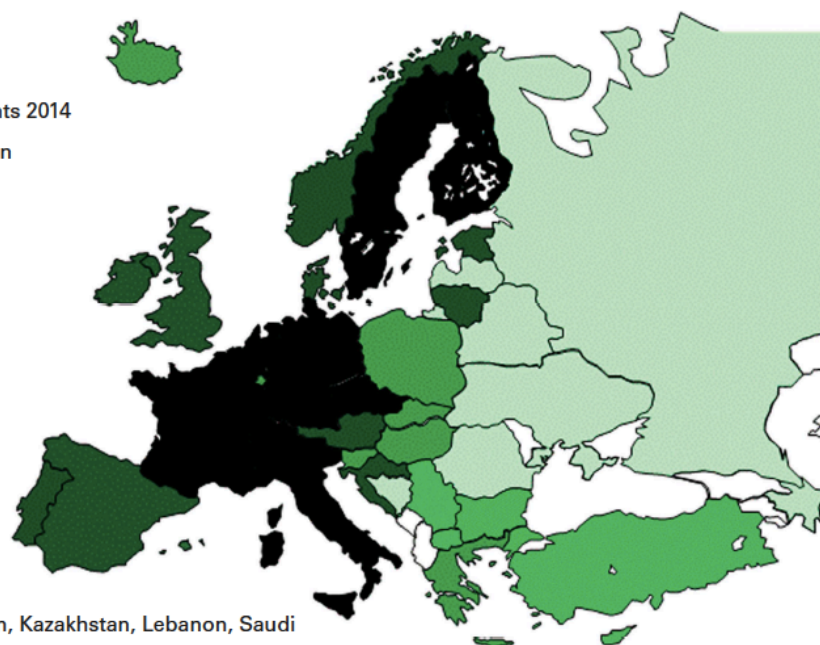
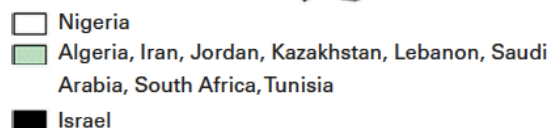
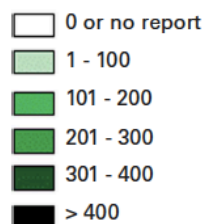
## ORIGINAL ARTICLE

## Hematopoietic stem cell transplantation in Europe 2014: more than 40000 transplants annually

JR Passweg<sup>1</sup>, H Baldomero<sup>1</sup>, P Bader<sup>2</sup>, C Bonini<sup>3</sup>, S Cesaro<sup>4</sup>, P Dreger<sup>5</sup>, RF Duarte<sup>6</sup>, C Dufour<sup>7</sup>, J Kuball<sup>8</sup>, D Farge-Bancel<sup>9</sup>, A Gennery<sup>10</sup>, N Kröger<sup>11</sup>, F Lanza<sup>12</sup>, A Nagler<sup>13</sup>, A Sureda<sup>6</sup> and M Mohty<sup>14</sup> for the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)

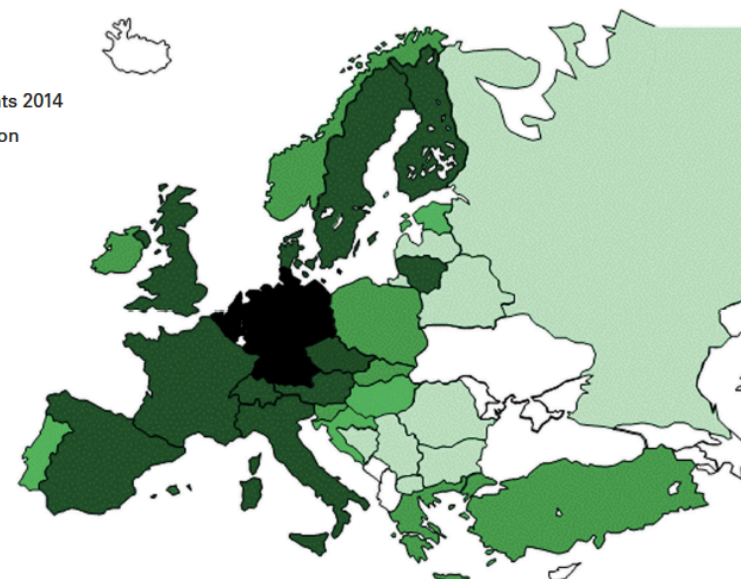
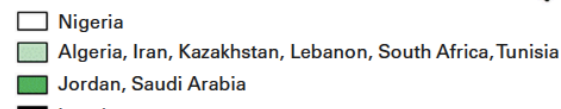
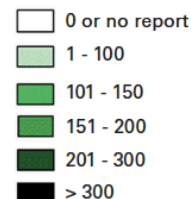
b

