
	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

**COMITÉ DE TUMORES PARA
ADOPCIÓN GPC PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO DE LINFOMA DE HODGKIN EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

FECHA: AGOSTO 2021	HORA:	
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	CARGO	FIRMA
Dr. Jaider Martinez	Hemato-oncólogo pediatra	
Dr. Alejandro Arias	Director médico	VIRTUAL
Jorge Ivan Estrada	Lider aseguramiento calidad	VIRTUAL
Ana María Cifuentes	Líder oncología	
TEMAS		
➤ Adopción GPC “PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LINFOMA DE HODGKIN EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES”		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		
1. DETECCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LINFOMAS		
Se sugiere que el personal de salud que atiende niños en nivel primario y secundario de atención utilice el formato del módulo de diagnóstico temprano del cáncer de la Estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).* Se adopta		
2. SIGNOS Y SINTOMAS DE LINFOMA DE HODGKIN PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		
Se sugiere evaluar al paciente en búsqueda de los siguientes signos y síntomas: fiebre, adenopatía cervical indolora, pérdida de peso >10%, adenopatía supraclavicular, sudoración, adenopatía axilar, epitrocLEAR, anorexia, masa mediastinal, fatiga, dificultad para respirar, circulación colateral, tos persistente, ingurgitación yugular, dolor torácico, síndrome de vena cava superior, prurito, esplenomegalia, hepatomegalia Se adopta		
3. PROCEDIMIENTO PARA CASOS CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE LINFOMA DE HODGKIN		
Se sugiere que ante la clasificación de posible cáncer o sospecha diagnóstica de linfoma se realice remisión inmediata a un centro asistencial de tercer o cuarto nivel, de alta complejidad que cuente con servicio y especialistas en oncología pediátrica, oncohematología pediátrica o hematología pediátrica .* Se adopta		
El centro de atención de cáncer pediátrico debe contar con interdependencia e integralidad de los servicios de atención avanzada de soporte, atención hospitalaria y de urgencias 24 horas. Se adopta		
Se sugiere como exámenes paraclínicos iniciales hemograma, VSG, LDH, radiografía de tórax y ecografía de abdomen. Se adopta		

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

La realización de los exámenes paraclínicos iniciales no debe retrasar la remisión del paciente. **Se adopta**

4. FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN

Durante la valoración de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, se recomienda realizar una historia clínica completa en la que se incluya la estructura y los antecedentes familiares de cáncer. **Se adopta**

Dentro de la historia clínica de pacientes pediátricos con diagnóstico de linfoma de Hodgkin se recomienda preguntar por la exposición de la madre en embarazo a pesticidas e insecticidas en el hogar. Antecedente de infección por el virus de Epstein Barr y de enfermedades autoinmunes como: sarcoidosis y púrpura trombocitopénica en el paciente. **Se adopta**

Se recomienda la lactancia materna. **Se adopta**

La práctica de la lactancia materna debe seguir la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Se adopta**

Se recomienda incluir el peso al nacer en la elaboración de la historia clínica oncológica. **Se adopta**

DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DE HODGKIN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

5. RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO POR CONSENSO DE HEMATOPATÓLOGOS Y PATÓLOGOS


Se recomienda biopsia por escisión de la adenopatía sospechosa, este procedimiento debe realizarse en una unidad de atención integral de cáncer pediátrico. **Se adopta**

Si hay patólogo disponible de manera inmediata, se recomienda transportar el tejido fresco en solución salina para estudio de patología básica y muestra para citometría de flujo, estudios de biología molecular y genética **Se adopta**

Si no hay patólogo disponible de manera inmediata se recomienda fijar en formol tamponado la muestra para estudio de patología. **Se adopta**

En caso de masa mediastinal o si el estado clínico del paciente no permite realizar biopsia por escisión se recomienda como alternativa realizar biopsia incisional o percutánea para realizar estudio de patología. **Se adopta**

Se recomienda el siguiente panel de inmunohistoquímica en primera línea diagnóstica: CD 30, CD 15, LMP-1 CD 20 , CD 3, PAX 5. **Se adopta**

