



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

## TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA ONCOLÓGICA

# “SUPERVIVENCIA GLOBAL Y LIBRE DE PROGRESIÓN EN LINFOMAS T PERIFÉRICOS QUE HAN RECIBIDO TERAPIA DE ALTAS DOSIS Y TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS”

Nombre del Autor: DR. VEGA JIMENEZ JULIO CESAR

Nombre del Asesor: DR. FERNANDEZ VERTIZ EDUARDO IVAN

LIMA – PERÚ

2019

## **RESUMEN**

**Introducción:** Linfoma T periférico (PTCL) representa el 15% de todos los Linfomas No Hodgkin. El subtipo histológico más frecuente es PTCL No especificado (NOS), seguido del angioinmunoblástico y del Linfoma Anaplásico de células grandes (ALCL). Suele tener curso clínico agresivo, pobre respuesta al tratamiento con quimioterapia. Estudios en Europa y EE.UU demostraron que terapia con dosis altas (HDT) seguido del trasplante autólogo de células madre (ASCT) es una opción de tratamiento con resultados favorables en Sobrevida Global (SG) y Sobrevida Libre de Progresión (SLP). Reportes locales sugieren que en nuestro contexto tienen comportamiento más agresivo y distribución diferente con respecto a subtipos histológicos. Es necesario que más estudios evalúen las características de los PTCL en Perú para poder optimizar los esquemas de tratamiento.

**Objetivo:** El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo es describir la supervivencia en pacientes con PTCL que han recibido HDT y ASCT en un hospital de referencia de Perú.

**Metodología:** Se revisarán todas las historias clínicas de los pacientes durante el periodo Enero 2010- Junio 2018, mayores de 18 años que recibieron este tratamiento y con seguimiento mínimo de 3 meses post ASCT autólogo. Para presentar las características descriptivas se usarán medidas de tendencia y dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas. Además, se evaluarán los factores asociados a la SLE usando curvas de sobrevida de Kaplan Meier y modelos de Cox.

**Palabras claves:** Linfoma T periférico, Trasplante autólogo de células Progenitoras Hematopoyéticas, Supervivencia global, Supervivencia libre de enfermedad

## INTRODUCCION

El Linfoma de Células T periféricas (PTCL por sus siglas en inglés) incluyen una serie de entidades, que constituyen el 15% de todos los Linfomas No Hodgkin (LNH) en adultos (1). El PTCL no especificado (PTCL NOS) es el subtipo más común (26%) , seguido del Linfoma células T angioinmunoblástico (AITL, 19%) y en tercer lugar Linfoma Anaplásico de células grandes o ALCL ( con sus variantes clínicas que abarcan entidades clínico patológicas que contemplan el reordenamiento del gen ALK :ALCL ALK positivo 7% , ALCL ALK negativo 6%) , además la Enteropatía asociada a linfomas T que representa menos del 5% , y de forma más raras el Linfoma de células T hepatoesplénico y el Linfoma células T Monomórfico epiteliotrópico intestinal (MEITL)(2).

En un estudio del año 2017 realizado en Perú, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins encontró un 79,2% de los T periféricos correspondían al subtipo PTCL NOS y un 5,2% a los ALCL (3) (siendo más frecuente el ALK negativo) y que tenían un curso clínico desfavorable.

El PTCL NOS son LNH agresivos por lo que se asocia a un pobre pronóstico .Suele presentarse a una edad media de 65 años, por lo general en estadios avanzados (III/IV) . Puede comprometer los sitios nodales como extranodales siendo común la piel, hígado, bazo, medula ósea y otras vísceras, acompañados de síntomas B y de alteraciones laboratoriales como eosinofilia y el síndrome hemofagocítico (2). En cuanto a su inmunofenotipo puede ser CD3+/- y tiende a expresarse más frecuentemente el CD4 que el CD8, aunque pueden ser CD4/CD8 negativos. Los genes TCR están generalmente reorganizados, las translocaciones más comunes son t(7;14),t(11,14) (2)

El Índice Pronóstico Internacional (IPI) es un modelo de pronóstico que incluye los factores de riesgo la edad mayor de 60 años , valor sérico de LDH elevado, ECOG 2-4, Estadios III o IV y el compromiso extranodal en mas de 1 sitio (4); o el Índice Pronóstico para PTCL ( PIT score) que incluye 4 criterios de riesgo : la edad mayor de 60 años , el valor sérico de LDH elevado , el ECOG 2-4 y el compromiso de medula ósea. Según IPI, que proporciona una estratificación razonable de los resultados, los pacientes de bajo riesgo que tiene un 55% de sobrevida global a 2 años y los pacientes de alto riesgo que tienen menos del 15% de sobrevida global a 2 años (5) .

