



Guía de Práctica Clínica Resumen

Manejo Multidisciplinario del Linfoma de Hodgkin

La presente Guía Resumen es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red AUNA y su aplicación seguirá el respectivo programa oncológico (Oncoplus, Onco clásico pro y Onco clásico) contratado por el paciente.

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a ONCOSALUD como institución con su logotipo adecuadamente.

La guía resumen tiene como objetivo proporcionar al usuario las recomendaciones clave de la **Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Linfoma Hodgkin** basado en evidencia científica, categorizada según la fuerza y dirección de los colaboradores expertos de Oncosalud – AUNA.

Referenciar como: AUNA. Guía Resumen. Guía de Práctica Clínica sobre **Manejo Multidisciplinario del Linfoma Hodgkin**. Lima, Perú: AUNA, 2019.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa en el portal AUNA – Documentos AUNA. dirigirse al siguiente enlace web: <https://sites.google.com/auna.pe/gydp/documentos-auna/gu%C3%ADas-de-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica>

COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ONCOSALUD - AUNA		
NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA/ ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Jesús Canales V	Anestesiólogo	Director Médico de la Clínica Delgado
Dra. Biviana Pérez V.	Auditoria Médica	Jefe de Calidad Médica
Dr. Frank Young T.	Cirugía Oncológica	Director Médico de Oncosalud
Dra. Paola Montenegro B.	Oncología Médica	Subdirector Médico de Oncosalud
Dr. Alfredo Aguilar C.	Oncología Médica	Director Científico y Académico Presidente del Comité de GPC. AUNA
Dr. Luis Mas L.	Oncología Médica	Miembro del Comité
Dr. Víctor Rojas G.	Cirugía Oncológica	Miembro del Comité
Dr. Néstor Juárez H.	Cirugía Oncológica	Miembro del Comité
Dr. Bernardo Vizcarra LDG.	Radioncología	Miembro del Comité

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LINFOMA NO HODGKIN DE CBGD		
NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA / ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. César Samanez F.	Médico Oncólogo	Colaborador Experto
Dra. Shirley Quintana T.	Médico Oncólogo	Colaborador Experto
Dra. Lourdes López Ch.	Médico Oncólogo	Colaborador Experto
Dr. Daniel Enríquez V.	Médico Oncólogo	Colaborador Experto
Dr. Bernardo Vizcarra LDG.	Radio-oncólogo	Colaborador Experto
Dr. Cristian Rau V.	Radio-oncólogo	Colaborador Experto
Dr. Jorge Guerrero G.	Radiólogo	Colaborador Experto
Dr. Manuel Villarán L.	Epidemiología	Colaborador experto
MSc. Claudio Flores F.	Estadístico	Consultor estadístico
Dra Karina Aliaga LI.	Jefe de la Unidad de Guías de Práctica Clínica Oncología Médica	Revisión y aprobación de la guía
Dra. Cindy Alcarraz M.	Oncología Médica y Consultoría metodológica	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la

		evidencia. Redacción de la guía Colaborador experto
Dr. Alonso Díaz S.	Oncología Médica	Búsqueda sistemática, revisión de la evidencia. Redacción de la guía
MSc. Gisely Hjar G	Epidemióloga Metodólogo de Medicina basada en Evidencia	Revisión de la metodología: Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.

**GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LINFOMA NO HODGKIN DE CBGD**

NOMBRE COMPLETO	ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Astrid Pavlovsky	Centro de Hematología Pavlovsky Buenos Aires-Argentina	Revisor Experto

Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia
Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Linfoma de Hodgkin

N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de la Recomendación
A. Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico		
i. Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC IA, IIA de riesgo favorable		
1.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC IA y IIA de riesgo favorable, se recomienda ABVD por 2 ciclos y reevaluar enfermedad con PET/CT como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
2.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC IA y IIA de riesgo favorable con Deauville 1-2 luego de 2 ciclos de ABVD, se recomienda ABVD por 1 ciclo adicional con RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
3.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC IA y IIA de riesgo favorable con Deauville 1-2 luego de 2 ciclos de ABVD, se sugiere RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia I, ESMO) (Alto, GPC Colombia) (Nivel de evidencia 1a, BCSH/BSH) (Grado A, GCS) (Recomendación, GPC Alberta) (Recomendación, CCO) (Score Delphi 2, ACR)	Débil a favor
4.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC IA y IIA de riesgo favorable con Deauville de 3-5 luego de 2 ciclos de ABVD, se recomienda ABVD por 2 ciclos adicionales y realizar PET control, si es negativo continuar con RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
5.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC IA y IIA de riesgo favorable con Deauville de 3-5 luego de 2 ciclos de ABVD (con biopsia negativa para Deauville 5), se recomienda BEACOPPesc por 2 ciclos y realizar PET control, si es negativo continuar con RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
ii. Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable		
6.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable, se recomienda ABVD por 2 ciclos y reevaluar enfermedad con PET/CT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
7.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable y Deauville 1-2 luego 2 ciclos de ABVD, se recomienda ABVD por 2 ciclos adicionales seguido de RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia I, ESMO) (Alto, GPC Colombia) (Nivel de evidencia 1a, BCSH/BSH) (Score delphi 8, ACR) (Recomendación, GPC Alberta) (Recomendación, CCO)	Fuerte a favor
8.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable y Deauville de 3-5 luego de 2 ciclos de ABVD (con	Débil a favor

