

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
LINFOMAS DE HODGKIN
EN POBLACIÓN DE 16 AÑOS O MÁS, EN
AMBOS SEXOS EN EL SEGUNDO Y
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-285-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

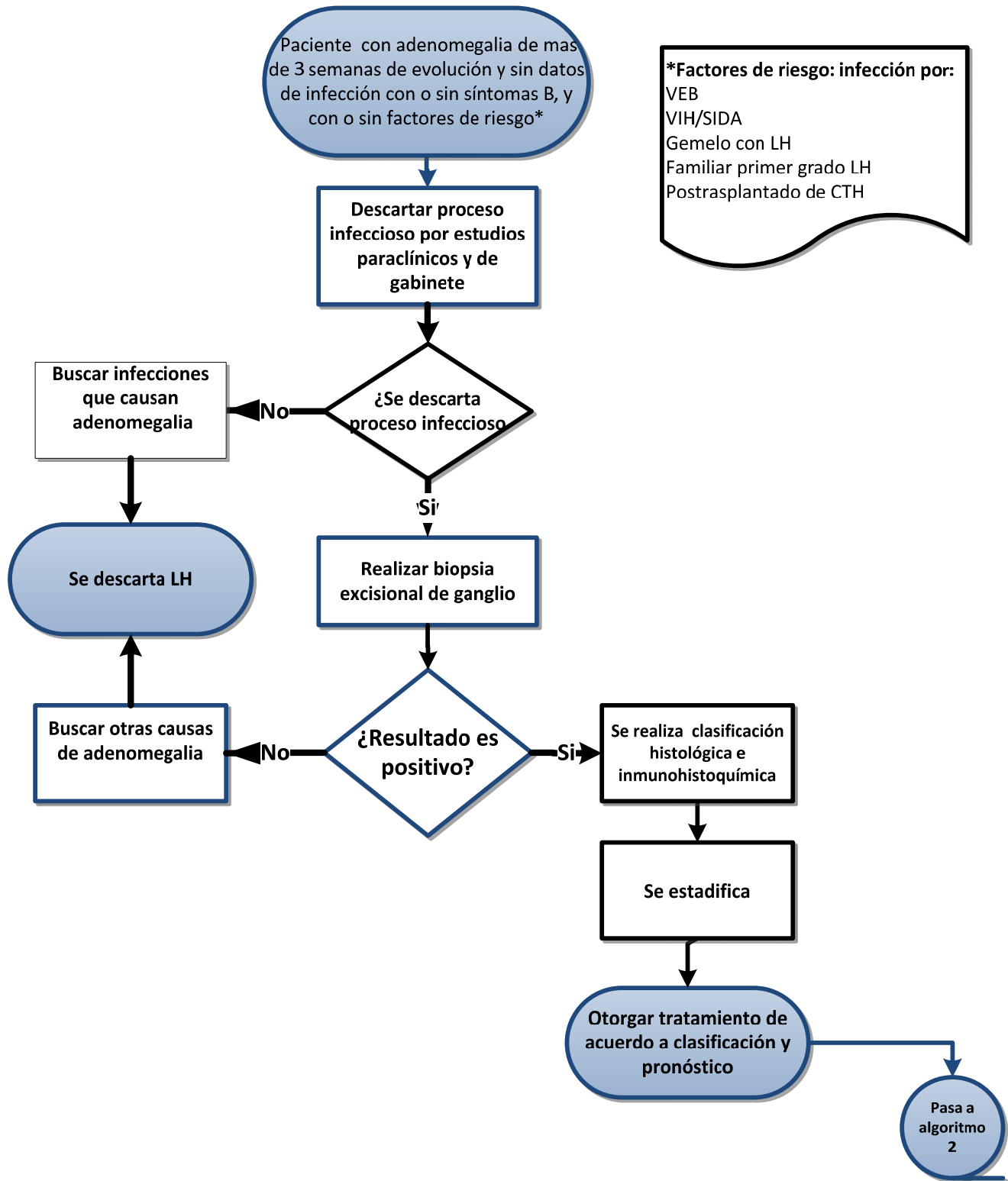
Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2016

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Linfomas de Hodgkin en Población de 16 años o más, en Ambos Sexos en el Segundo y Tercer Nivel de Atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