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Se recomienda el siguiente panel de inmunohistoquímica en casos donde no sea posible confirmar el diagnóstico con la primera línea: CD 57, PD-1, CD 23, CD 68, BCL 2, EBER, CD 21. **Se adopta**

ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE LINFOMA DE HODGKIN

6. CLASIFICACIÓN ANATÓMICA ANN ARBOR

Se sugiere para pacientes con diagnóstico confirmado de LH tomar radiografía de tórax, TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis e imágenes funcionales. Se recomienda hacer biopsia de médula ósea bilateral para estados IIB, III, y IV. * **Se adopta**

Se recomienda el uso de PET/CT integrado como la imagen funcional de primera opción para la estadificación inicial de pacientes pediátricos con LH. **Se adopta**

Se recomienda el uso de PET/CT en la evaluación de sitios extranodales (bazo, médula ósea, hueso). **Se adopta**

En caso de no contar con PET/CT, se recomienda como segunda opción para la estadificación inicial TAC complementado con gammagrafía con galio como estudio de imagen funcional. **Se adopta**

TRATAMIENTO

7. RECOMENDACIONES GENERALES DE TRATAMIENTO


Los pacientes con LH deben mantener la continuidad del protocolo sin interrupciones no justificadas **Se adopta**

Se recomienda que la terapia para pacientes con LH menores de 18 años, sea adaptada al riesgo, teniendo en cuenta estado clínico patológico y factores de riesgo: síntomas B, enfermedad voluminosa y extensión extranodal de enfermedad. **Se adopta**

Se recomienda que el paciente con Linfoma de Hodgkin sea evaluado por especialista en radioterapia una vez se confirme el diagnóstico para la planeación de la radioterapia. **Se adopta**

Se recomienda que los pacientes menores de 18 años con Linfoma de Hodgkin reciban tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia .* **Se adopta**

8. MANEJO DE LINFOMA DE HODGKIN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN ESTADOS IA IB IIA IIB SIN NINGÚN FACTOR DE RIESGO (MAS DE 3 ÁREAS GANGLIONARES, VSG, MASA MEDIASTINAL O ENFERMEDAD EXTRANODAL).

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Se recomienda para pacientes pediátricos con LH en estado temprano esquemas de quimioterapia combinada basada en ABV (ABVD, COPP/ABV, ABVE) o la combinación OPPA (OEPA)/ COPP. **Se adopta**

Para pacientes con LH en estado temprano se recomienda administrar entre 2 y 4 ciclos de quimioterapia combinada **Se adopta**

Se recomienda administrar radioterapia de campos inicialmente comprometidos con dosis entre 20 y 30 Gy. **Se adopta**

Se recomienda que la radioterapia sea realizada con equipos del tipo acelerador lineal, con simulación con TAC. **Se adopta**

9. MANEJO DE LINFOMA HODGKIN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ESTADO INTERMEDIO

En los pacientes pediátricos con LH estado intermedio se recomienda utilizar esquemas de quimioterapia combinada basadas en ABV (ABVD, ABVD/COEP) o la combinación OEPA (OPPA) / COPP **Se adopta**

Para pacientes con LH en estado intermedio se recomienda administrar al menos 4 ciclos de quimioterapia combinada. **Se adopta**

Se recomienda administrar radioterapia de campos inicialmente comprometidos con dosis entre 20 y 30 Gy. **Se adopta**

Se recomienda que la radioterapia sea realizada con equipos del tipo acelerador lineal, con simulación con TAC. **Se adopta**

10. MANEJO DE LINFOMA DE HODGKIN EN POBLACION PEDIATRICA EN ESTADO AVANZADO O RIESGO ALTO


En pacientes pediátricos con LH estado avanzado se recomienda el uso de quimioterapia combinada basada en ABV (ABVD, ABVE/PC) o la combinación OEPA (OPPA) / COPP. **Se adopta**

Se recomienda administrar al menos 6 ciclos de quimioterapia combinada. **Se adopta**

Se recomienda adicionar radioterapia a campos inicialmente comprometidos, con dosis entre 20 y 30 Gy **Se adopta**

Se recomienda que la radioterapia sea realizada con equipos de tipo acelerador lineal con simulación con TAC. **Se adopta**

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS MÁS ÚTILES PARA EL SEGUIMIENTO ADECUADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LINFOMA DE HODGKIN