	biopsia negativa para Deauville 5), se sugiere ABVD por 4 ciclos y realizar PET control, si es negativo continuar con RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia I, ESMO)	
9.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable y Deauville de 3-5 luego de 2 ciclos de ABVD (con biopsia negativa para Deauville 5), se recomienda BEACOPPesc por 2 ciclos y realizar PET control, si es negativo continuar con RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
iii. Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV		
10.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV, se recomienda ABVD por 2 ciclos y reevaluar enfermedad con PET/CT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
11.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV con Deauville 1-2 luego de 2 ciclos de ABVD, se sugiere AVD por 4 ciclos seguido de observación como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia I, ESMO) (Recomendación, GPC Alberta)	Fuerte a favor
12.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV con Deauville 1-2 luego de 2 ciclos de ABVD, se recomienda AVD por 4 ciclos seguido de RT en enfermedad bulky inicial o sitios seleccionados con PET(+) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2a, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
13.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV con Deauville 3-5 luego de 2 ciclos de ABVD, se recomienda BEACOPPesc por 2 ciclos y evaluación con PET como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
14.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV con IPS \geq 4 o contraindicación a Bleomicina y sin neuropatía, se recomienda Brentuximab-AVD por 6 ciclos como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia I-II, ESMO)	Fuerte a favor
15.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV con Deauville 3-4 luego de 6 ciclos de Brentuximab-AVD, se recomienda RT a los sitios con PET (+) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
iv. Primera línea de tratamiento en pacientes mayores de 60 años con Linfoma de Hodgkin clásico		
16.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico > 60 años EC I y II de riesgo favorable, se recomienda ABVD por 2 ciclos seguido o no de AVD por 2 ciclos y RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia III, ESMO)	Fuerte a favor
17.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico > 60 años EC I y II de riesgo desfavorable, III y IV, se recomienda ABVD por 2 ciclos seguido de AVD por 4 ciclos (si PET es negativo luego de los 2 ciclos de ABVD) una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia III, ESMO)	Fuerte a favor
B. Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular		

18.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC IA y IIA (enfermedad no bulky), se sugiere exéresis de la lesión y observación como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH))	Débil a favor
19.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC IA y IIA (enfermedad no bulky), se recomienda RT (especialmente en EC IA o EC IIA con enfermedad contigua) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia III, ESMO) (Nivel de evidencia 1b, BCSH/BSH) (Recomendación, CCO) (Score Delphi 7, ACR)	Fuerte a favor
20.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC IA bulky, IB, IIA (enfermedad bulky o no contigua) y IIB, se recomienda R-ABVD por 3 o 4 meses seguido de RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2b, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
21.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC IA bulky, IB, IIA (enfermedad bulky o no contigua) y IIB, se sugiere R-CHOP por 3 o 4 meses seguido de RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia V, ESMO)	Débil a favor
22.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC III y IV, se recomienda R-ABVD seguido o no de RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2b, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
23.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC III y IV, se sugiere R-CHOP seguido o no de RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia V, ESMO)	Débil a favor
24.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular EC IIIA y IVA con comorbilidades, se recomienda Rituximab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Débil a favor
C. Segunda línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario		
i. Segunda línea de tratamiento en pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico en candidatos a TPH autólogo		
25.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se recomienda DHAP (Dexametasona, Cisplatino y altas dosis de citarabina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Grado A, GCS) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
26.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se recomienda ICE (Ifosfamida, Carboplatino y Etopósido) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH) (Recomendación, CENETEC)	Fuerte a favor
27.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se recomienda ESHAP (Etopósido, Metilprednisolona, altas dosis de Citarabina y Cisplatino) como una opción de manejo.	Fuerte a favor