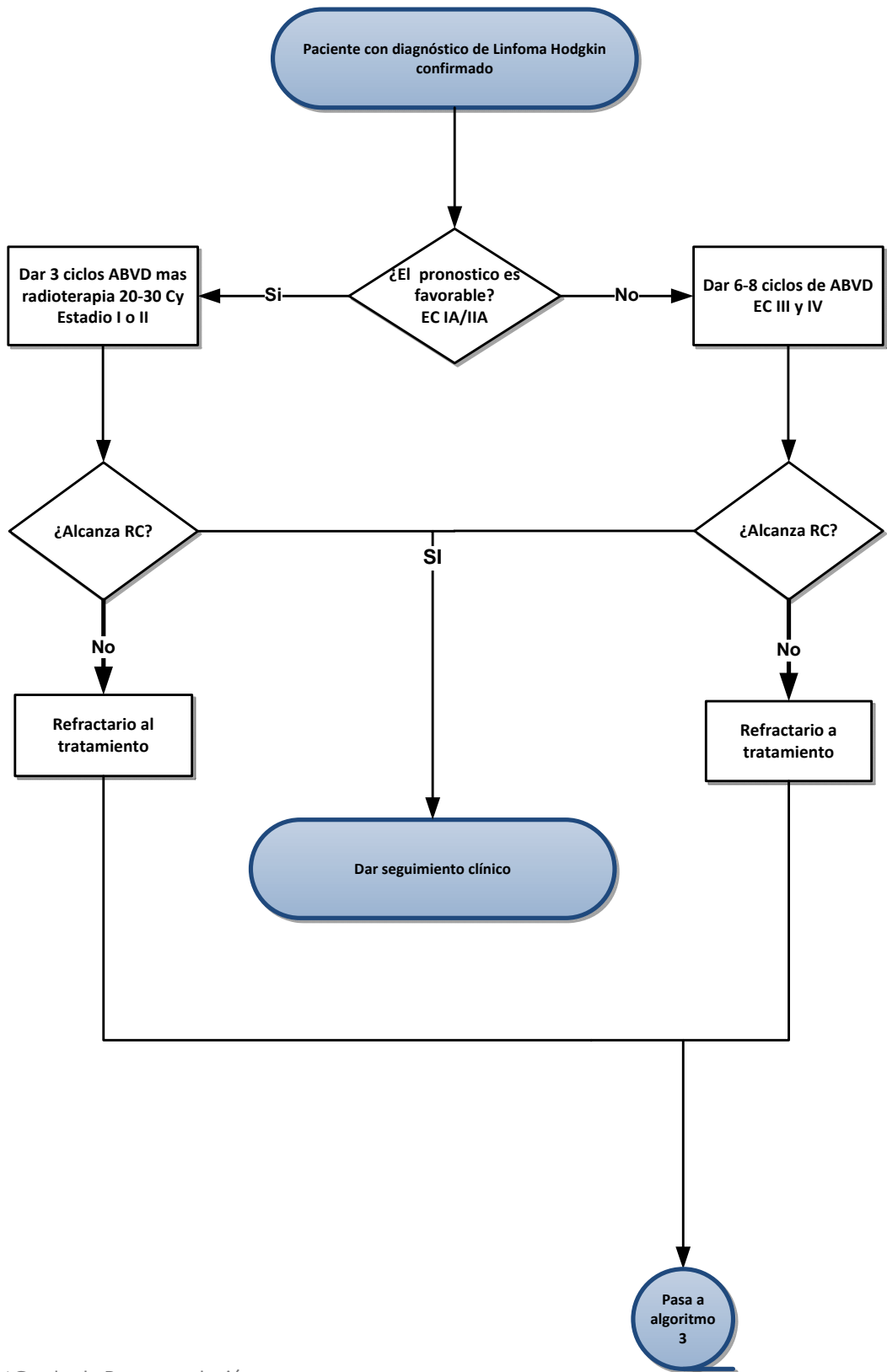
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