El tratamiento de los PTCL NOS incluye el régimen CHOP(ciclofosfomida, doxorubicina, vincristina y prednisona) de primera línea es el más usado, sin embargo en un estudio retrospectivo realizado por la British Columbia Cancer Agency la sobrevida global a 5 años fue del 35% (4-7). Otros regímenes de quimioterapia como el CHOEP ( ciclofosfamida,doxorubicina, vincristina,etoposido y prednisona) o el EPOCH ( etoposido, prednisona,vincristina,ciclofosfamida, doxorubicina)no mostraron ventaja significativa en comparación al CHOP en la sobrevida global (6-7) .

La terapia con dosis altas (HDT) seguido del trasplante autólogo de células madre (ASCT) ha sido usado en pacientes con PTCL NOS como una opción de tratamiento de consolidación de

primera línea, con resultados favorables, los índices de supervivencia global a 3 años variaron del 53% al 58%; los índices de supervivencia libre de progresión a 3 años variaron del 44% al 50% en estudios retrospectivos (8). En estudios prospectivos la HDT-ASCT mostraron que a una mediana de seguimiento de 76 meses, los índices estimados de supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad a 12 años fueron del 34% y 30% respectivamente (8-9). Así mismo se determinó que el índice de mortalidad general relacionada con el tratamiento fue del 5%. En un análisis multifactorial alcanzar la respuesta completa antes del trasplante fue un predictor fuerte del beneficio de la supervivencia.

El ALCL expresa en gran porcentaje de casos el CD30+ y en buen porcentaje es CD3, CD25 y CD43 positivo y suele carecer de CD15. Los reordenamientos relacionados al gen ALK están presentes en el 40-60% de los casos y preponderantemente en población joven (2). Clínicamente tiene predominio por el sexo masculino, edad media de 34 años para los ALK positivos y 58 años para los ALK negativos. La edad suele ser la diferencia en las presentaciones clínicas de los ALK positivos o negativos, ya que ambos suelen cursar con adenopatías retroperitoneales y síntomas B y estadios clínicos III y IV. La enfermedad con ALK positiva está asociada a un pronóstico favorable, aunque este pronóstico disminuye con la edad avanzada y con el puntaje IPI más altos (1-4). El ALCL ALK negativo se asocia con índices de supervivencia superiores al PTCL NOS.

El tratamiento ha sido basado en poliquimioterapia, siendo el régimen CHOP y el CHOEP los más usados, asimismo el uso de Brentuximab (anti CD30) asociado a CHP (ciclofosfamida, doxorubicina y prednisona) constituye una opción de tratamiento en la terapia de primera línea (10). Un análisis de subgrupo del CHOP aleatorizado versus el CHOEP en pacientes menores de 60 años de edad con LDH normales, encontraron mejor OS (90% vs 65%) en el régimen de CHOEP en los estadios clínicos I y II. El Grupo Nórdico de Linfoma evaluó la terapia de inducción con CHOEP dosis densa seguida de HDT/ASCT en pacientes con PTCL sin tratamiento previo (11). En este estudio se excluyeron los ALK positivos, siendo los pacientes ALK negativos los que obtuvieron los índices de OS y SLP a 5 años más altos (51 y 44% respectivamente) en comparación al resto de subgrupos.

Actualmente las pautas recomiendan la reestadificación después de completar la terapia inicial para todos los pacientes (excepto los ALK positivos). Si una exploración por TAC o PET arroja un resultado positivo, se recomienda repetir la biopsia (18). Los pacientes pueden dividirse en los que alcanzan Respuesta completa, la respuesta parcial o sin respuesta. Aquellos que alcancen respuesta completa post terapia inicial pueden ser observados o tratarse con HDT/ASCT de consolidación, mientras que aquellos que alcancen RP o sin respuesta post terapia inicial deben tratarse como enfermedad recidivante o resistente.