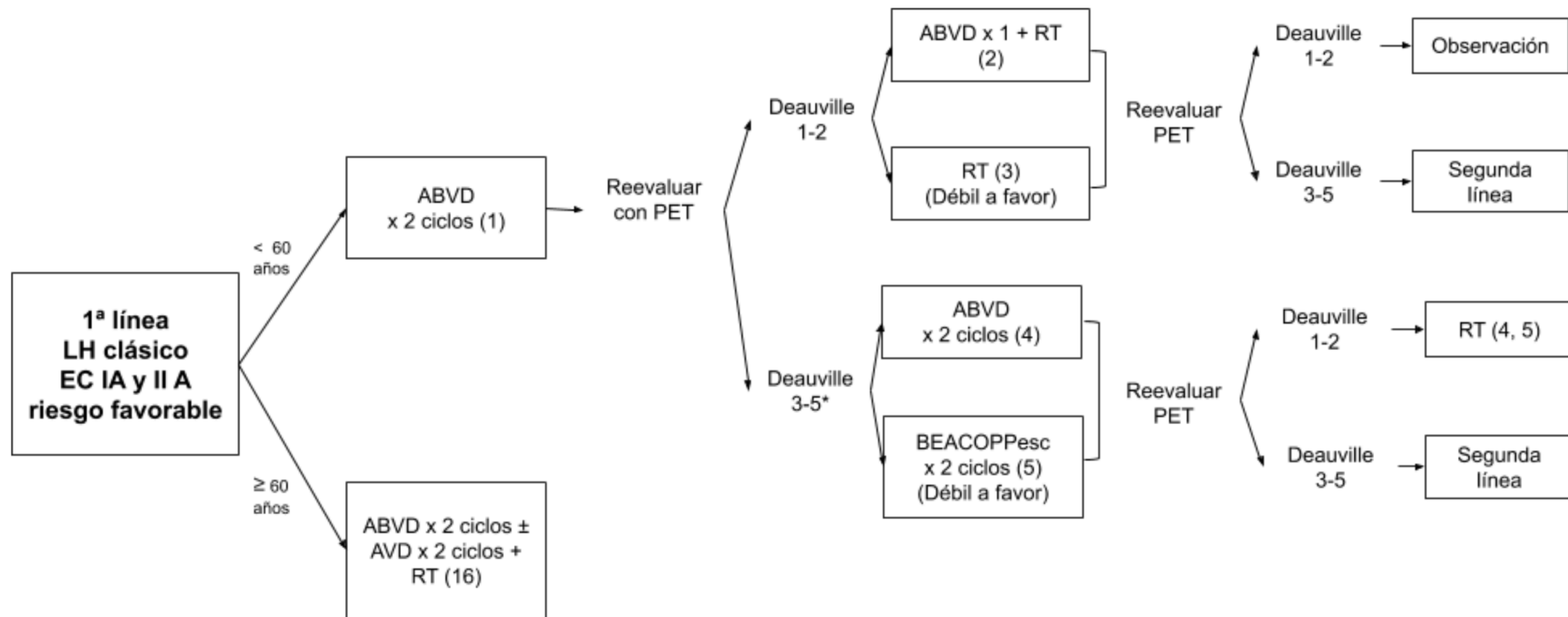
	(Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	
28.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se sugiere Gemcitabina, Bendamustina y Vinorelbina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
29.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se sugiere GVD (Gemcitabina, Vinorelbina y Doxorubicina liposomal) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH) (Recomendación, CENETEC)	Débil a favor
30.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario, se sugiere IGEV (Ifosfamida, Gemcitabina y Vinorelbina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Débil a favor
31.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario candidatos a TPH y Deauville 1-4 luego de terapia de segunda de línea, se recomienda dosis altas de quimioterapia y TPH autólogo como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Nivel de evidencia I, ESMO) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH) (Grado A, GCS) (Recomendación, GPC Alberta) (Recomendación, CENETEC)	Fuerte a favor
32.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario candidatos a TPH y Deauville 1-4 luego de terapia de segunda de línea, se recomienda RT pre o post-TPH autólogo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia IV, ESMO) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
33.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario con ≥ 2 factores de riesgo (recurrencia <12 meses de la primera línea, compromiso extranodal en la recaída, PET (+) al momento del TPH, síntomas B, > 1 línea de tratamiento de rescate) sometidos a TPH autólogo, se recomienda Brentuximab por un año como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia II, ESMO)	Fuerte a favor
ii. Segunda línea de tratamiento en pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico > 60 años* o no candidatos a TPH autólogo		
34.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico > 60 confirmado mediante biopsia, se recomienda Bendamustina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
35.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico > 60 años recurrente localizado no apto a quimioterapia, se sugiere RT como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Grado A, GCS)	Débil a favor
36.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario con enfermedad localizada o enfermedad bulky no candidatos a TPH, se recomienda RT luego de quimioterapia de rescate como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia IV, ESMO)	Fuerte a favor
D. Segunda línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario		