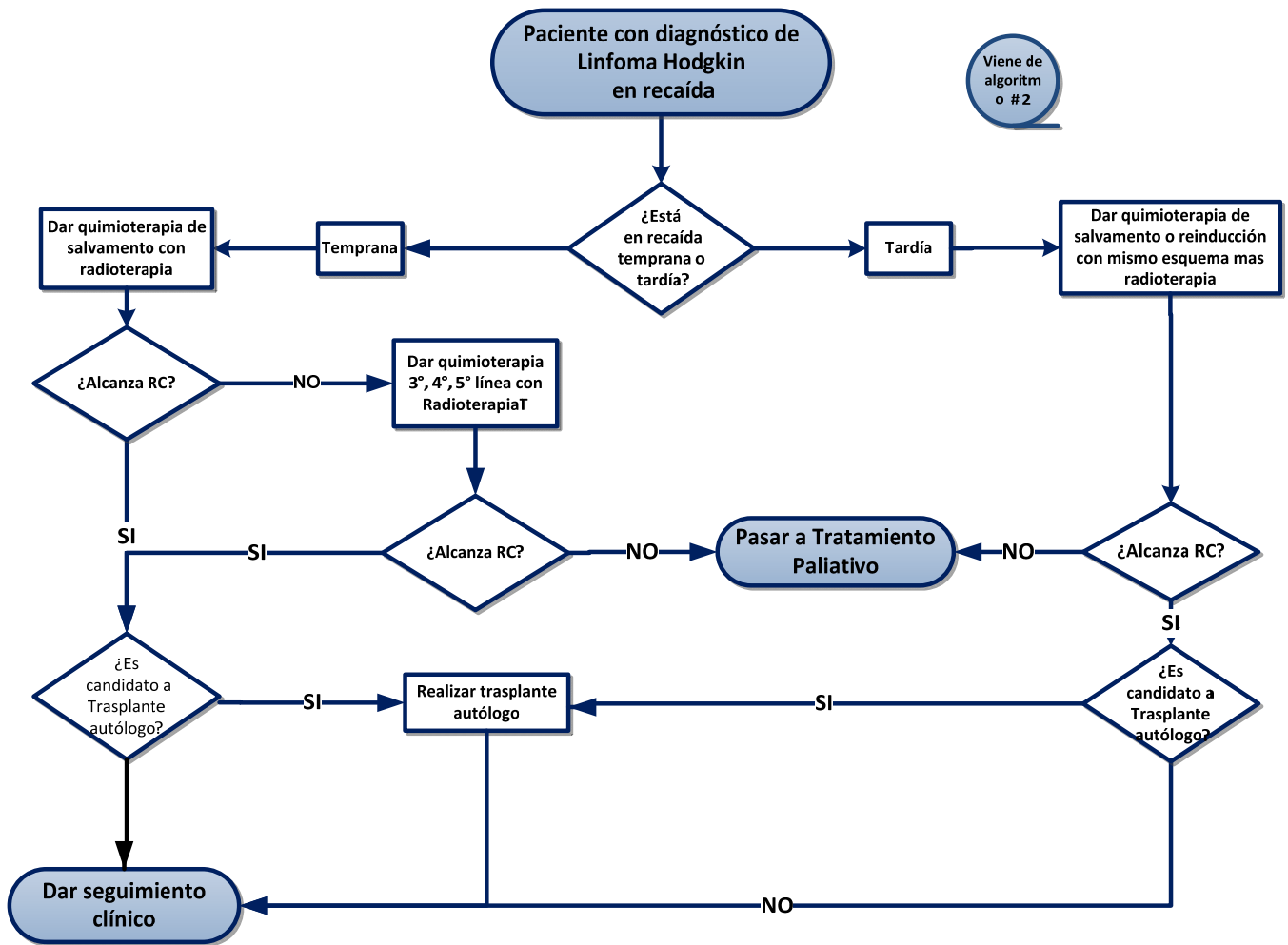
1. DIAGRAMAS DE FLUJO



Viene de algoritmo 1



*Grado de Recomendación



*Grado de Recomendación

2. INTERVENCIÓN

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda considerar que tienen una alta posibilidad de cursar LH, aquellos pacientes que presentan adenomegalias y el antecedente epidemiológico de infecciones por VEB, principalmente niños y adultos mayores	C NICE D NICE
Se recomienda considerar la presencia de adenomegalias, en enfermos con VIH/SIDA, como alta probabilidad de LH (independientemente de la asociación propia con linfomas no Hodgkin).	D NICE
La aparición de adenomegalias en postrasplantados de médula ósea obliga al médico a considerar entre los diagnósticos diferenciales al LH	D NICE
En gemelos idénticos se recomienda, que si uno sufre LH, dar seguimiento estrecho al otro gemelo. De la misma forma a familiares en primer grado de adultos jóvenes con la patología	C NICE

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda clasificar LH en base a su características histológicas y biológicas en 2 entidades: <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma Hodgkin Predominio Linfocítico Nodular (LHPLN) • Linfoma Hodgkin Clásico (LHC) Cuadro 1	D NICE
Se recomienda estadificar al LH en base a la clasificación Ann Arbor modificada en Costwolds. Cuadro 2	B NICE
Se recomienda sospechar malignidad linfoide en presencia de adenomegalias cervical, axilar, inguinal, mediastinal, mesentérica, esplénica y otras periféricas; con o sin síntomas B: (fiebre, pérdida de peso, diaforesis, prurito) y confirmarlo con biopsia por escisión del ganglio linfático	D NICE