N. autologous transplants 2014  
per 10 million population

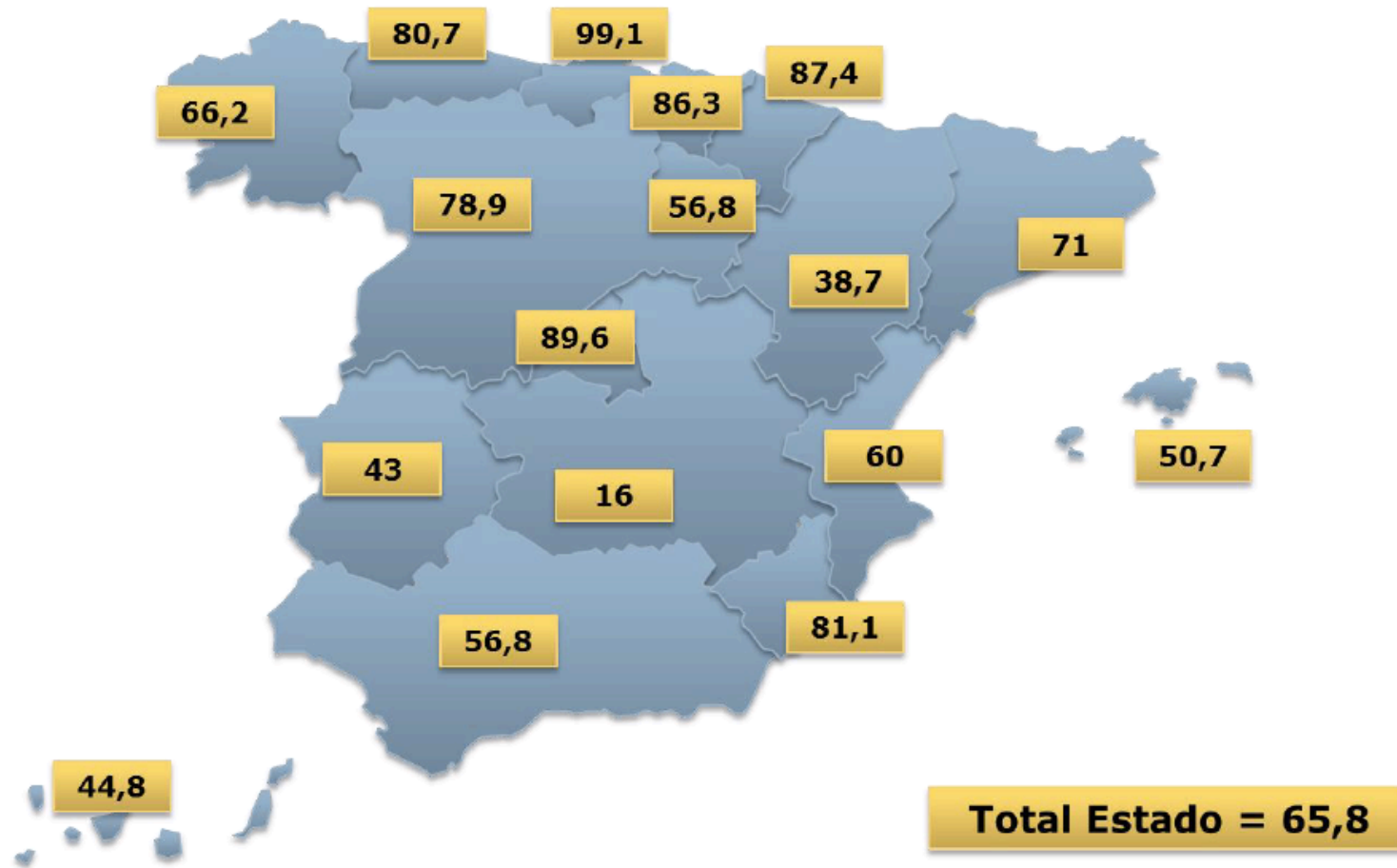


a

N. allogeneic transplants 2014  
per 10 million population

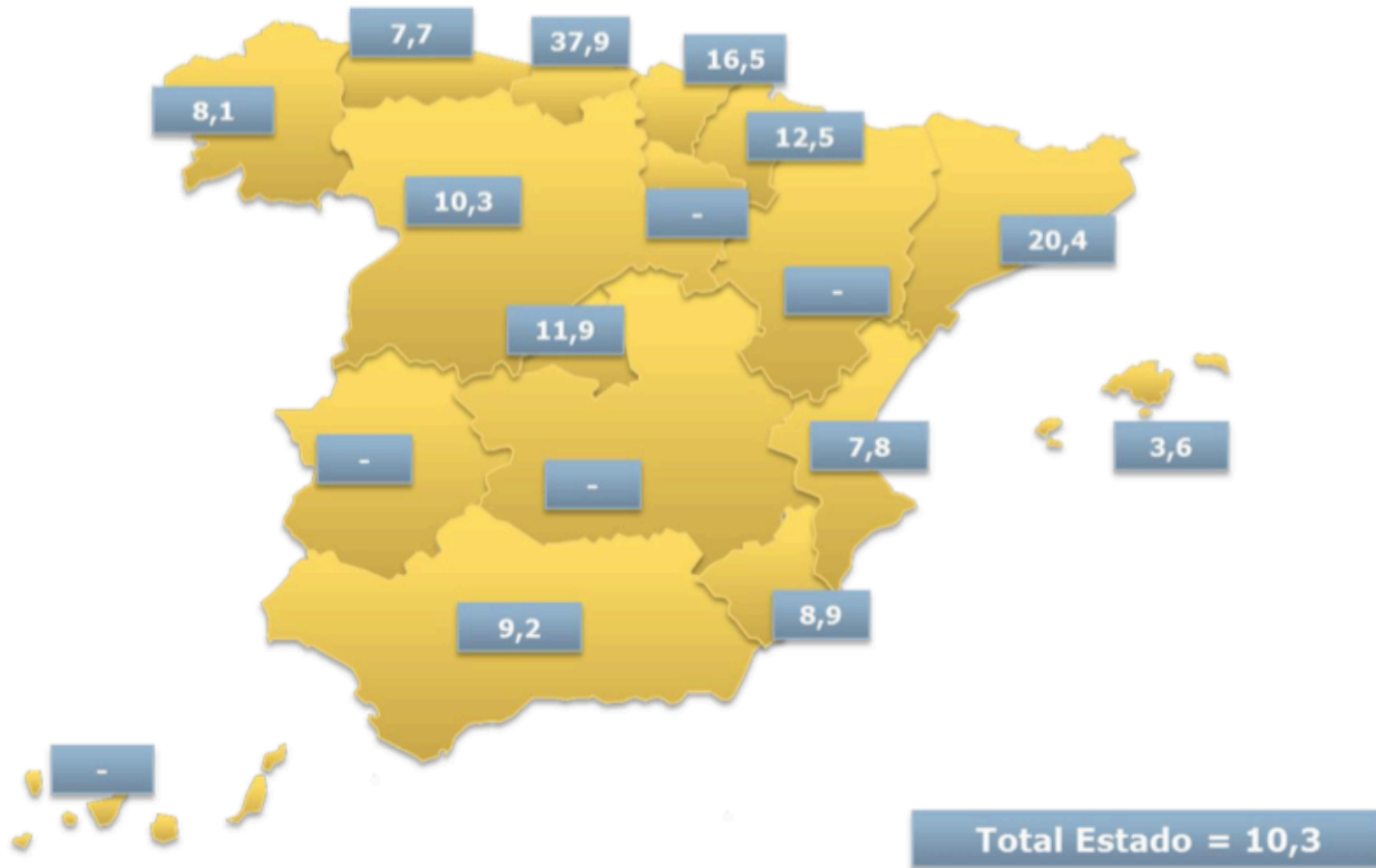


# Trasplantes de progenitores hematopoyéticos pmp por CCAA. 2015





TPH alogénico de donante no emparentado  
pmp por CCAA. 2016



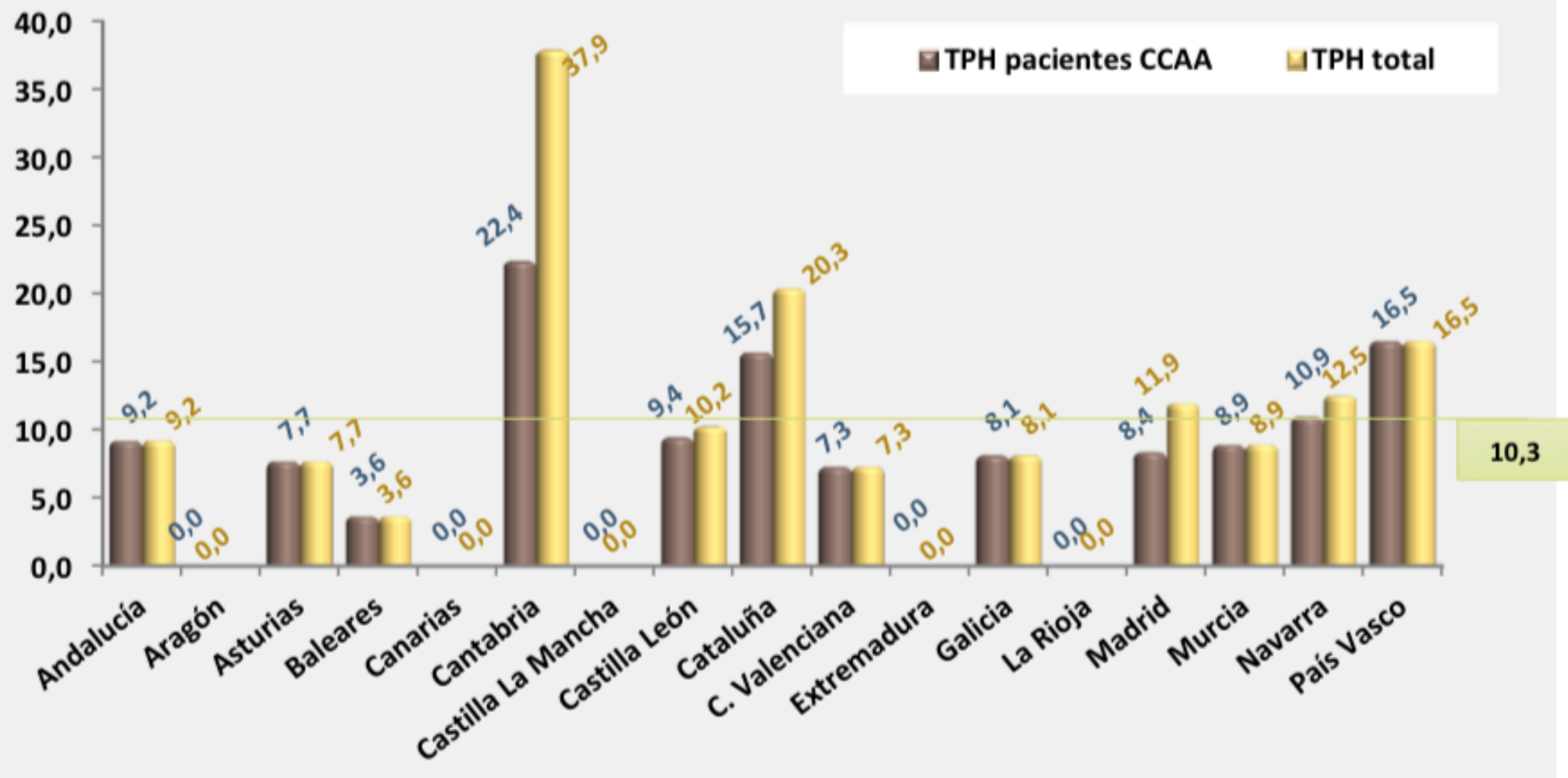


Fig.27 TPH alogénicos no emparentados propios/realizados pmp. CCAA 2016

## LETTER TO THE EDITOR

# Differences in stem cell transplantation activity among regions in Spain: an economic explanation

“Therefore, a possible inequality in access to the different types of haematopoietic transplants by region based on per capita income, team density and in public hospital expenditure effort has been observed in Spain.

The causes and consequences of such differences could be the subject of further investigations”.



# VI CURSO SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DEL TPH PARA HEMATÓLOGOS NO TRASPLANTADORES Y COORDINADORES DE TRASPLANTE. GALICIA