37.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular con recurrencia localizada, se recomienda Radioterapia como una opción de manejo. (Nivel de evidencia 2b, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
38.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario, se recomienda DHAP (Dexametasona, Cisplatino y altas dosis de citarabina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia II-III, ESMO)	Fuerte a favor
39.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario, se recomienda ESHAP (Etopósido, Metilprednisolona, altas dosis de Citarabina y Cisplatino) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
40.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario, se recomienda ICE (Ifosfamida, Carboplatino y Etopósido) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia II-III, ESMO)	Fuerte a favor
41.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario, se sugiere IGEV (Ifosfamida, Gemcitabina y Vinorelbina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia II-III, ESMO)	Débil a favor
42.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario con comorbilidades, se sugiere Rituximab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Débil a favor
E. Tratamientos subsecuentes en Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario		
43.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario no candidatos a TPH autólogo o con falla a TPH autólogo, se recomienda Brentuximab como una opción de manejo. (Nivel de evidencia III, ESMO) (Grado B, GCS) (Recomendación, GPC Alberta)	Fuerte a favor
44.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate apto a tratamiento intenso, se sugiere Brentuximab asociado a DHAP (Dexametasona, Cisplatino y altas dosis de citarabina) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
45.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate apto a tratamiento intenso, se sugiere Brentuximab asociado a ESHAP (Etopósido, Metilprednisolona, altas dosis de Citarabina y Cisplatino) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
46.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate apto a tratamiento intenso, se sugiere Brentuximab asociado a ICE (Ifosfamida, Carboplatino y Etopósido) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
47.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate apto a tratamiento intenso, se sugiere Brentuximab asociado a	Débil a favor

	Bendamustina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	
48.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate, se recomienda Bendamustina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
49.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia rescate, se sugiere Lenalidomida como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
50.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia de rescate, se recomienda Nivolumab (en enfermedad recurrente o progresión después de TPH autólogo y Brentuximab o ≥ 3 líneas de tto que incluya TPH autólogo) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia III, ESMO) (Grado B, GCS) (Recomendación, GPC Alberta)	Fuerte a favor
51.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario y Deauville 3-5 luego de terapia de rescate, se recomienda Pembrolizumab (en enfermedad refractaria o en recurrencia después de 3 o más líneas previas de tratamiento) como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia III, ESMO) (Grado B, GCS) (Recomendación, GPC Alberta)	Fuerte a favor
52.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario jóvenes candidatos a TPH con falla a TPH autólogo y con respuesta a terapia de rescate, se recomienda TPH alogénico como una opción de manejo. (Nivel de evidencia III, ESMO) (Grado 0, GCS) (Nivel de evidencia 2b, BCSH/BSH) (Recomendación, GPC Alberta)	Fuerte a favor
53.	En pacientes con Linfoma de Hodgkin clásico recurrente candidatos a TPH con respuesta a tercera línea de tratamiento, se recomienda TPH autólogo como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 2c, BCSH/BSH)	Fuerte a favor
<p>IPS: International prognostic score. Los esquemas de quimioterapia propuestos en segunda línea pueden ser utilizados como rescate como tercera o líneas subsecuentes, de no haber sido utilizados previamente. El manejo según escenario clínico es ampliado en los algoritmos de manejo. *En pacientes mayores de 60 años aptos a quimioterapia no se descarta el uso de algún esquema de tratamiento de rescate propuesto en los pacientes candidatos a TPH, según la evaluación de médico tratante.</p>		