El trasplante de células progenitoras Hematopoyéticas (TPH) es un proceso donde se infunde por vía endovenosa, células precursoras hematopoyéticas (CPH) extraídas del mismo paciente o de un donante sano, con la intención de sustituir la hematopoyesis normal por ser parcial o

totalmente defectuosa y/o como tratamiento de enfermedades neoplásicas con intención curativa (12-15).

El trasplante Autólogo (auto TPH) es un procedimiento mediante el cual el paciente recibe las CPH provenientes del mismo. Las CPH son extraídas principalmente por aféresis de la Sangre periférica del mismo paciente, antes de ser sometido a quimioterapia de altas dosis . Una vez obtenidas las células, estas son congeladas e infundidas luego de un régimen de acondicionamiento mieloablativo (13-17). Presenta riesgo de recaída, debido a la posibilidad de contaminación de CPH por las células tumorales, teniendo como ventaja que no requiere la búsqueda de un donante compatible, ni de inmunosupresión posterior al TPH.

Según la guía Americana (ASBMT por sus siglas en inglés American Society for Blood and Marrow Transplantation), las principales indicaciones terapéuticas para el autoTPH en los linfomas de células T, son: consolidación luego de una primera remisión completa , los refractarios a tratamiento primario sensibles a Quimioterapia , la primera recaída de enfermedad sensible a Quimioterapia.(14-16)

El presente trabajo nos permitirá evaluar el Impacto del beneficio clínico en pacientes con Linfomas T periféricos que han recibido terapia de altas dosis y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, permitiendo definir que subgrupo obtiene mejores beneficios del trasplante TPH y cuales son las variables que pueden predecir una mejor respuesta al tratamiento. Este estudio es relevante para nuestro medio ya que la prevalencia de Linfomas T en Latinoamérica es mayor que la reportada en países Europeos y EEUU (3) de donde se han realizado los estudios sobre el rol de TPH en Linfomas T , con pobres respuestas al tratamiento convencional con quimioterapia y con un comportamiento clínico distinto al reportado en estudios previos, no teniendo al momento un reporte local del rol de trasplante en esta entidad aplicado a nuestra población.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la Supervivencia Libre de Progresión y Supervivencia Global en pacientes con Linfomas T Periféricos que han recibido terapia de Altas dosis y Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos durante el periodo Enero 2010 – Junio 2018 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins?

**HIPOTESIS:** Dado que el presente estudio es descriptivo, no se cuenta con una hipótesis estadística

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Describir la Supervivencia en pacientes con Linfomas T que han recibido terapia de Altas dosis y Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos

### **Objetivos Específicos**

- Describir la Supervivencia Libre de Progresión en pacientes con Linfomas T que han recibido terapia de Altas dosis y Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos
- Describir la Supervivencia Global en pacientes con Linfomas T que han recibido terapia de Altas dosis y Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos
- Describir el tipo de respuesta luego de tratamiento de inducción pre TPH .
- Describir los factores de riesgo asociado a la supervivencia libre de progresión y global
- Describir la Tasa de respuesta post trasplante evaluado a partir del 3er mes
- Describir las diferencias en las respuestas al tratamiento según el tipo histológico
- Describir la mortalidad relacionada al trasplante autólogo de Progenitores Hematopoyéticos
- Describir las características clínicas y patológicas de los pacientes con Linfoma T periférico post TPH

## **MATERIAL Y METODO**

### **A. Diseño de Estudio**

El presente es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

### **B. Población**

Todos los pacientes con diagnóstico de Linfomas T Periféricos que han recibido terapia de altas dosis y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Enero 2010 – Junio 2018 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión**

- Población mayor de 18 años
- Historias clínicas de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de Linfoma T periférico, siguiendo las normas diagnósticas de la Organización Mundial de la Salud 2016 (2)

- El diagnóstico anatomopatológico, así como terapia de altas dosis y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, debió realizarse en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, en el periodo 2010-2018.
- Pacientes con seguimiento mínimo de 3 meses post TPH autólogo

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con historias clínicas con registro incompleto de datos solicitados.
- Pacientes con más de un tipo de neoplasia al momento del diagnóstico.