## Problemática ante la realización de TPH a paciente referido a otro centro

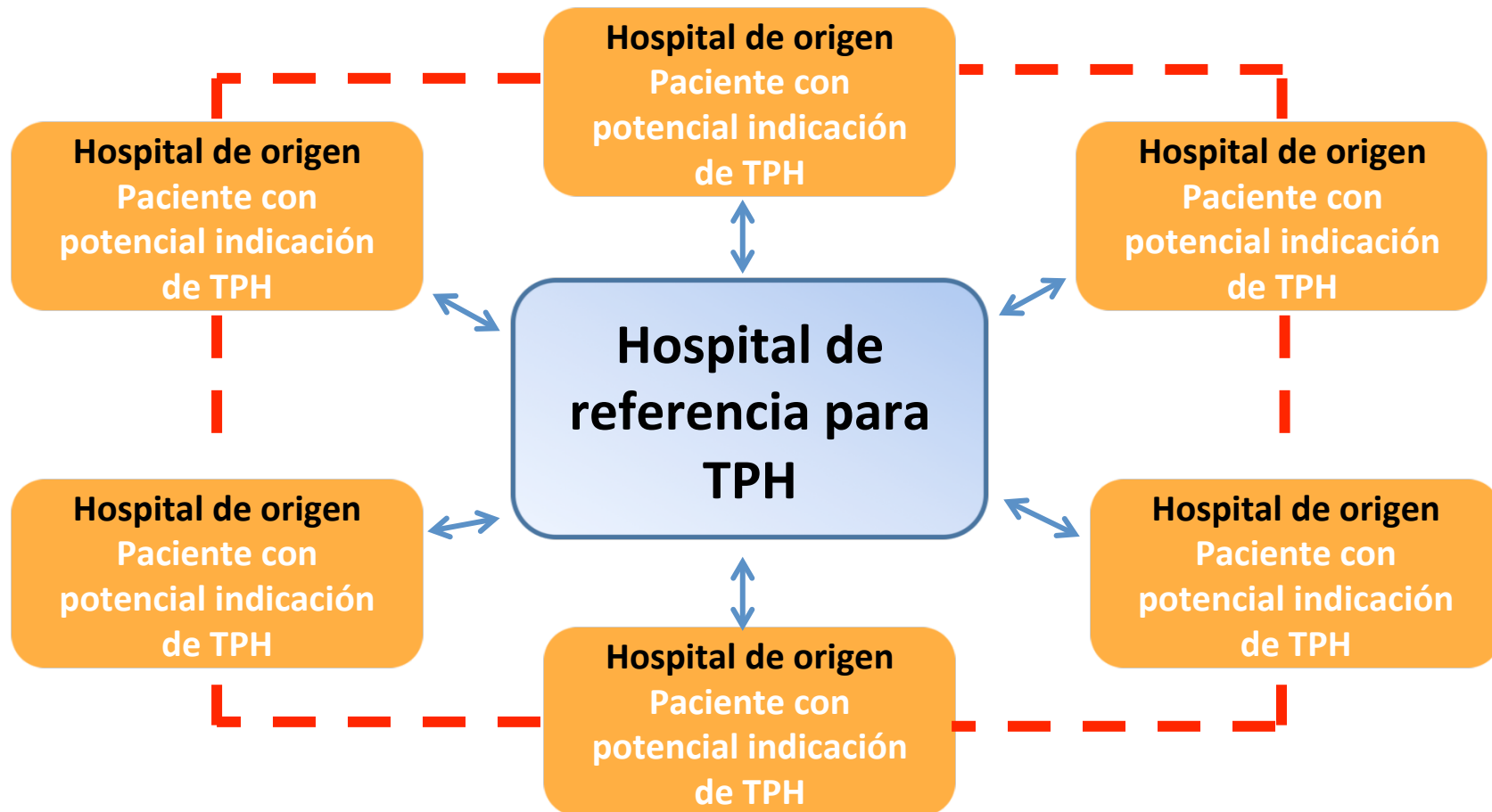
**SEHH-GETH-ONT**

Carlos Solano  
Servicio de Hematología y Hemoterapia  
Hospital Clínico Universitario  
Valencia

Santiago de Compostela, 1 de febrero 2018

# Flujo de pacientes

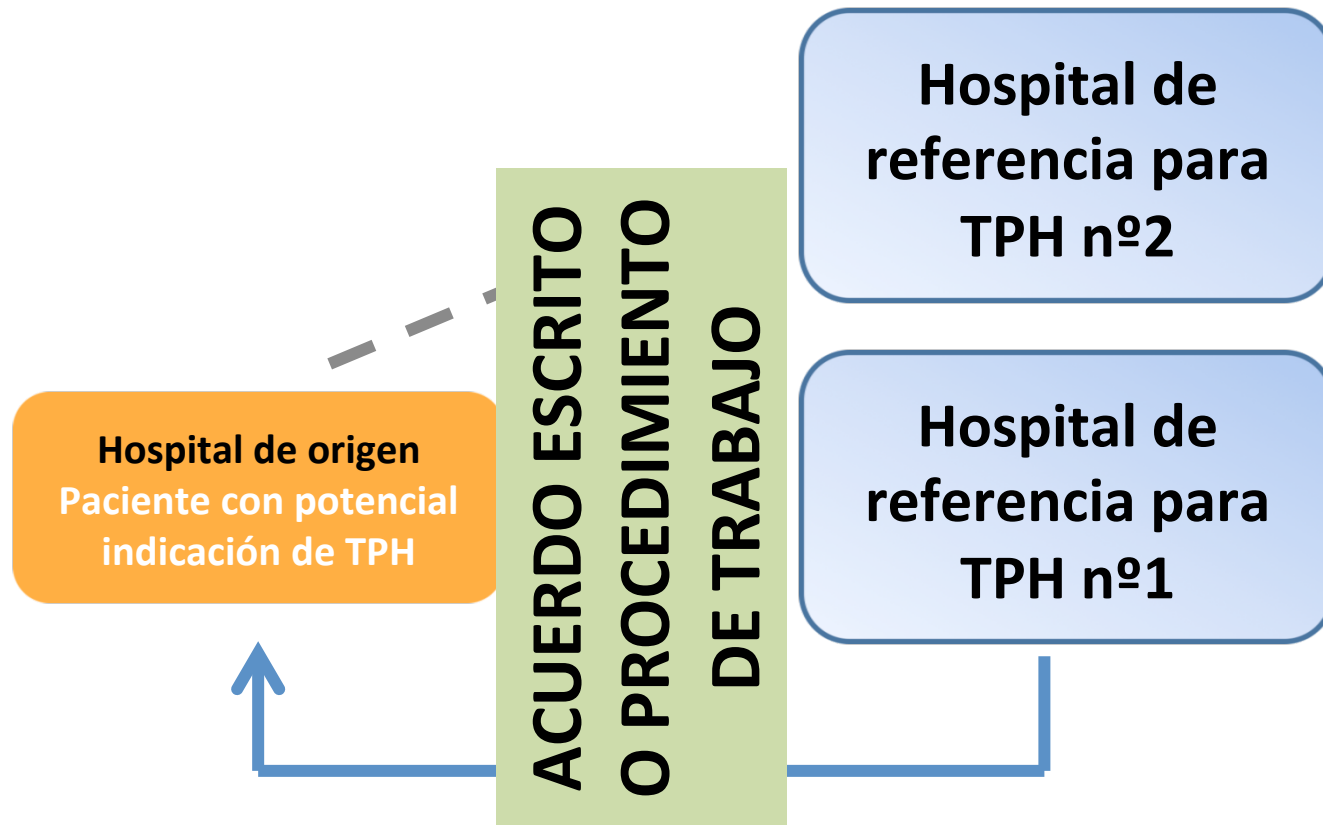
## Hospital referencia-Hospital de origen de pacientes TPH



**20-50%**

# Flujo de pacientes TPH

Hospital referencia ↔ Hospital de origen





# Riesgos potenciales relacionados con la ausencia de procedimiento de trabajo previamente discutido y aceptado por ambos Centros

- **Momento de consulta a Centro TPH:**
  - Retraso de propuesta de TPH con potencial reducción de probabilidad de éxito del conjunto de tratamiento.
- **Admisión y tiempo máximo para realizar TPH:**
  - Retraso en la aceptación del paciente
  - Aceptación en listas de TPH “sobrecargadas” con necesidad de tratamiento adicional pre-TPH o trasplante en situación no óptima
  - Inicio de técnicas en paciente antes de la aceptación (Ej: obtención de CGH)
- **Proceso formal de inclusión en lista, envío de datos y revisión:**
  - Indefinición de la responsabilidad clínica (y legal) del paciente durante el traspaso de Centro
  - Posible inexactitud de datos
  - Posible error diagnóstico inicial que se mantiene

# Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético

## Caso Clínico (I)

- Mujer, 50 años, sin antecedentes de interés
- **Diagnóstico:** Oct-2001 en otro Centro:
  - LNH folicular G-2, estadio IA (adenop. inguinal izda.), FLIPI 0
  - **Tratamiento:** RDT local (36 Gy) → **1ªRC**
- **1ª recaída:** Marzo-2003 (ILP 1,5 años):
  - LNH folicular, estadio IIA (adenop. axilar y supraclav. dcha)
  - **Tratamiento:** CVP-R x 6 → **2ªRC**
- **2ª recaída:** Feb-2005 (ILP 2 años):
  - LNH folicular G-2, estadio IIA (adenop. axilar bilateral): nueva biopsia que confirma histología, sin transformación
  - **Tratamiento:** Fludara-Mitoxantrone-Rituximab x 4 → **RP**

# Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético

## Caso Clínico (II)

- **3ª recaída/progresión:** Marzo-2006 (ILP 1 año):
  - LNH folicular, estadio IIIA (adenop. axilar bilateral, paracava y paraaórticas)
  - **Tratamiento:** Promace-Cytabom-R+RDT mediastínica/axilar→**RC**
- **4ª recaída/progresión:** Nov-2006 (ILP 6 meses)
  - LNH folicular, estadio IIIA (adenop. axilar dcha, retrocava y pre-bicipital izdo)