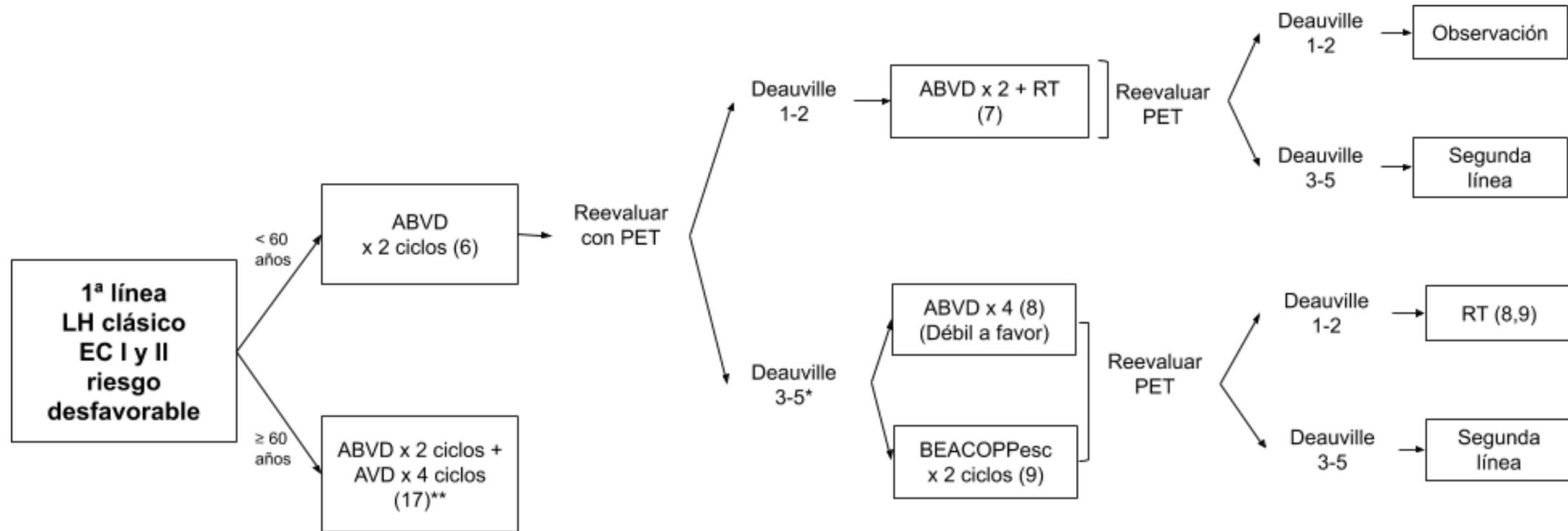
ALGORITMOS DE MANEJO DEL MULTIDISCIPLINARIO DEL LINFOMA DE HODGKIN

Algoritmo N° 1: Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC IA, IIA de riesgo favorable.



RT: radioterapia, PET: tomografía por emisión de positrones.
 Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.
 *Deauville 5 sin evidencia de progresión, ni lesiones nuevas o con biopsia negativa.
 En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 2: Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC I y II de riesgo desfavorable.



RT: radioterapia, PET: tomografía por emisión de positrones.

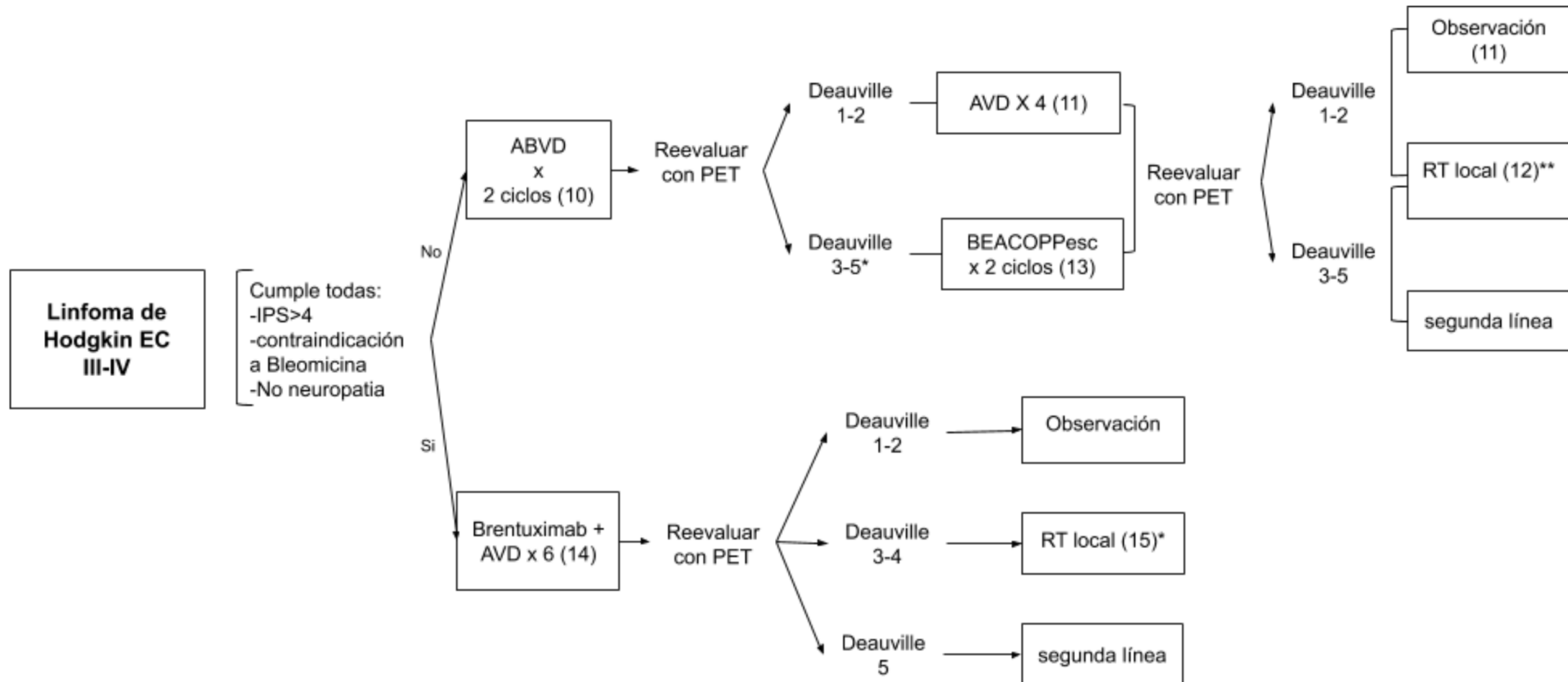
Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.

*Deauville 5 sin evidencia de progresión, ni lesiones nuevas o con biopsia negativa.