### **C. MUESTRA**

#### Unidad de Muestreo

Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Linfomas T periféricos que han recibido terapia de altas dosis y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

No se realizará un cálculo de tamaño de muestra, puesto que se realizará una evaluación censal a toda la población que haya cumplido con los criterios de inclusión durante el periodo definido

#### D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Supervivencia Libre de enfermedad	Tiempo transcurrido entre la Presencia de Enfermedad local o a distancia después del TPH	Cuantitativa	Meses	De razón	1-6 meses 6-12 meses mayor de 12 meses	1 2 3	Historia Clínica
Sobrevida global	Tiempo trascendido entre Diagnóstico a fecha de muerte o último control.	Cuantitativa	Meses	De razón	1-6 meses 6-12 meses mayor de 12 meses	1 2 3	Historia Clínica
Edad	Tiempo de existencia de cada individuo.	Cuantitativa	Años	Continua		1 2 3	Historia Clínica
Estadío	Etapas o período determinado de la evolución del Linfoma T Periférico	Cualitativa	Estadio	Ordinal	I II III IV	1 2 3 4	Historia Clínica
ECOG	Medición de capacidad funcional del paciente	Cualitativo	Capacidad funcional	Nominal	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	Historia clínica
Muerte relacionada al trasplante	Mortalidad a los 100 días del TPH	Cuantitativa	Mortalidad	Ordinal	Si No	1 2	Historia clínica



Respuesta al tratamiento	Estado de la enfermedad post tratamiento	Cualitativa	Estado de enfermedad	Ordinal	Respuesta completa Respuesta Parcial Enfermedad Estable Progresión	1 2 3 4	Historia clínica
Tipo Histológico	Tipo de células encontradas en registro de Historia clinica	Cualitativa	Histología	Nominal	No especificado Angioinmunoblastico Anaplásico Enteropático Hepatoesplénico Monomórfico	1 2 3 4 5 6	Historia clínica
Dia de Prendimiento	Dia post TPH con conteo absoluto de neutrófilos mayor de 500 celulas/uL por 2 días consecutivos	Cuantitativa	Días	Nominal	≤12 días >12 días	1 2	Historia clínica
Infiltracion de Medula Osea	Compromiso de Medula ósea por Linfoma T periférico	Cualitativa	Presencia de infiltración	Ordinal	Si No	1 2	Historia clínica

## **E. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS**

En el presente estudio, se describirá a todos los Pacientes con diagnóstico de Linfomas T Periféricos que han recibido terapia de Altas dosis y Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos durante el periodo Enero 2010 – Junio 2018 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que cumplan los criterios de elegibilidad.

El diagnóstico Linfoma T periférico debe confirmarse mediante una revisión anátomo-patológica usando los criterios histopatológicos definidos en la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2016.

Para la ejecución del presente estudio de investigación, se obtendrá la autorización del Comité de Investigación y Comité de Ética del hospital Edgardo Rebagliati Martins y la autorización de la jefatura de archivos de historias clínicas para poder acceder a las mismas

La relación de pacientes con el diagnóstico de Linfomas T periféricos será proporcionada de la base de datos de un trabajo previo del año 2017 (2) que recluto a todos los pacientes con diagnóstico de Linfoma T del Hospital Rebagliati desde el año 1999 hasta diciembre del 2017 .Posterior a esta fecha , se buscara en la base de datos del servicio de Anatomía Patológica aquellos resultados con el código C84.4 (CIE 10 versión 2015) a los pacientes con Linfoma T periférico hasta junio del 2018 .Para saber cuántos de estos pacientes recibieron TPH autólogo se revisara de la base de datos virtual del servicio de Trasplante Autólogo del Hospital Rebagliati

-Las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de Linfoma T periférico serán obtenidos del archivo de historias clínicas del Hospital Edgardo Rebagliati Martins .De las historias clínicas se recolectaran los datos y la información obtenida se registrara en una ficha de recolección de datos

## **F. ASPECTOS ETICOS**

Para la ejecución del presente estudio de investigación, se obtendrá la autorización del Comité de Investigación y Comité de Ética del hospital Edgardo Rebagliati Martins y del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El beneficio es que se podrá conocer a través de este estudio nos permitirá evaluar el Impacto del beneficio clínico en pacientes con Linfomas T periféricos que han recibido terapia de altas dosis y trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Las historias clínicas serán obtenidas del archivo de historias del HNERM. Este estudio respetará la confidencialidad de la identificación de los pacientes, ya que estos datos sólo será de manejo de los investigadores.