**Consulta al Servicio de Hematología HCU Valencia.**

**Posible candidata a TPH**

# **Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético**

## **Aspectos a debate**

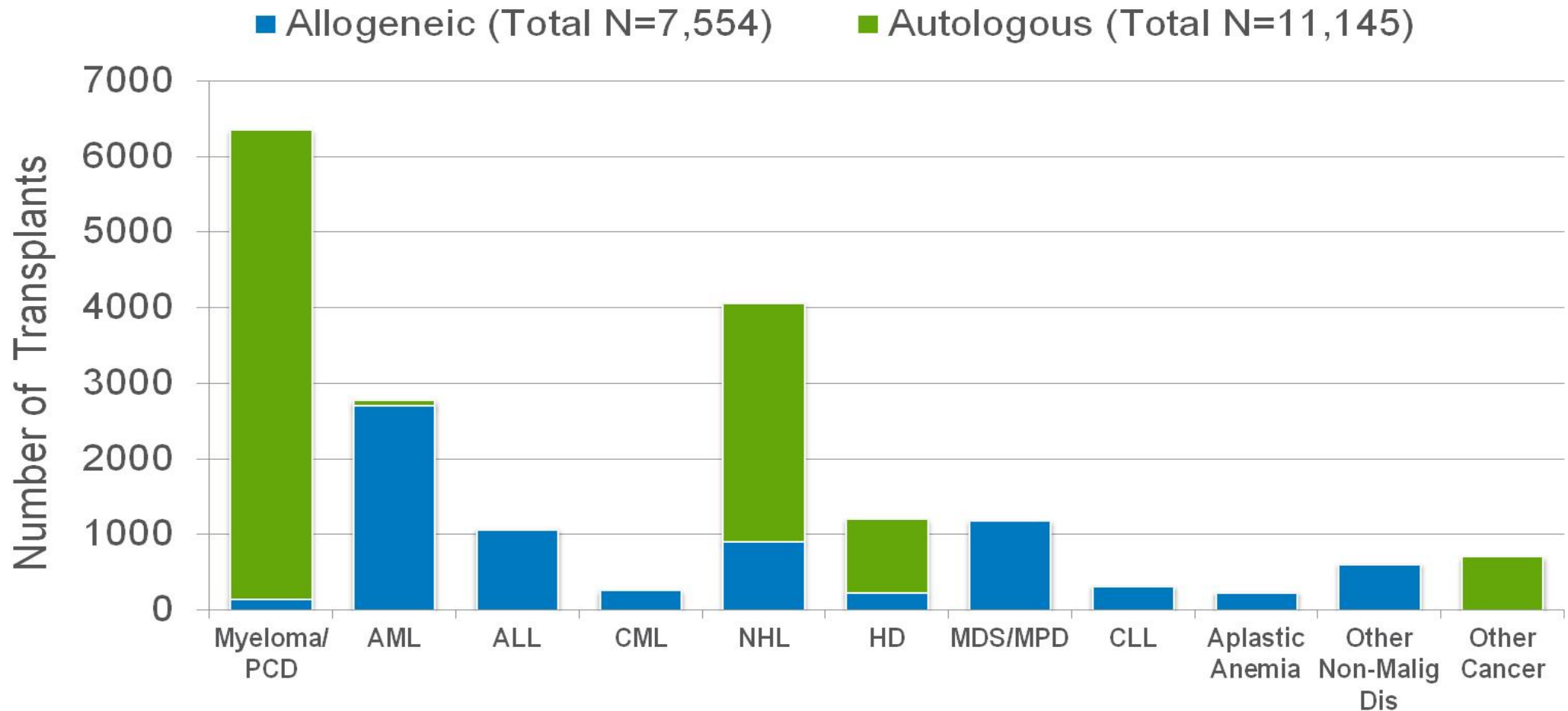
1. ¿Enfermedad y momento adecuado de valorar TPH?
2. ¿Revisión del diagnóstico histológico y extensión  
inicial y/o actual ?
3. Proceso de admisión en el programa de TPH

# **Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético**

## **Aspectos a debate**

1. ¿Enfermedad y momento adecuado de valorar TPH?
2. ¿Revisión del diagnóstico histológico y extensión inicial y/o actual ?
3. Proceso de admisión en el programa de TPH

# Indications for Hematopoietic Stem Cell Transplants in the US, 2012





# Recommended Timing for Transplant Consultation

NATIONAL  
MARROW  
DONOR  
PROGRAM®



[marrow.org/md](https://marrow.org/md)

Transplant Indications  
and Outcomes



Transplant Therapy  
and Donor Matching



Post-Transplant  
Care



Research and  
News



Resources and  
Education



## FREE MOBILE APP

Access these guidelines wherever you are.

Visit [marrow.org/app](https://marrow.org/app)  
or scan this QR code:



Transplant  
Guidelines App

# Recommended Timing for Transplant Consultation.

## Guidelines 2015

### Adult Leukemias and Myelodysplasia

#### Acute Myelogenous Leukemia (AML)

*High resolution HLA typing is recommended at diagnosis for all patients*

Early after initial diagnosis, all AML patients including:

- CR1—except favorable risk AML [defined as: t(16;16); inv 16; t(8;21); t(15;17); normal cytogenetics with NPM1 or biallelic CEBPA mutation and without FLT3-ITD]
- Antecedent hematological disease (e.g., myelodysplastic syndrome (MDS))
- Treatment-related leukemia
- Primary induction failure or relapse
- Presence of minimal residual disease after initial or subsequent therapy
- CR2 and beyond, if not previously evaluated

#### Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)

*High resolution HLA typing is recommended at diagnosis for all patients*

Early after initial diagnosis, all ALL patients including:

- CR1
- Primary induction failure or relapse
- Presence of minimal residual disease after initial or subsequent therapy
- CR2 and beyond, if not previously evaluated

#### Myelodysplastic Syndromes (MDS)

Any intermediate or high IPSS score

Any MDS with poor prognostic features, including:

- Treatment-related MDS
- Refractory cytopenias
- Adverse cytogenetics
- Transfusion dependence



# Recommended Timing for Transplant Consultation

## Guidelines 2015

### Lymphomas

#### Non-Hodgkin Lymphoma

##### Follicular

- Poor response to initial treatment
- Initial remission duration <12 months
- First relapse
- Transformation to diffuse large B-cell lymphoma

##### Diffuse Large B-Cell or High-Grade Lymphoma

- At first or subsequent relapse
- CR1 for patients with high or high-intermediate IPI risk
- No CR with initial treatment
- Second or subsequent remission

##### Mantle Cell

- After initiation of therapy

##### Other High Risk Lymphomas

- After initiation of therapy

#### Hodgkin Lymphoma

- Primary induction failure or relapse
- Second or subsequent remission





# Recommended Timing for Transplant Consultation

Published jointly in 2007 by the National Marrow Donor Program and the American Society for Blood and Marrow Transplantation

[Http\\marrow.org](http://marrow.org)

## Lymphomas

### Non-Hodgkin's Lymphoma

#### Follicular

- Poor response to initial treatment
- Initial remission duration <12 months
- • Second relapse
- Transformation to diffuse large B-cell lymphoma

#### Diffuse Large B-Cell

- At first or subsequent relapse
- CR1 for patients with high or high-intermediate IPI risk
- No CR with initial treatment

#### Mantle Cell

- Following initial therapy

### Hodgkin's Lymphoma

- No initial CR
- First or subsequent relapse



## Biology of Blood and Marrow Transplantation

journal homepage: [www.bbmt.org](http://www.bbmt.org)

**ASBMT**  
American Society for Blood  
and Marrow Transplantation

### Guideline

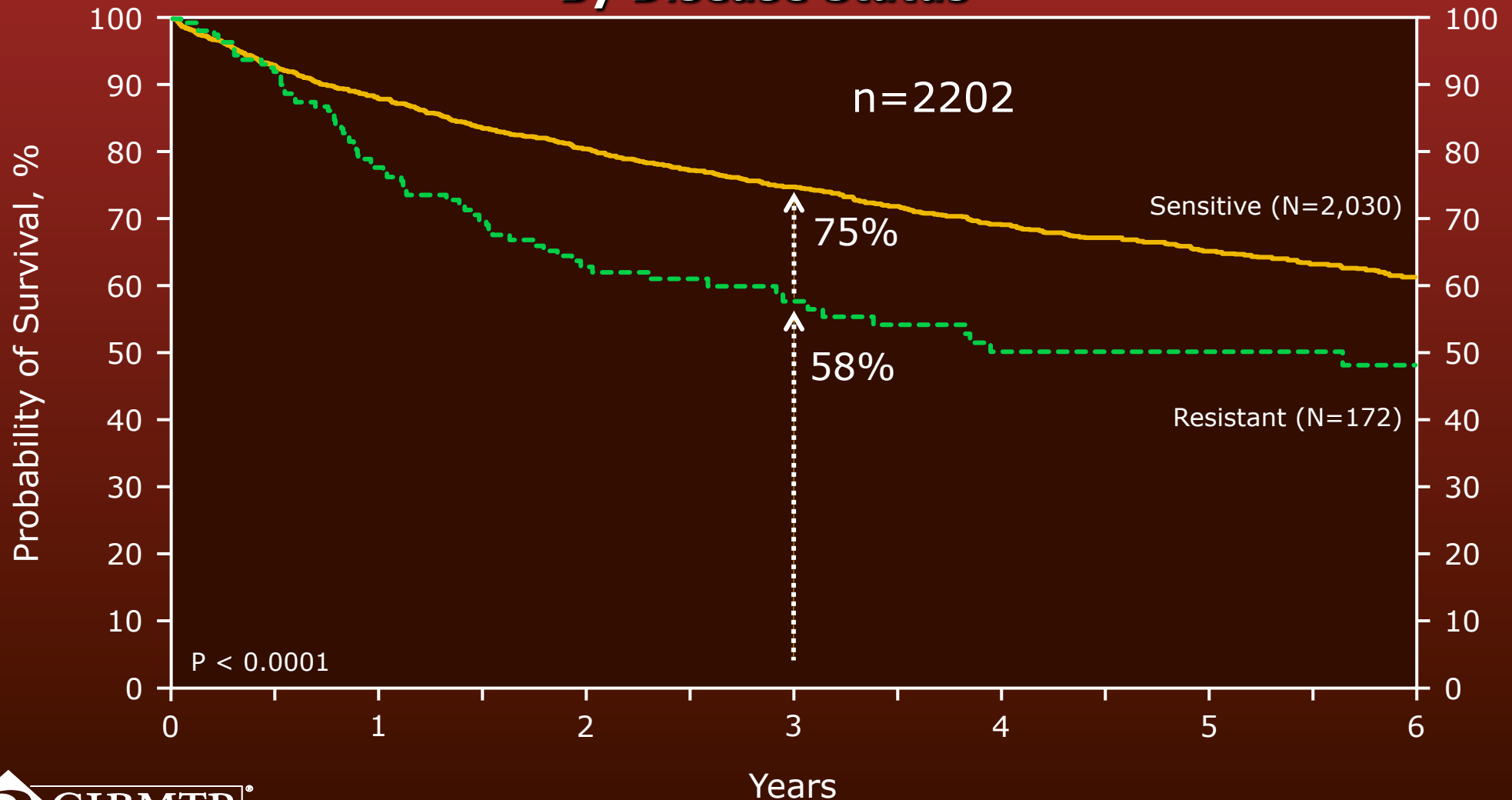
# Indications for Autologous and Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation: Guidelines from the American Society for Blood and Marrow Transplantation