*Grado de Recomendación

Realizar el diagnóstico histológico en base a los hallazgos de histopatología e inmunofenotipo. Paciente en quien se sospecha LH, descartar infección por VIH, principalmente en los subtipos celularidad mixta y depleción linfoide. No se recomienda realizar estudios genéticos. Sólo bajo protocolo	D NICE
Se recomienda realizar al momento del diagnóstico histopatológico y antes de iniciar tratamiento: citometría hemática (CH), velocidad de sedimentación globular (VSG), deshidrogenasa láctica (DHL), albúmina, nitrógeno ureico (BUN), creatinina radiografía tórax, tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis, PET-CT, aspirado de médula ósea y biopsia de hueso. Elisa para VIH. Evaluación por cardiología para pruebas de fracción de eyección. A la mujer en etapa reproductiva prueba de embarazo	D NICE
Antes de iniciar tratamiento realizar pruebas de función cardíaca y pulmonar, para identificar pacientes de riesgo para complicaciones agudas o crónicas. En pacientes con involucro de cuello y cabeza valorar por especialista de oído, nariz y garganta. A paciente joven ofrecer la posibilidad de criopreservar semen o tejido ovarico	D NICE
Ante la sospecha de LH es recomendable realizar: histopatología con tinción de hematoxilina y eosina, inmunohistoquímica para CD30, CD15. Cuando el diagnóstico morfológico no es claro solicitar CD3, CD45 y CD20. Si se requiere diagnóstico diferencial MUM1, PAX5, y también Ki67 si se cuenta con este. En los casos que se sospeche de infección por VEB realizar LMP1 y EMA cuando se cuente con esta. Idealmente en las variables de celularidad mixta y depleción linfoide	Punto de buena práctica

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
En LH en estadios clínicos iniciales y con factores pronósticos favorables la recomendación es 3 ciclos ABVD seguido de radioterapia a campo Involucrado en dosis de 20 - 30 Gy. Cuadro 5	D NICE
Modificaciones al tratamiento basados en PET-CT interim no se recomiendan, por el momento, sólo en ensayos clínicos.	Punto de buena práctica
En LH en estadios clínicos avanzados la recomendación es ofrecer como terapia de primera línea 6-8 ciclos de ABVD. Sólo en casos de actividad voluminosa se recomienda administrar radioterapia adyuvante. Cuadro 2	B NICE D NICE
Los medicamentos antineoplásicos que componen el esquema ABVD están disponibles en la mayoría de los centros hospitalarios del país excepto la adriamicina (doxorubicina no liposomal) por lo que se sustituye por otro antracíclico equivalente.	Punto de buena práctica

*Grado de Recomendación

Apoyado en nuestra experiencia es recomendable tratar el LH de éste grupo de riesgo con esquema ABVD hasta completar 6-8 ciclos.	Punto de buena práctica
Se recomienda valorar los factores de mal pronóstico en LH en recaída o refractario. Cuadro 3	D NICE
Se recomienda re inducción con el mismo esquema de quimioterapia a paciente con recaída tardía pero no en el que presente resistencia primaria o recaída temprana El esquema de salvamento se recomienda elegirlo con base en los factores pronósticos y de acuerdo a las características clínicas del paciente	A NICE C NICE
En LH con recaída tardía, se recomienda tratar con el mismo esquema de quimioterapia utilizado al inicio. En el paciente mayor de 60-65 años con recaída temprana o refractario es necesario utilizar esquemas de quimioterapia de segunda línea a dosis convencionales. (MINE, GVA, ICE). Cuadro	A NICE
En pacientes no candidatos a TCTH, de acuerdo a edad, escala de desempeño clínico, y nuevo estudio histopatológico, que corrobore la estirpe; es recomendable utilizar esquemas de quimioterapia de salvamento cuyas dosis se pueden modificar de acuerdo al estado del enfermo.	Punto de buena práctica
En el pacientes con LH <60-65años con enfermedad refractaria primaria o recaída temprana se recomienda prescribir quimioterapia de segunda línea para reducir carga tumoral, si es quimiosensible, se indica quimioterapia a dosis altas seguido de TCTH autólogo. Cuadro 12	B NICE D NICE
Si el paciente muestra enfermedad sensible a esquemas de poli-quimioterapia de salvamento con edad <65 años, y si su escala de desempeño clínico lo permite, es recomendable someterlo a trasplante hematopoyético.	Punto de buena práctica
Al paciente con LH asociado a VIH en estadio temprano, con o sin factores de riesgo, se recomienda el uso de AVBD sobre BEACOPP	A NICE
Se recomienda en el paciente con LH asociado a VIH con cuenta de linfocitos CD-4 entre 100 y 150 dar profilaxis antimicrobiana. Al que presenta CD-4 < de 100 dar profilaxis adicional y un seguimiento mas estrecho.	D NICE
En paciente con LH asociado a VIH se recomienda tomar en consideración las interacciones medicamentosas por el riesgo de incremento en toxicidad neurológica y hematológica, como en el caso de utilizar AVBD junto al inhibidor de proteasas de 2° generación.	D NICE

