

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO
Y REFERENCIA OPORTUNA DEL
SÍNDROME DE LISIS TUMORAL
EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-746-15

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 **Secretaría de Salud**

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico, tratamiento y referencia oportuna del Síndrome de Lisis Tumoral en el paciente pediátrico**, 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://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMA DE FLUJO

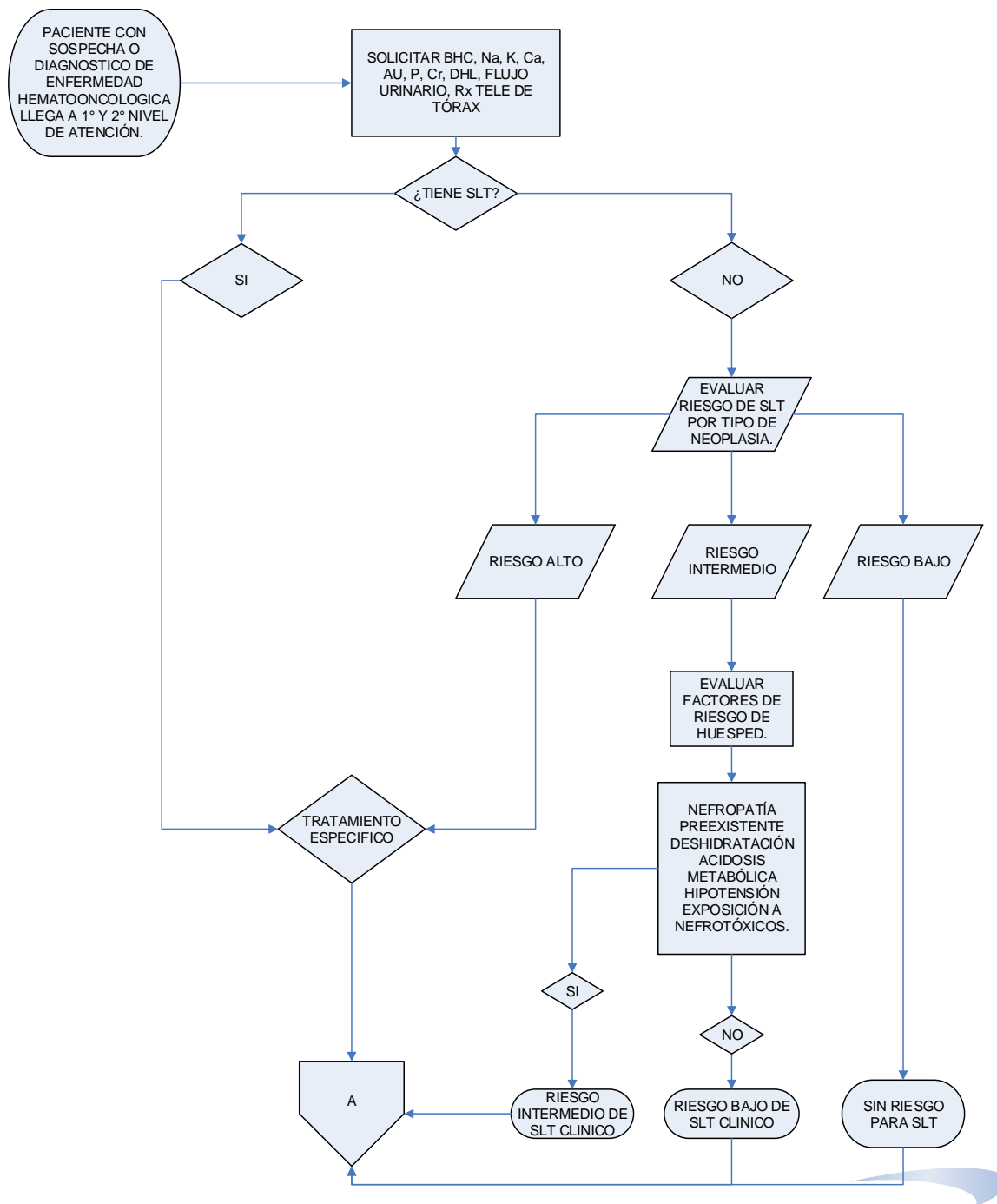


Diagrama 1. Algoritmo de clasificación de Síndrome de Lisis Tumoral y Tratamiento establecido por riesgo