Este protocolo de investigación no incluye contacto directo con los pacientes, por lo cual no amerita consentimiento informado.

## **G. PLAN DE ANALISIS**

La recopilación de los datos será por medio de la ficha de recolección de datos (Anexo 1) correspondientes a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Toda la información finalmente se almacenara en el programa SPSS, donde se incluirá cada variable y se tabulará en base al indicador que tenga.

Para el análisis descriptivo, se empleará las evaluaciones estadísticas que incluyen las tabulaciones descriptivas (estadísticas de resumen y métodos gráficos) de las características clínicas de las pacientes, modalidad de tratamiento y respuesta. Para presentar las características descriptivas se usarán medidas de tendencia y dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas.

Para evaluar los factores asociados a la sobrevida global y a la sobrevida libre de enfermedad se usaran curvas de sobrevida de Kaplan-Meier, así como modelos de regresión Cox. Todas las evaluaciones estadísticas se realizarán a un nivel de significación de 5% y el análisis de datos se realizará en el programa Stata versión 13.1

## **BIBLIOGRAFIA**

1. A clinical evaluation of the International Study Group classification of non-Hodgkin Lymphoma. *Blood* 1991;89:3909-3918.
2. Savage KJ, Chhanabhai M, et al. Characterization of peripheral T-cell lymphomas in a single North American institution by the WHO classification. *Ann Oncol* 2004;15:1467-1475.
3. D Castro, B Beltran et al. Marcadores de inflamación como factores pronósticos de supervivencia en el linfoma periférico de células T en Peru, *Annals of Oncology*, Volumen 28, Edición de aprovisamiento 11 de diciembre 2017,mdx711.025
4. Rodriguez J, Conde E, Gutierrez A, et al. The adjusted International Prognostic Index and beta-2-microglobulin predict the outcome after autologous stem cell transplantation in relapsing/refractory peripheral T-cell lymphoma. *Haematologica* 2007;92:1067–1074.
5. Niederwieser D, Baldomero H, et al. Hematopoietic Stem cell transplantation activity Worldwide in 2012 and a SWOT analysis of the Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation Group. 2016 Jun;51(6):p.778-785
6. Mak V, Hamm J, Chhanabhai M, et al. Survival of patients with peripheral T-cell lymphoma after first relapse or progression: spectrum of disease and rare long-term survivors. *J Clin Oncol* 2013;31:1970–1976.
7. Savage KJ. Therapies for peripheral T-cell lymphomas. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2011;2011:515–524.
8. Corradini P, Tarella C, Zallio F, et al. Long-term follow-up of patients with peripheral T-cell lymphomas treated up-front with high-dose chemotherapy followed by autologous stem cell transplantation. *Leukemia* 2006;20:1533–1538.

9. Geisler CH, Kolstad A, Laurell A, et al. Long-term progression-free survival of mantle cell lymphoma after intensive front-line immunochemotherapy with in vivo-purged stem cell rescue: a nonrandomized phase 2 multicenter study by the Nordic Lymphoma Group. *Blood* 2008;112:2687–2693
10. Nademane A, Palmer JM, Popplewell L, et al. High-dose therapy and autologous hematopoietic cell transplantation in peripheral T cell lymphoma (PTCL): analysis of prognostic factors. *Biol Blood Marrow Transplant* 2011;17:1481–1489.
11. Reimer P, Rudiger T, Geissinger E, et al. Autologous stem-cell transplantation as first-line therapy in peripheral T-cell lymphomas: results of a prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2009;27:106–113.
12. Santos GW. History of bone marrow transplantation. *Clin Haematol* 1983;12:611–639
13. C.M, Canonica. An overview of hematopoietic stem-cell transplantation. *Physician Assistant Clinics*. 2016 Jul;1(3):p. 409-418
14. Majhail NS, Farnia SH, et al. American Society for Blood and Marrow Transplantation. Indications for autologous and allogeneic hematopoietic cell transplantation: guidelines from the American Society. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2015 Nov;21(11);p:1863-1869.
15. Pandey T, Thomas S. Current Indications, Techniques, and Imaging Findings of Stem Cell Treatment and Bone Marrow Transplant. *Radiol Clin North AM*. 2016 Mar; 54(2):p 375-396.
16. Bensinger W, DiPersio JF, McCarty JM. Improving stem cell mobilization strategies: future directions. *Bone Marrow Transplant* 2009;43:181–195.
17. Barrett J, Jennifer G. Essential biology of stem cell. *Hematopoietic stem cell transplantation*. Elsevier; 2008. p:9-21.
18. Carolina O, Sebastian G, et al. Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplantation in patients with aggressive Non-Hodgkin Lymphoma. Experience of a single center. *Arch Med Interna* 37(1): p 01-06