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR
<p>Se recomienda valorar la respuesta al tratamiento de acuerdo a los siguientes criterios: (incluyen PET) Respuesta completa (RC): desaparición de toda evidencia de enfermedad Respuesta parcial (RP): regresión medible de la enfermedad, sin sitios de nuevo involucro. Enfermedad estable (EE): falla en alcanzar RC o RP, pero sin enfermedad progresiva Enfermedad en recaída o enfermedad progresiva (ER o EP): cualquier lesión nueva o incremento de tamaño > 50% de sitios previamente infiltrados Cuadro-12</p>	<p>B NICE</p>
<p>Se recomienda valorar la respuesta después de 4 ciclos de tratamiento y posterior al último ciclo de quimioterapia y/o radioterapia</p>	<p>D NICE</p>
<p>Si no hay disponibilidad de PET-CT, la respuesta al tratamiento puede ser evaluada usando tomografía computarizada,</p>	<p>D NICE</p>
<p>Para poder evaluar los criterios de respuesta al tratamiento se recomienda al término del mismo: evaluación clínica, examen físico, laboratorio, estudios de imagen de cuerpo entero para comparar con el basal y biopsia de hueso, en caso de que la médula ósea hubiera estado infiltrada al diagnóstico,.</p>	<p>D NICE</p>

SEGUIMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda realizar historia clínica, examen físico y laboratorios cada 3 meses durante el primer año de vida, cada 6 meses por 2 años y anualmente a partir del 3° año. No es necesario realizar CT scan, excepto para valorar la remisión completa al finalizar tratamiento, o para evaluar enfermedad residual</p>	<p>D NICE</p>
<p>A la mujer, que recibió radiación en tejido mamario, es necesario realizarle pruebas de tamizaje para descartar cáncer de mama secundario. Se recomienda realizar evaluación clínica y por mamografía a partir de los 40 años</p>	<p>D NICE</p>
<p>La conducta de seguimiento pos remisión se determinará en el centro de tratamiento, donde se establecerá de acuerdo al pronóstico. Puede continuar en el hospital de segundo nivel</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1 DATOS CLÍNICOS EN LINFOMA DE HODGKIN

DATOS CLÍNICOS			
Subtipo/ ICD-O	Epidemiología	Edad de presentación	Pronóstico
NPL 5% 9659/3	> frecuencia hombres	30 – 50 años	Estadios I-II SG es del 80% a 10 a. III-IV malo
EN 70% 9663/3	> frecuencia en áreas urbanizadas y clase socioeconómica alta. 1:1 H:M	15-34 años	Bueno Malo con EV
CM 20-25 % 9652/3	> frecuente en VIH +. > en sociedades en desarrollo.	Promedio de edad 38 años	Peor que EN y mejor que DL.
RL 5% 9651/3	> en hombres (70%)	30-50 a	Estadios I-II con sobrevida > 80%, excepto en recaída.
DL < 1% 9653/3	> hombre 60-75%. Se asocia a VIH > en sociedades en desarrollo.	30-37 años.	Igual a otros tipos Malo sí está asociado a VIH

NPL: Nodular de Predominio linfoide, RL: rico en linfocitos, EN: esclerosis nodular, CM celularidad mixta, DL: depleción linfocitaria, MO: médula ósea. H: hombre, M: mujer, EV: enfermedad voluminosa, VIH: virus inmunodeficiencia humana.

Campo E, 2011, Piccaluga PP, 2011

Cuadro 2 Clasificación del Estadio

ANN ARBOR MODIFICADA EN COSTWOLDS

<u>Estadio I.</u> Una sola región ganglionar o un solo sitio extralinfático localizado.	A. Sin síntomas sistémicos
<u>Estadio I_E.</u> Infiltración localizada de un solo órgano o sitio extralinfático.	B. Con síntomas sistémicos (fiebre > 38°, diaforesis, pérdida de peso de > 10% en los últimos 6 meses)
<u>Estadio II.</u> Dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma.	X. Enfermedad voluminosa. Ganglio > 10 cm en el diámetro máximo o tumor mediastinal > de una tercera parte del diámetro interno del tórax en la radiografía, medido entre T5/T6.
<u>Estadio II_E.</u> Infiltración localizada de un solo órgano o sitio extralinfático y una o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma.	
<u>Estadio III.</u> Regiones ganglionares a ambos lados del diafragma.	
<u>Estadio III_E.</u> Regiones ganglionares a ambos lados del diafragma acompañadas de infiltración localizada de un órgano o sitio extralinfático.	
<u>Estadio IV.</u> Infiltración difusa o diseminada de uno o más órganos extranodales con o sin involucro de ganglios linfáticos. Infiltración localizada de un órgano o sitio extralinfático con involucro de regiones ganglionares no regionales al previo.	