**Solo si PET es negativo luego de 2 ciclos de ABVD. Opción aplica también en estadios clínicos III y IV.

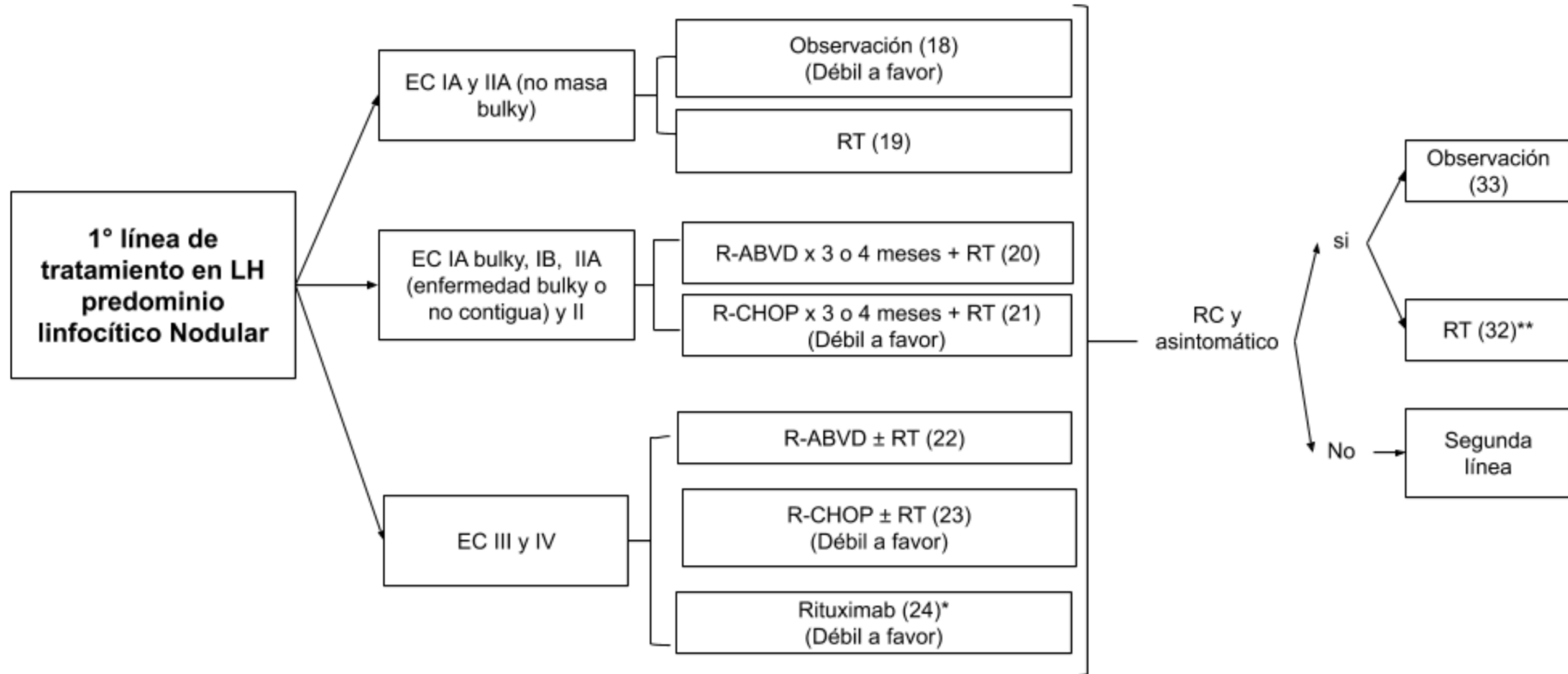
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 3: Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico EC III y IV.



RT: radioterapia, PET: tomografía por emisión de positrones.
 Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.
 *Deauville 5 sin evidencia de progresión, ni lesiones nuevas.
 **Enfermedad bulky inicial o sitios seleccionados con PET (+).
 En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 4: Primera línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular.



RT: Radioterapia, RC: respuesta completa.