## **PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA**

### **PRESUPUESTO**

Investigador costo	S/.0
Laptop (1)	S/. 2,000
Papel (120)	S/ 40
Impresiones	S/. 40
Lapiceros (10)	S/. 20
Estudio estadístico	S/ 1,200
<hr/>	
Financiamiento final:	S/ 3,300

### **CRONOGRAMA**

<b>2019</b> <b>Marzo</b> <b>Abril</b> <b>Mayo</b>	ELABORACION DE PROTOCOLO
<b>2019</b> <b>Junio</b> <b>Julio</b> <b>Agosto</b> <b>Setiembre</b>	RECOLECCION DE MUESTRA
<b>2019</b> <b>Octubre</b> <b>Noviembre</b>	ANALISIS DE DATOS

**ANEXO 1**

<b>FICHA DE LINFOMA T</b>						
Lugar de Nacimiento		Lugar de Procedencia:				
Teléfono		Dirección:				
Fecha de Evaluación		Fecha de Dx:				
Tipo Histológico		ECOG:				
CMF:	IHQ:	Lugares Comprometidos				
		Primario Nodal	Extranodal			
Síntomas B: SI ( ) NO ( )		Cervical ( )	Mediastinal Hígado ( )			
Estadío Clínico: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )		Axilar ( )	Mesenterio MO ( )			
IPI Score:                      PIT Score:		Inguinal ( )	Reproperitone			
<b>Marcadores tumorales Pre -Quimioterapia</b>		Leucocitos:    PM:    LIN:    Monocitos Hb:    Plaquetas:    Alb:				
		Glucosa ayunas:    Alb:    LDH:    B2 Microglobulina:    Ca:    Globilinas IgA				
		Ig GlgM				
		Prot. Electroforético:    Trast Autoinmunes:				
		Hepatitis B ( ) C ( ) HTLV1 ( ) HIV ( )				
<b>TRATAMIENTO :</b> CIRUGÍA:    SI ( )    NO ( )						
Esquema	Fec. Inicial	Fec. Final	Nº Ciclos	Rpta	Fec. Recur	Observaciones
I						
II						
III						
IV						
V						
VI						
<b>EVALUACION DE RESPUESTA</b>						<b>TIEMPO RECURRENCIA</b>
1º LINEA    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						Lugar                      Fecha
2º LINEA    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						Primera                      ( / / )
						Segunda                      ( / / )
<b>TRANSPLANTE</b>						
-Fecha de Acondicionamiento						
-Régimen de Acondicionamiento						
-Día de prendimiento						
-Tipo de respuesta al tercer mes    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						
-Tipo de respuesta al sexto mes    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						
-Tipo de respuesta al primer año    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						
-Tipo de respuesta al tercer año    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						
-Tipo de respuesta al sexto año    RC ( )    RP ( )    EE ( )    PE ( )						
<b>SOBREVIVIDA TOTAL</b>			VIVO SIN ENFERMEDAD ( )	VIVO CON ENFERMEDAD ( )		
Último con trol ( / / )			MUERTO SIN ENFERMEDAD ( )	MUERTO CON ENFERMEDAD ( )		
<b>MUERTE RELACIONADA A TRASPLANTE</b>						
Muerte en los cien primeros días post TPH    SI ( )    NO ( )						