Engert A, 2008

Cuadro-3 Criterios de Riesgo

CRITERIOS DE RIESGO EN ESTADIOS TEMPRANOS				
	EORTC/GELA	GHSB	NCIC	NCCN
	MTR > 0.35	A) MMR > 0.33	Edad > 40 años	MMR > 0.33 o > 10 cm
	Edad > 50 años	B) Enfermedad extraganglionar	Celularidad mixta o depleción linfocitaria	VSG > 50 asintomáticos
	VSG > 50 en asintomáticos, > 30 con síntomas B	C) VSG > 50 en asintomáticos, > 30 con síntomas B	VSG > 50 en asintomáticos, cualquier valor con síntomas B	Síntomas B
	Sitios ganglionares > 4	D) Sitios ganglionares > 3	MMR > 0.33	Sitios ganglionares > 3
			Sitios ganglionares > 3	> sitio extraganglionar
GRUPOS DE TRATAMIENTO	EORTC/GELA	GHSB	NCIC	NCCN
Estadio temprano favorable	EC I/II sin factores de riesgo	EC I/II sin factores de riesgo	Riesgo estándar favorable: EC I/II sin factores de riesgo	EC IA/IIA favorable
Estadio temprano desfavorable	EC I/II con > de 1 factor de riesgo	EC I, IIA con > 1 factor de riesgo, IIB con C/D, pero sin A/B	Riesgo estándar desfavorable: EC I/II con al menos 1 factor de riesgo	EC I/II desfavorable (enfermedad voluminosa) EC I/II desfavorable (enfermedad no voluminosa)
Estadio avanzado	EC III/IV	EC IIB con A/B	Riesgo alto: EC I o II con enfermedad voluminosa, enfermedad intraabdominal o EC III/IV	EC II/IV
LH predominio linfocítico nodular	EC I/II supradiafragmáticos sin factores de riesgo	EC I/II sin factores de riesgo		EC I/II/III/IV clasificación propia

Diehl V, 2007.

National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology. Hodgkin Lymphoma.V.1.2010. 02/02/10. www.nccn.org

Cuadro-4

PUNTAJE PRONÓSTICO INTERNACIONAL PARA LINFOMA HODGKIN AVANZADOS (INTERNATIONAL PROGNOSTIC SCORE)		
Edad > 45 años		
Género masculino		
EC IV		
Hb < 10.5 g/dL		
Leucocitos > 15000/mm³		
Linfopenia < 8% de la diferencial o < 600/mm³		
Albúmina < 4 g/dL		
Número de factores	Población (%)	Tasa libre de porgresión a 5 años (%)
0	7	84
1	22	77
2	29	67
3	23	60
4	12	51
5 +	7	42

Hoppe RT, 2011

Cuadro 5-Esquema de Quimioterapia de Primera Línea

ABVD				
Fármaco	Dosis/m ² SC	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Doxorrubicina	25 mg	IV	Bolo	1 y 15
Bleomicina	10 U	IV	Infusión Dilución en 500 mL de solución salina 0.9%	1 y 15
Vinblastina	6 mg (máximo 10 mg)	IV	Infusión Dilución en 500 mL de solución salina 0.9%	1 y 15
Dacarbazina	375 mg	IV	Infusión de 1 h Dilución en 250 mL de solución salina 0.9%	1 y 15
Dar ciclos cada 21 días (máximo 8 ciclos)				
<p>Régimen ambulatorio. Considerar previo a quimioterapia banco de espermatozoides. Agregar alopurinol 300 mg/día (100 mg/día si la depuración de creatinina es < 20 mL/min) las primeras 6 semanas. Tratamiento antiemético: inhibidor 5-HT3 + dexametasona el día 1 y 2 de aplicación Insuficiencia hepática: (reducción de doxorrubicina y vinblastina) BT 1.7-2.5 veces el valor superior normal (VSN) = reducir a 50% la dosis; 2.5 a 4 veces el VSN = disminuir a 25% la dosis. Se aplica siguiente ciclo, si neutrófilos > 1.5 x 10⁹/L o plaquetas > 125 x 10⁹/L. Reducir la dosis de doxorrubicina y vinblastina a 50% si los NT = 0.8 -1.49 x 10⁹/L o plaquetas 75-124 x 10⁹/L. Diferir una semana si NT < 0.8 x 10⁹/L o plaquetas < 75 x 10⁹/L. Agregar filgrastim SC diario los días 5 a 11 y 20 a 26 de cada ciclo si en dos ocasiones hay retraso de los ciclos o existen episodios de neutropenia y fiebre.</p>				