Navneet S. Majhail<sup>1,\*</sup>, Stephanie H. Farnia<sup>2</sup>, Paul A. Carpenter<sup>3</sup>, Richard E. Champlin<sup>4</sup>, Stephen Crawford<sup>5</sup>, David I. Marks<sup>6</sup>, James L. Omel<sup>7</sup>, Paul J. Orchard<sup>8</sup>, Jeanne Palmer<sup>9</sup>, Wael Saber<sup>10</sup>, Bipin N. Savani<sup>11</sup>, Paul A. Veys<sup>12</sup>, Christopher N. Bredeson<sup>13</sup>, Sergio A. Giralt<sup>14</sup>, Charles F. LeMaistre<sup>15</sup>

# Probability of Survival after Autologous Transplants for Follicular Lymphoma, 2000-2009

- By Disease Status -

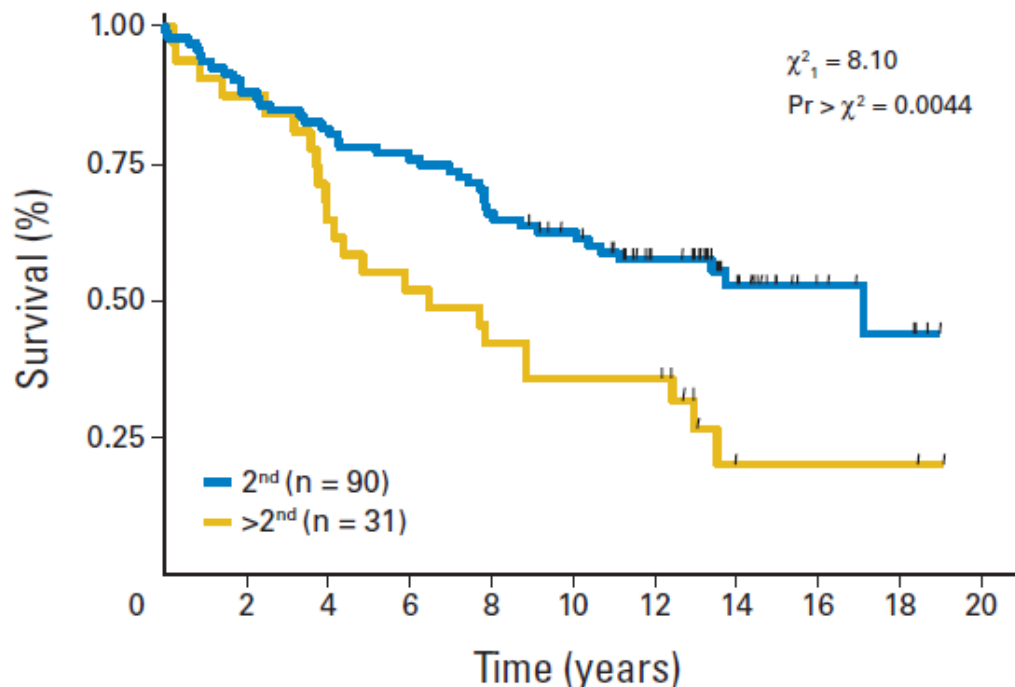




# Myeloablative Therapy With Autologous Bone Marrow Transplantation for Follicular Lymphoma at the Time of Second or Subsequent Remission: Long-Term Follow-Up

Ama Z.S. Rohatiner, Lee Nadler, Andrew J. Davies, John Apostolidis, Donna Neuberg, Janet Matthews, John G. Gribben, Peter M. Mauch, T. Andrew Lister, and Arnold S. Freedman

## SUPERVIVENCIA GLOBAL EN FUNCION DEL MOMENTO (Nº REMISION) EN QUE SE REALIZA EL TPH



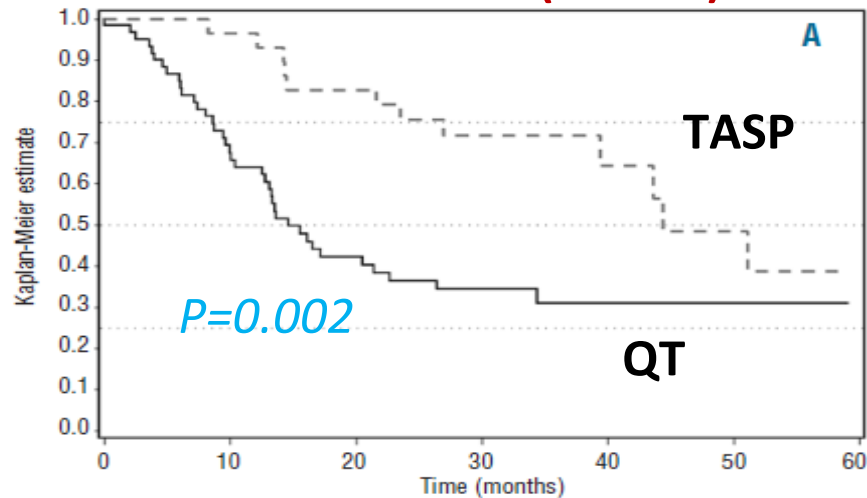
Impact of the use of autologous stem cell transplantation at first relapse both in naïve and previously rituximab exposed follicular lymphoma patients treated in the GELA/GOELAMS FL2000 study

Trat 1ª línea

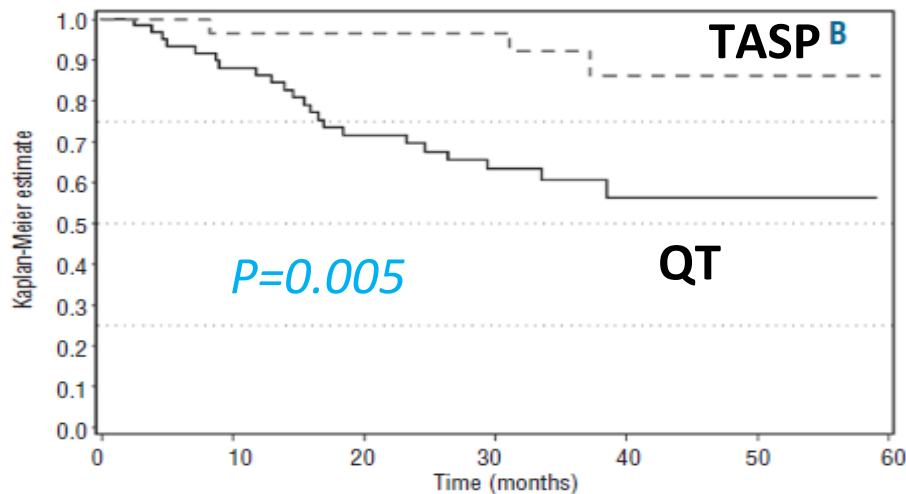
sin Rituximab (CHVP-I)