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

11. EVALUACIÓN INTERMEDIA

Se recomienda que los niños con LH sean seguidos en su respuesta intermedia con imágenes PET/CT, para estado temprano después de 2 ciclos y para intermedio y avanzado después de 3 ciclos. **Se adopta**

Si no se dispone de PET/CT se sugiere el uso de gamagrafía con galio más TAC. **Se adopta**

12. EVALUACIÓN AL FINALIZAR TRATAMIENTO

Se recomienda que los niños con LH sean evaluados en su respuesta al final del tratamiento (quimioterapia y radioterapia) con PET/CT .* **Se adopta**

Se recomienda que toda lesión positiva en PET/ CT sea confirmada con biopsia. **Se adopta**

Si no se dispone de PET/CT, se sugiere el uso de TAC más gammagrafía con galio en la evaluación de la respuesta al final del tratamiento. **Se adopta**

Se recomienda tomar las imágenes de PET/CT 8 a 12 semanas después de finalizada la radioterapia. **Se adopta**

Se sugiere a los pacientes con LH estados IIB, III, y IV realizar biopsia de médula ósea bilateral en la evaluación de fin de tratamiento. **Se adopta**

13. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE FINALIZAR TRATAMIENTO

Se sugiere que los pacientes tratados para LH sean seguidos por oncología pediátrica, oncohematología pediátrica o hematología pediátrica para detectar recaídas de la enfermedad los primeros 5 años y después anualmente para detección de segundas neoplasias y enfermedades cardiovasculares .* **Se adopta**


14. SEGUIMIENTO LOS PRIMEROS 2 AÑOS DE ALTA

Se sugiere durante los 2 primeros años de alta evaluar al paciente cada 2 a 4 meses con examen clínico, hemograma, VSG, química sanguínea. Cada 6 meses radiografía de tórax o TAC de tórax. Cada 6-12 meses TAC de abdomen y pelvis. Cada año TSH si recibió radioterapia cervical. **Se adopta**

15. SEGUIMIENTO DEL SEGUNDO AL QUINTO AÑO DE ALTA

Se sugiere durante los 2 – 5 años de alta evaluar al paciente cada 3 a 6 meses con examen clínico, hemograma, VSG, química sanguínea. Cada año TSH si recibió radioterapia cervical. Cada 6 – 12 meses radiografía de tórax o TAC de tórax. Cada 6-12 meses TAC de abdomen y pelvis **Se adopta**

16. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE 5 AÑOS DE ALTA

	NOMBRE ACTA		CÓDIGO 02-FT-002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSIÓN 003

Se sugiere después de 5 años de alta evaluar al paciente cada 12 meses con exámen clínico, hemograma, VSG, química sanguínea. Cada año TSH si recibió radioterapia cervical. Cada año radiografía de tórax si tiene factores de riesgo: haber recibido tratamiento con bleomicina y/o radioterapia en tórax o factores de riesgo para cáncer de pulmón. Vacuna para influenza anual si recibió radioterapia en tórax o tratamiento con bleomicina. Vacuna para pneumococo cada 5 – 7 años si recibió radioterapia esplénica o esplenectomía Ecocardiograma más prueba de esfuerzo a los 10 años de alta. Mamografía inicial a los 8 – 10 años de finalizado el tratamiento si hubo radioterapia en tórax o axilar. RNM de seno adicional a la mamografía si la radioterapia fué entre los 10 y 30 años de edad **Se adopta**

17. FACTORES PRONÓSTICOS PARA EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LINFOMA DE HODGKIN

Se sugiere revisar los factores que predicen pronóstico del tratamiento de población pediátrica con LH durante el tratamiento: género masculino, enfermedad mediastinal, hemoglobina menor de 11 gr/dl, leucocitos mayores de 13.500/mm³, estados avanzados (IIB, III y IV), compromiso esplénico, compromiso de más de 4 áreas. **Se adopta**

De ser posible, se sugiere evaluar: pérdida de la expresión del HLA II en células tumorales, ausencia de CD68, sobreexpresión génica del factor tumoral asociado a macrófagos y pérdida de expresión de CD15. **Se adopta**

COMPROMISOS

1	
---	--