Brusamolino E. 2009

Cuadro 6-Esquemas de Quimioterapia para linfoma de Hodgkin avanzado

BEACOPP Y BEACOPP ESCALADO					
Fármaco	Dosis/m2 SC ESTÁNDAR	Dosis/m2 SC ESCALADO	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Doxorrubicina	25 mg	35	IV	Bolo	1
Ciclofosfamida	650	1250	IV	Infusión	1
Etopósido	100 mg/día	200 mg/día	IV	Infusión	1 a 3
Procarbazona	100 mg/día	100 mg/día	VO	Vía oral	1 a 7
Prednisolona	40 mg/día	40 mg/día	VO	Vía oral	1 a 14
Bleomicina	10 UI	10 UI	IV	Infusión	8
Vincristina	1.4 mg (máximo 2 mg)	1.4 mg (máximo 2 mg)	IV	Infusión: Dilución en 50 mL de solución salina 0.9%	8
Filgastrim	Solo si es necesario	5 g/día	SC	8 y hasta recuperación de neutrófilos > 1 x 10 ⁹ /L	

Dar ciclos cada 21 días (máximo 8 ciclos)

Régimen ambulatorio.

Considerar previo a quimioterapia banco de espermatozoides.

Agregar alopurinol 300 mg/día (100 mg/día si la depuración de creatinina es < 20 mL/min) las primeras 6 semanas.

Tratamiento antiemético: inhibidor 5-HT₃ + dexametasona el días 1 a 7.

Profilaxis antiinfecciosa con TMP-SMX y aciclovir.

Insuficiencia renal: (disminuir dosis de bleomicina y etopósido) a 75% con depuración de creatinina 12 a 60 mL/min y a 50% si es < 12 mL/min.

Insuficiencia hepática: (disminuir dosis de doxorrubicina, etopósido y vincristina) a 50% con BT es 1 a 2 veces mayor al VSN, a 25% si la BT es 2 a 4 veces el VSN. Omitir si la BT es mayor a 4 veces el VSN.

Evitar procarbazona si existe mielosupresión grave, reiniciarla a menor dosis.

Descontinuar procarbazona si se desarrolla parestesia, neuropatía, confusión, estomatitis o diarrea, reiniciarla a menor dosis.

Se administra tratamiento con NT > 1.5 x 10⁹/L y plaquetas > 100 x 10⁹/L.

Diferir tratamiento si los NT son < 1 x 10⁹/L y plaquetas < 50 x 10⁹/L, hasta que se alcancen los niveles comentados

Dann EJ, 2007

Cuadro-7

DHAP				
Fármaco	Dosis/m2 SC	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Dexametasona	40 mg/día	VO	Vía oral	1 al 4
Cisplatino	100 mg	IV	Infusión 1 h Dilución en 500 mL de solución salina 0.9%	1
Citarabina (Ara-C)	2 g/m2 x 2	IV	Infusión en 3h cada 12 horas Dilución en 1L de solución salina 0.9%	2

Dar ciclos cada 21 a 28 días con apoyo de filgrastim según requerimiento.
Se dan 2 a 6 ciclos y se consolida habitualmente con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.
Moviliza células progenitoras hematopoyéticas a sangre periférica
Josting A, 2005

Cuadro-8

MINE				
Fármaco	Dosis/m2 SC	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Mesna	1.33g	IV	En infusión 1 h simultáneo con ifosfamida c/24hrs	1 al 3
Ifosfamida	1.33g	IV	Infusión 1 h cada 24 h	1 al 3
Mitoxantrona	8mg	IV	Infusión 2 h	1
Etopósido	65mg	IV	Infusión 1 h cada 24 h	1 al 3

Es un esquema de movilización de células progenitoras hematopoyéticas a sangre periférica
Dar ciclos cada 28 días con apoyo de filgrastim según requerimiento. Se dan 2 a 3 ciclos seguidos de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas
Fermé C, 2002

Cuadro-9

MINI-BEAM				
Fármaco	Dosis/m ² SC	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Carmustina	60 mg	IV	Infusión 1 h Dilución en 250 mL de glucosa 5% Evitar almacenamiento en contenedores de PVC por > 24 h	1
Citarabina	100 mg/12 horas	IV	Infusión 30 minutos Dilución en 100 mL de solución salina 0.9%	2 al 5
Etopósido	75 mg	IV	Infusión en 1 h Dilución en solución salina 0.9%	2 al 5
Melfalán	30 mg	IV	Bolo en los primeros 30 minutos de reconstituido Dilución en 100 mL de solución salina 0.9%	6

Es un esquema de movilización de células progenitoras hematopoyéticas a sangre periférica
Se puede administrar un segundo ciclo en 4 a 6 semanas desde el primero, si los NT > 1 x 10⁹/L y plaquetas > 100 x 10⁹/L.