N= 175

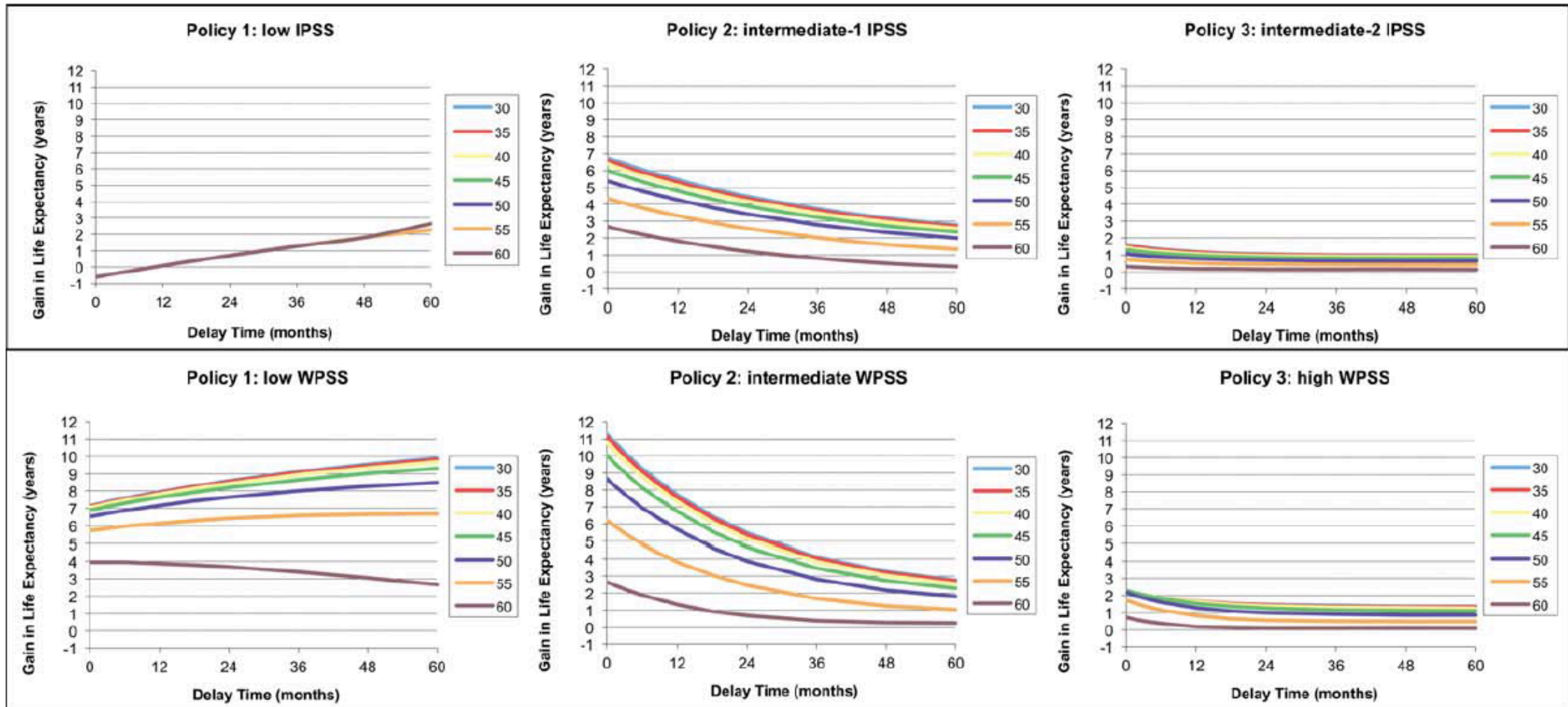
SLE



SG



# Modelos de supervivencia esperada relativa a trat. soporte desde el diagnóstico en función del IPSS/WPSS, edad y tiempo espera hasta TPH (Trat. soporte, n=660 vs TPH-Alo, n= 449)



# **Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético**

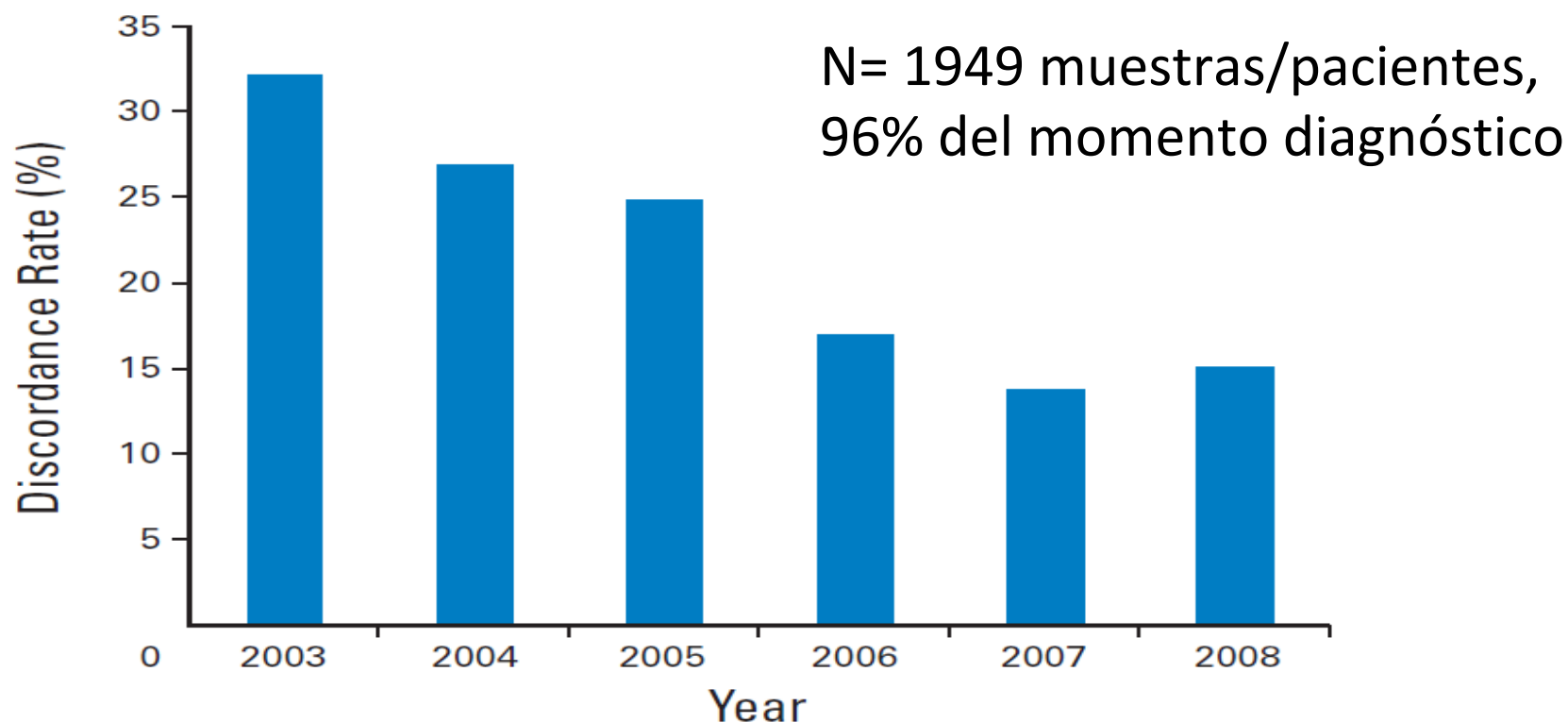
## **Aspectos a debate**

1. ¿Enfermedad y momento adecuado de valorar TPH?
2. ¿Revisión del diagnóstico histológico y extensión  
inicial y/o actual ?
3. Proceso de admisión en el programa de TPH

## Importance of Expert Central Review in the Diagnosis of Lymphoid Malignancies in a Regional Cancer Network

*Ian E. Proctor, Christopher McNamara, Manuel Rodriguez-Justo, Peter G. Isaacson, and Alan Ramsay*

### FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS DISCORDANTES 2003-2008



# Clasificación de los diagnósticos discordantes en relación con el impacto en el tratamiento

Categoría		Impacto del diagnóstico revisado
27,3%	A	<b>Cambio mayor en el tratamiento</b> del paciente. El cambio supone un tratamiento suboptimo. El tratamiento hubiera sido menos eficaz o hubiera expuesto al paciente al riesgo de un tratamiento innecesariamente tóxico
	B	<b>Cambio mínimo en el tratamiento</b>
	C	<b>Retraso en el tratamiento</b>



# Centralized Review Offers Promise for the Clinician, the Pathologist, and the Patient With Newly Diagnosed Lymphoma

*Elaine S. Jaffe, Center for Cancer Research, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD*

..” Centralized pathology review for the diagnosis of lymphoma has been largely restricted to the clinical research setting. However, practice patterns vary on an international basis, and in some countries, such as Germany, a significant proportion of routine cases are submitted for review.... ”

# Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético

## Caso Clínico (III)

- **4ª recaída:** Nov-2006 (ILP 6 meses)
  - LNH folicular, estadio IIIA (adenop. axilar dcha, retrocava y bicipital izdo)