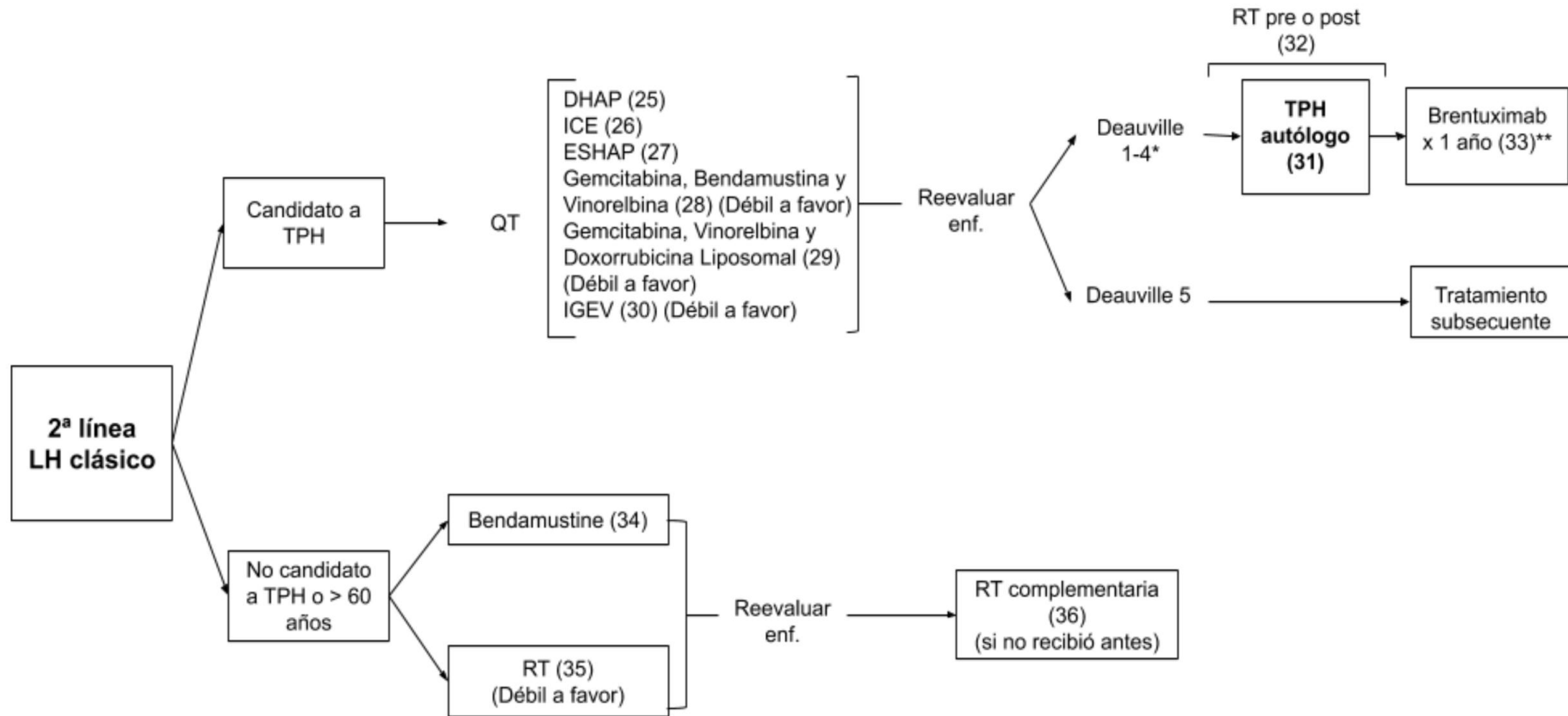
Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.

*En pacientes con comorbilidades.

**Si previamente no recibió RT.

En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 5: Segunda línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario.



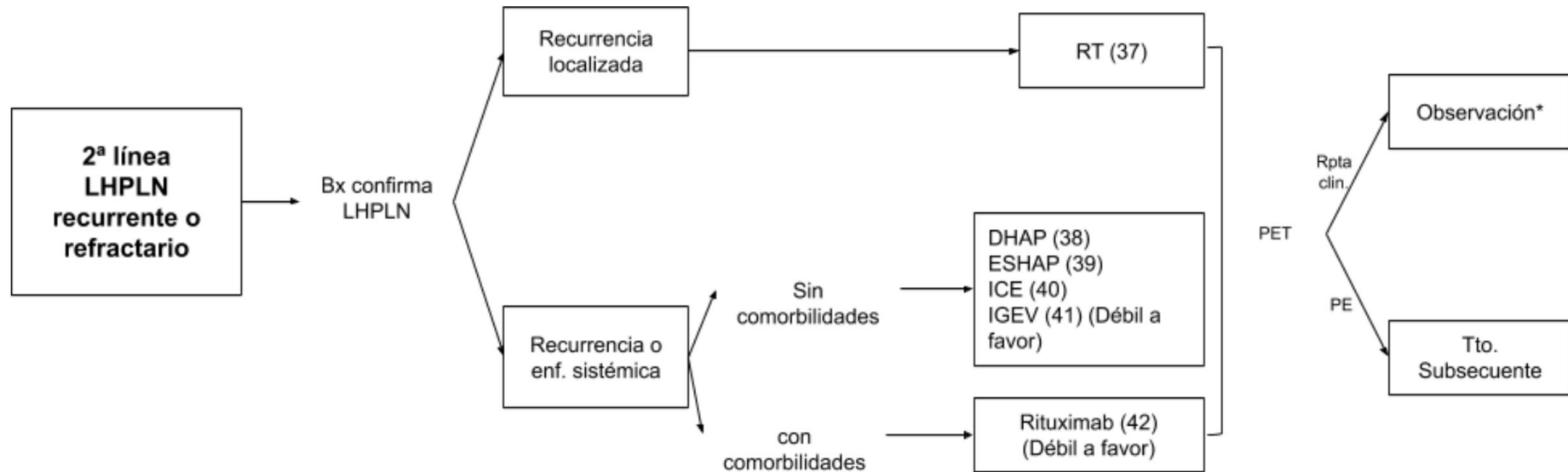
RT: Radioterapia, QT: Quimioterapia, TPH: Trasplante de progenitores hematopoyéticos. Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.