Schmitz N, 2002

Cuadro-10

ICE				
Fármaco	Dosis/m ² SC	Vía	Modo de Uso	Días del ciclo
Etopósido (VP16)	100 mg/día	IV	Infusión de 30 a 60 minutos Dilución en 500 mL de solución salina 0.9%	1 al 3
Carboplatino	Área bajo la curva 5 (800 mg máximo)	IV	Infusión de 1 h Dilución en 250 mL de solución salina 0.9%	2
Ifosfamida	5 g	IV	Infusión de 24 h Dilución en 1L de solución salina 0.9%	2
Mesna	5 g	IV	Infusión 24 h Mezclada con ifosfamida	2

Dar ciclos cada 14 días con apoyo de FEC-G según requerimiento

Se dan 2 ciclos de tratamiento

Habitualmente se consolida con transplante de células progenitoras hematopoyéticas

Moviliza células progenitoras a sangre periférica

Moskowitz C, 2001

Cuadro 11- Factores a tomar en cuenta para ofrecer TCTH

GRUPO DE PACIENTES	FACTORES
Recaída	Tiempo de recaída < de un año Estadio III-IV Anemia Síntomas B Estado físico malo
Refractario	Mal estado físico Edad > 50 años Falla en alcanzar la remisión aunque sea temporalmente Síntomas B Estadio III-IV
Candidatos a Trasplante Autólogo de Células Tallo Hematopoyéticas (TACTH)	Recaídas no tratadas previamente Respuesta a quimioterapia Albúmina sérica baja Anemia Edad Linfocitopenia Síntomas B Enfermedad extra-nodal Tiempo de recaída < de un año Estatus de la enfermedad al momento del TACTH Recaída de la enfermedad en región previamente irradiada

Kuruvilla J, 2011

Cuadro-12 Respuesta a Tratamiento

RESPUESTA A TRATAMIENTO DE LINFOMAS HODGKIN PARA ESTUDIOS CLÍNICOS				
Respuesta	Definición	Adenomegalias	Hígado, bazo	Médula ósea
RC	Desaparición de toda evidencia de enfermedad	a) LNH ávidos de FDG o PET positivo previo al tratamiento: negatividad en PET b) LNH de avidéz variable a FDG o PET negativo: negatividad en TAC	No palpables	Desaparición de la infiltración inicial; si la morfología es indeterminada la inmunohistoquímica deberá ser negativa
RP	Regresión de enfermedad medible y sin sitios nuevos	> 50% disminución en SPD de los 6 sitios más voluminosos; sin aumento de tamaño de otras adenomegalias. a) LNH ávidos de FDG o PET positivo previo al tratamiento: Uno o más PET positivos en sitio previamente involucrado b) LNH de avidéz variable a FDG o PET negativo: negatividad en TAC	> 50% disminución en SPD de adenomegalias (para un solo ganglio en su diámetro transversal mayor); sin aumento en tamaño de bazo e hígado	Irrelevante si fue positiva previo a tratamiento; se debe especificar el tipo celular.
EE	Falla para lograr RC/RP o EP	a) LNH ávidos de FDG o PET positivo previo al tratamiento: PET positivo en sitios previos de AT; no nuevos sitios en TAC o PET b) LNH de avidéz variable a FDG o PET negativo: sin cambios en el tamaño de lesiones previas en TAC		
ER o EP	Cualquier lesión nueva o incremento > 50% del tamaño mayor alcanzado en los sitios previamente involucrados	Aparición de nuevas lesiones >1.5cm en cualquier diámetro; > 50% de incremento en SPD en más de 1 ganglio, > 50% de incremento en el diámetro mayor de un ganglio previamente identificado de >1cm en su diámetro más pequeño Lesiones PET positivas si tiene linfoma con avidéz a FDG o PET positivo previo tratamiento	> 50% de incremento del tamaño mayor alcanzado de SPD de cualquier lesión previa	Involucro nuevo o recurrente

Abreviaturas: AT: actividad tumoral RC: remisión completa; RP: remisión parcial; EE: enfermedad estable; EP: enfermedad progresiva; ER o EP: enfermedad en recaída, SPD: suma del producto de los diámetros, FDG: fluorodeoxiglucosa; PET: tomografía por emisión de positrones; TC: tomografía computarizada; SPD: suma del producto de los diámetros.
Cheson B, 2007

*Grado de Recomendación