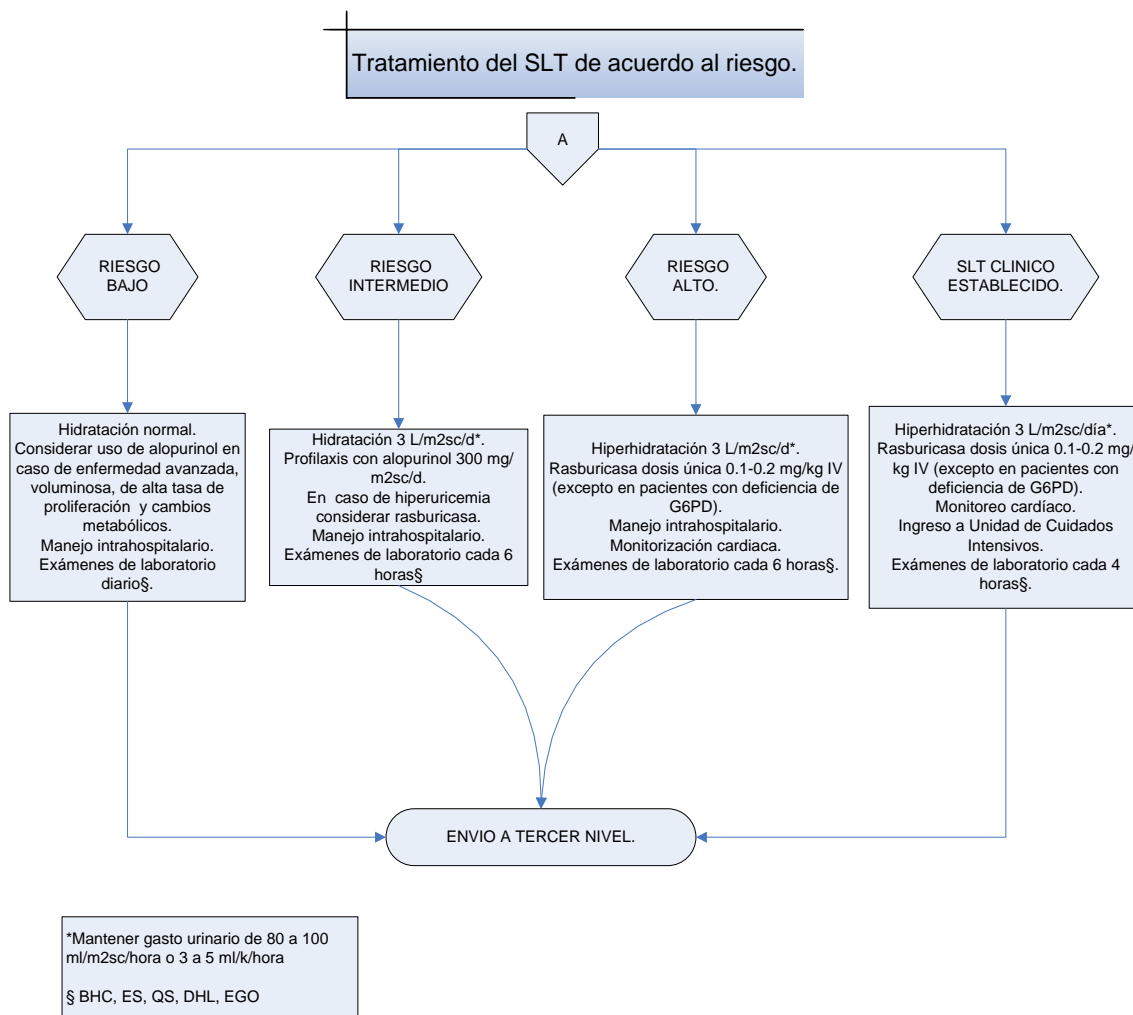


Diagrama 2. Algoritmo de tratamiento de SLT establecido por riesgo

2. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
<p>Mantener una uresis constante. Se debe mantener un gasto urinario >4 mililitros por kilogramo por hora (ml/kg/h) o 100 mililitros por metro cuadrado de superficie corporal por hora (ml/m²sc/h).</p> <p>En caso de requerir diurético, administrar furosemide a dosis 0.5 miligramos por kilo por dosis (mg/k/dosis)</p> <p>La evaluación del balance hídrico necesita ser continua en moderado y alto riesgo. Debe efectuarse cada 6 horas.</p>	D
<p>Se puede usar alopurinol, aunque preferentemente se debe iniciar rasburicasa.</p>	D
<p>Acciones preventivas para LRA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suspender los nefrotóxicos. 2. No usar IECA ni ARA. 3. No realizar estudios contrastados mucho menos los basados en gadolinio 4. Reajustar los medicamentos en base a la tasa de filtración glomerular. 	D