### Consulta Servicio Hematología HCUV: Proceso de admisión:

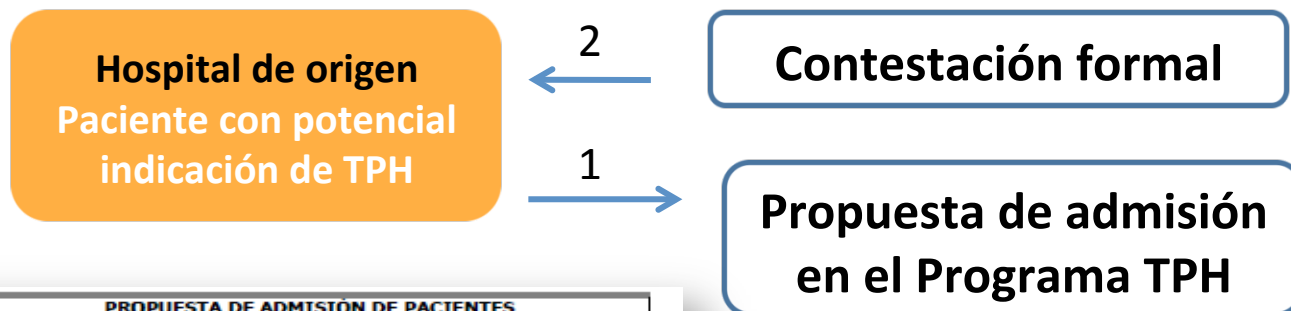
- Recepción de solicitud de inclusión en Programa de TPH
- Revisión AP y Rx en Comité de Hemopatología
- Presentación/discusión en Sesión TPH: Admisión en programa de TPH del Centro (Inclusión en “lista” TPH)
- Plan de tratamiento pre-TPH (común acuerdo Centro origen y receptor)
- Estudios pre-TPH

# **Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético**

## **Aspectos a debate**

1. ¿Enfermedad y momento adecuado de valorar TPH?
2. ¿Revisión del diagnóstico histológico y extensión inicial y/o actual ?
3. Proceso de admisión en el programa de TPH

# Proceso de inclusión en Programa de TPH



**PROPUESTA DE ADMISIÓN DE PACIENTES  
EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO  
DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA**

Referencia	Nº Versión	Fecha Última Versión	Página
PO-PO-3302-05	01	01/11/2008	1 de 1

Paciente:  
NºHº:  
Sexo: ☐ varón ☐ mujer Edad:  
Fecha Nacimiento:  
Teléfono de contacto:

Dirigido a: Dr. (Servicio de Admisión del HCUV)

Médico que realiza la propuesta:  
Hospital:  
Teléfono/s de contacto: Fax:  
Correo electrónico:  
Fecha actual:

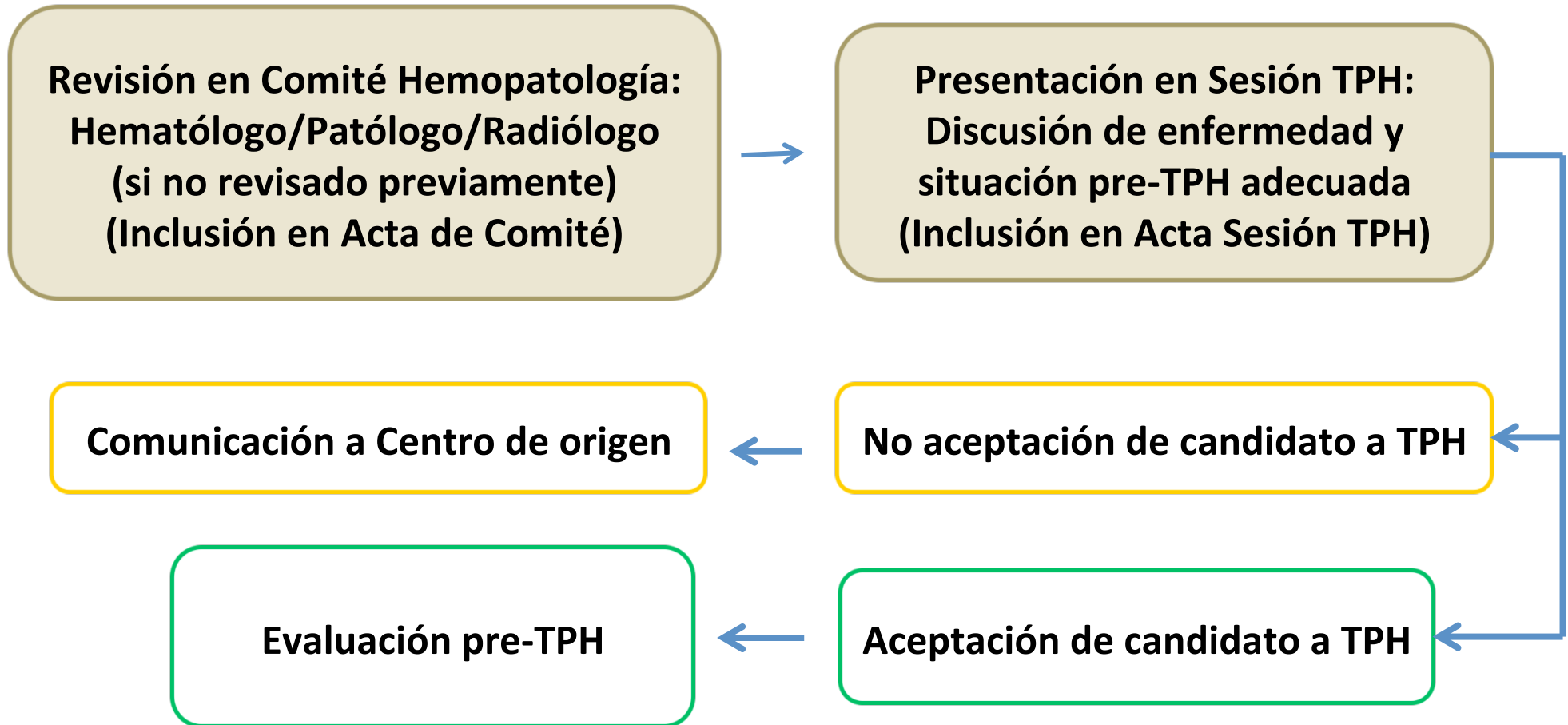
**DIAGNÓSTICO:**  
Fecha de diagnóstico:  
Situación de la enfermedad:  
☐ Diagnóstico ☐ 2ª recaída/progresión  
☐ 1ª recaída/progresión ☐ Otras:

Se remiten adjuntos los siguientes documentos:  
☐ Informe clínico actualizado  
☐ Fotocopia del estudio histológico/citológico del diagnóstico original y de la/s eventual/es recaída  
☐ Fotocopia de estudios radiológicos del diagnóstico y de la recaída/s  
☐ Material de biopsia para revisión histológica  
☐ Otros (detallar):

- 
1. Informe clínico actualizado
  2. Material de biopsia para revisión histológica + fotocopia de informe/s original
  3. Imágenes Radiológicas + fotocopia de informes del diagnóstico y recaída/s

# Flujo de pacientes TPH

## Hospital de origen-Hospital referencia



# Flujo de pacientes TPH

## Hospital de origen-Hospital referencia

### Evaluación pre-TPH

LISTA DE EVALUACIÓN PRE-TPH AUTÓLOGO			
Referencia	Nº Versión	Fecha Última Versión	Página
PO-PO-3122-01	01	01/02/2008	1 de 1

Paciente: .....  
 NºPH: .....  
 Sexo: varón mujer Edad: .....  
 Fecha Nac.: ...../...../.....  
 Teléfono: .....

Hospital: .....  
 Médico: .....  
 Fecha: .....

Por favor, ADJUNTAR una COPIA de TODOS los informes del diagnóstico/recaída: A.P. (médula ósea, tejido), aspirado/biopsia de médula ósea, laboratorio, pruebas de imagen. También adjuntar informes de las pruebas pre-trasplante (evaluación cardíaca, respiratoria, serología).

	FECHA Solicitud	FECHA Realización
<b>INFORME CLÍNICO ACTUALIZADO</b>		
<b>REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO</b> (A.P., pruebas de imagen)		
<b>EVALUACIÓN ESTADO ENFERMEDAD:</b>		
- Analítica		
- TAC		
- RM		
- PET		
- AMO		
- BMO		
- Otros:		
<b>PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS:</b> espirometría y DLCO		
<b>EVALUACIÓN CARDÍACA</b> (ecocardiograma o MUGA)		
<b>SEROLOGÍAS VÍRICAS</b> (realizada en las últimas 2 semanas): VHC, VHC (PCR), VHB, VIH, sífilis, toxoplasma, VEB, CMV, VHS, VVZ - Si serología positiva → carga viral		
<b>PRESERVACIÓN FERTILIDAD</b> (si procede): - Criopreservación Semen (H.La Fe o IVI: <a href="http://www.ivi.es">http://www.ivi.es</a> Tf. 96-3050900) - Criopreservación Corteza Ovárica (H.Dr.Peset - Dra.M.Sánchez: 654821922)		
<b>CONSULTA ODONTOLÓGICA</b> (si precisa)		
<b>1ª VISITA TRASPLANTE</b>		
<b>OBTENCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS</b>		
<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO:</b>	<input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Firmado
<b>COMENTARIOS:</b>		

- Valoración de comorbilidades (HCT-CI)
- Evaluación cardíaca
- Evaluación respiratoria
- Evaluación de infecciones activas o previas: informes, anamnesis, serología, revisión odontológica, ± Mantoux
- Estudio HLA (si procede y no realizado)
- Solicitar obtención de progenitores hematopoyéticos
- Preservación de fertilidad (si procede)

# INDICE DE COMORBILIDAD ESPECIFICO DE TPH

## (Indice de Sorrow o I. Seattle, HCT-CI)

<http://www.hctci.org/Home/Calculator>

[www.qxmd.com/calculate-online/hematology/hct-ci](http://www.qxmd.com/calculate-online/hematology/hct-ci)