*≥2 factores de riesgo: recurrencia < 12 meses, compromiso extranodal en la recaída, PET (+) al TPH, síntomas B, >1 línea de rescate.

** De preferencia Deauville 1-2, puede considerarse terapia de rescate desde Deauville 3 al 5.

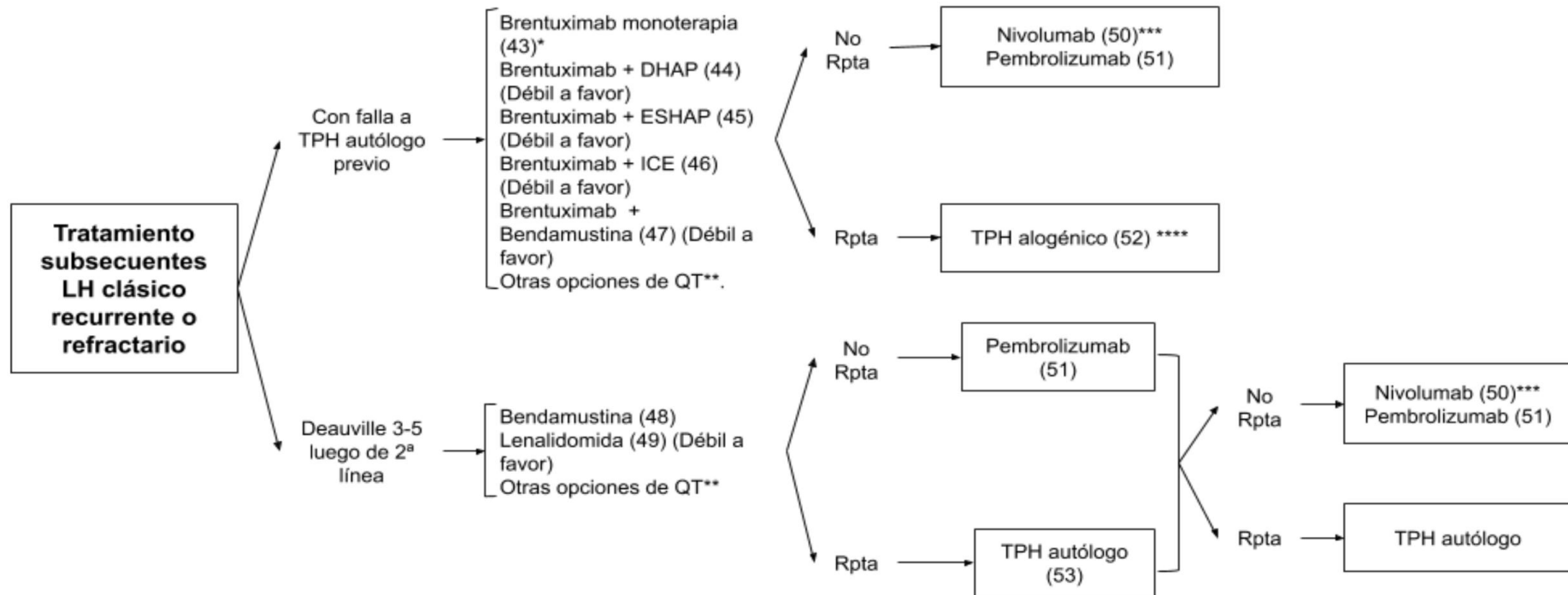
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 6: Segunda línea de tratamiento en Linfoma de Hodgkin de predominio linfocítico nodular recurrente o refractario.



RT: radioterapia, PE: progresión de enfermedad, Rpta clin: respuesta clínica
 Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.
 Debe realizarse biopsia de la enfermedad recurrente o refractaria para descartar la transformación a linfoma agresivo.
 *solo si el paciente es asintomático.
 En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Algoritmo N° 7: Tratamientos subsecuentes en Linfoma de Hodgkin clásico recurrente o refractario.



Las opciones de manejo son fuerte a favor a menos que se indique lo contrario.

*Brentuximab también se puede usar como terapia de rescate a la falla de TPH autólogo.

**Opciones de QT listadas como terapia de rescate desde la segunda línea que no hayan sido utilizadas previamente.

***Nivolumab sólo en pacientes con 3 o más líneas previas que incluya TPH autólogo.

****TPH alogénico solo en pacientes jóvenes y en buen estado funcional con falla a TPH autólogo previo.

Nota: El uso de inmunoterapia debe ser utilizado con precaución previo a TPH alogénico, por el incremento de EICH.

En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla de Recomendaciones Claves.

Manejo Multidisciplinario del Linfoma Hodgkin