*Grado de Recomendación

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
<p>SLT de riesgo bajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de SLT y sus complicaciones. • Hidratación normal. • En caso de cambios metabólicos, enfermedad avanzada o voluminosa y enfermedad de alto crecimiento tumoral considerar uso de alopurinol. <p>SLT de riesgo intermedio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de SLT y complicaciones. • Hidratación 3 L/m²sc/día. • Profilaxis con alopurinol. Si se desarrolla hiperuricemia iniciar rasburicasa. <p>SLT de riesgo alto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de SLT y complicaciones. • Estudios de química sanguínea (QS), electrolitos séricos completos (ES), DHL, AU cada 6 a 8 horas. 	D
<p>El manejo inicial de la hiperfosfatemia leve y moderada incluye lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Restricción de fósforo de la vía oral. 2. Suspender aporte de fosforo intravenoso. 3. Administración de quelantes de fosforo vía oral. <p>La hemodiálisis es el tratamiento de elección de la hiperfosfatemia severa, aunque la diálisis peritoneal y la hemofiltración venosa continua han sido utilizadas con éxito.</p>	D
<p>Monitorizar cada 4 horas la concentración plasmática de P.</p>	D
<p>Iniciar la corrección de P en cuanto se detecte elevación en sus niveles respecto a sus basales</p>	D
<p>La hemodiálisis venosa continua es la opción de elección en pacientes LRA.</p>	D
<p>Monitorizar cada 4 horas concentraciones plasmáticas de electrolitos séricos, DHL, Química sanguínea, examen general de orina</p> <p>Hospitales que no puedan ofrecer una monitorización bioquímica las 24hrs, deben considerar la transferencia del paciente a otra unidad.</p>	D

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Tabla 1 Clasificación por riesgo para Síndrome de Lisis Tumoral por tipo de neoplasia maligna.

Riesgo bajo.	Riesgo Intermedio.	Riesgo alto.
Leucemia mieloide crónica (fase crónica).	Leucemia mieloide aguda con cuenta leucocitaria > o igual a 25,000 leucocitos y menor a 100,000.	Leucemia mieloide aguda con cuenta mayor a 100,000 x mm ³ .
Tumores sólidos excepto neuroblastoma y tumores germinales.	Leucemia mieloide aguda con leucocitos menor a 25,000 con niveles de DHL > o igual a 2 DE del valor normal	Leucemia aguda linfoblástica con cuenta leucocitaria menor a 100,000 y niveles de DHL mayor o igual a 2 DE del valor normal.
Leucemia mieloide aguda con cuenta leucocitaria menor a 25x 10 ⁹ /l con DHL < 2 DE del valor normal.	Leucemia aguda linfoblástica con cuenta leucocitaria menor a 100,000 con DHL menor a 2 DE del valor normal.	Leucemia aguda linfoblástica con cuenta leucocitaria mayor a 100,000
Linfoma anaplásico de células grandes B Estadio I y II.	Neuroblastoma con enfermedad voluminosa ó extensa	Linfoma de Burkitt, Linfoma linfoblástico.
Linfoma no Hodgkin de células grandes B difuso Estadio I y II.	Tumores germinales con enfermedad voluminosa o extensa	Linfoma no Hodgkin de células grandes B difuso estadio III y IV con DHL mayor o igual a 2 DE del valor normal.
	Linfoma anaplásico de células grandes estadio III y IV	
	Linfoma no Hodgkin de células grandes B difuso estadio III y IV con DHL menor a 2 DE del valor normal.	

Modificado de "Recommendations for the evaluation of risk and prophylaxis of tumour lysis syndrome (TLS) in adults and children with malignant diseases: an expert TLS panel consensus"; Cairo, M; Coiffier B; Reiter A and Younes A. *British Journal of Haematology*, 2010; 149, 578-586.

Tabla 2 **Criterios de Síndrome de Lisis Tumoral por Laboratorio y Clínico.**

Alteración metabólica	Criterios para Síndrome de Lisis Tumoral por laboratorio	Criterios para Síndrome de lisis tumoral clínico
Hiperuricemia	Ácido úrico mayor del límite superior para la edad en niños.	
Hiperfosfatemia	Fósforo >6.5 mg/dl (2.1 mmol/l).	
Hiperkalemia	Potasio > 6.0 mmol/l	Arritmia cardíaca o muerte súbita causada probablemente o definitivamente por hipercalemia.
Hipocalcemia	Calcio corregido < 7.0 mg/dl (1.75 mmol/l) o calcio ionizado <1.12 (0.3 mmol/l)*	Arritmia cardíaca, muerte súbita, crisis convulsivas, irritabilidad muscular (tetania, parestesias, contractura muscular, espasmo carpopedal, signo de Trousseau, signo de Chvostek, laringoespasma o broncoespasmo). Hipotensión. Insuficiencia cardíaca probable o definitivamente causada por hipocalcemia.
Insuficiencia renal aguda.		Incremento de los niveles de creatinina sérica en 0.3 mg/dl (o un solo valor >1.5 veces el límite superior para la edad si no se cuenta con nivel de creatinina basal). Presencia de oliguria definida como uresis horaria < 0.5 ml/kg/hr en 6 horas.

Modificado de: "Current concepts: the tumor lysis syndrome". Howard SC, Jones DP, Pui CH. *N Engl J Med* 2011; 364:1844-54.

*El calcio corregido en mg/dl= niveles de calcio en mg/dl+ 0.8 x (4-albúmina en gramos/dl).

**En SLT por laboratorio 2 ó más anormalidades metabólicas deben presentarse dentro de los primeros 3 días antes de o después de 7 días de iniciado el tratamiento.