Arritmia	1	Fibrilación o flutter auricular, síndrome del seno, arritmia ventricular
Cardiaca	1	Enf. coronaria de $\geq 1$ vaso coronario que requiere tratamiento médico, stent/by-pass; insuf. cardiaca congestiva, infarto de miocardio o FE $\leq 50\%$
Enf. inflamatoria intestinal	1	Enf. Crohn o colitis ulcerosa
Diabetes	1	Requerimiento de insulina o ADO
Enf cerebrovascular	1	Accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular
Patología psiquiátrica	1	Depresión o ansiedad que precisa Interconsulta psiquiatrica o tratamiento
Enf hepática (leve)	1	Hepatitis crónica, bilirrubina $> 1.5 \times \text{VN}$ , o AST/ALT $> 2.5 \times \text{VN}$
Obesidad	1	Pacientes con indice de masa corporal $> 36 \text{ Kg/m}^2$ (calculadora: <a href="http://www.buenasalud.com/tools/bmicalc.cfm">http://www.buenasalud.com/tools/bmicalc.cfm</a> )
Infección	1	Necesidad de continuar tratamiento antimicrobiano después del día 0
Reumatologico	2	LES, AR, polimiositis, polimialgia reumatica
Úlcera péptica	2	Necesidad de tratamiento
Enf renal (moderada/grave)	2	Creatinina $> 2 \text{ mg/dl}$ , diálisis renal, trasplante renal
Enf pulmonar (moderada)	2	DLCO y/o FEV1 66%-80% o disnea con esfuerzos mínimos
Tumor sólido previo	3	Tratamiento en cualquier momento antes, excepto cancer cutáneo no melanoma
Enf. cardiaca valvular	3	Excepto prolapso mitral
Enf. pulmonar (grave)	3	DLCO y/o FEV1 $\leq 65\%$ o disnea de reposo o que requiere O2
Enf hepática (moderada/grave)	3	Cirrosis hepatica
<b>Total:</b>	<b>0</b>	

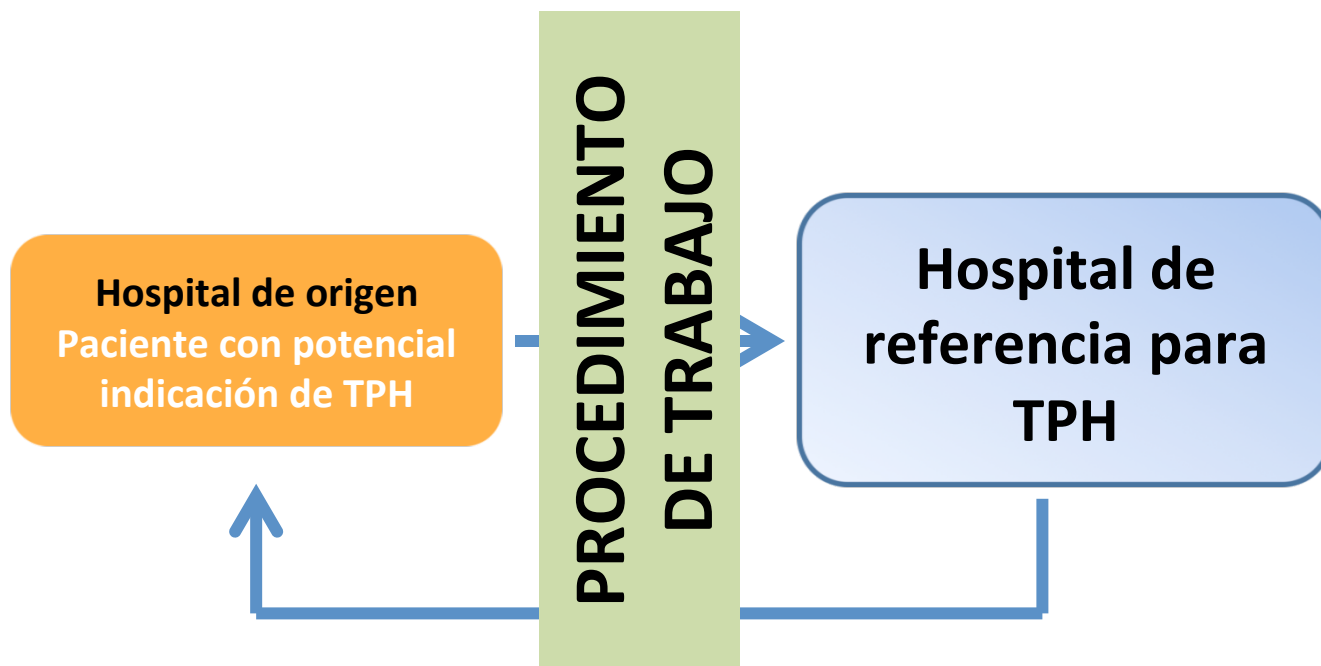
### Puntuación

**MRT ( 2 años)\*** Sorrow et al. Blood 2005;106:2912. En 1055 pacientes tratados con con T Alog con acondicionamiento mielo/no mieloablativo

0	9-14%
1	14-22%
2	19-27%
3	41%
$\geq 4$	40-43%

# Flujo de pacientes TPH

## Hospital de origen-Hospital referencia





## **ASPECTOS QUE DEBE INCLUIR EL ACUERDO O EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO. ADMISION EN PROGRAMA DE TPH**

1. Indicaciones potenciales
  2. Momento adecuado de consulta
  3. Delimitar responsabilidad durante transferencia del paciente
  4. Tiempos máximos de espera de TPH en cada situación
  5. Proceso formal de propuesta (documentación)
  6. Información y material a remitir para revisión (AP y Rx)
- Revisión centralizada  
Plan inicial de tratamiento

# Momento de consulta y criterios de admisión en un Programa de Trasplante Hematopoyético

## Resumen

- Es importante lograr acuerdos (escritos) entre Centros/Comunidades para acordar: criterios de indicación de TPH, momento de contacto entre Centros, procedimiento de traspaso de responsabilidad en la atención de un paciente y procedimiento de estudios pre-TPH y eventual seguimiento post-TPH
- Un tratamiento innecesario previo a TPH puede condicionar toxicidad (no correcta movilización de PH, toxicidad de órganos) y empeorar resultados
- Una vez el paciente ha alcanzado la situación adecuada de repuesta, cualquier retraso condiciona peores resultados
- Relación entre TPH en fases precoces y mejoría de resultados a corto (reducción de MRT) y largo plazo

# Eficacia de TASP como parte del tratamiento de 1ª línea en pacientes con LNH folicular avanzado

## Metanálisis y Base datos Cochrane

- *Al Khabori M et al. J Natl Cancer Inst 2012;104:18-28*  
7 ensayos randomizados (QT+TASP vs QT, en 1ª línea)
- *Schaaf M et al. Cochrane Database Syst Rev 2012 Jan 18;1:CD007678*  
5 ensayos randomizados (QT+TASP vs QT o QT-R, en 1ª línea)

## Conclusiones:

- 1ª línea:** - Mejoría de SLE/SLP en grupo de TASP, sin evidencia de mejoría en SG  
- No aumento de efectos secundarios, MRT, SMD, LA o tumores sólidos
- 2ª línea (1 estudio):** - Mejoría de SLP y SG

# GPC-LF

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LINFOMA FOLICULAR



GOTE   
Grupo Oncológico para el  
Tratamiento y Estudio de los Linfomas



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
HEMATOLOGÍA Y  
HEMOTERAPIA



HEMOLEKBYIV  
HEMATOLOGII  
HEMOTERAPII

## 5. TRATAMIENTO POST-INDUCCIÓN EN LA RECAÍDA

Pacientes con LF en recaída <65 años y ALTO RIESGO:

- Inmunoquimioterapia (en general, cambiar el régimen de quimioterapia utilizado en primera línea).
- Tras la inducción valorar mantenimiento con rituximab (375 mg/m<sup>2</sup> cada 3 meses durante 2 años) y/o intensificación mediante TAPH (en centros con experiencia).
- Estos enfermos son candidatos idóneos para ensayos clínicos.

# Criterios pacientes con LNH-folicular de ALTO RIESGO

## 1. Criterios de masa tumoral alta. Criterios de GELF (Groupe d'Etude del Lymphomes Folliculaires)

• Nódulo o masa tumoral extraganglionar con <u>diámetro superior a 7 cm</u>
• Afectación de, al menos, <u>tres regiones ganglionares</u> , cada una con un diámetro superior a 3 cm
• Presencia de cualquier <u>síntoma sistémico o síntoma B</u>
• <u>Esplenomegalia</u> con el borde inferior por debajo de la línea umbilical
• <u>Síndrome de compresión</u> (ureteral, orbital, gastrointestinal, etc.)
• <u>Derrame pleural o peritoneal seroso</u> (independientemente de su contenido celular)
• <u>Fase leucémica</u> (con más de $5,0 \times 10^9$ /L células circulantes malignas)
• <u>Citopenia</u> (recuento granulocítico inferior a $1,0 \times 10^9$ /L y/o recuento de plaquetas inferior a $100 \times 10^9$ /L)

2. FLIPI alto (>2) en recaída

3. Duración corta de respuesta (< 2 años)