



PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE SINDROME DE LISIS TUMORAL

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____

Nº Historia Clínica: _____; Edad: _____; Peso _____ Kg; Cr _____; IR: SI NO

Acido úrico: _____; Child-Pugh: _____; LDH _____; Altura _____; Alergias: SI NO

TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO:

SLT	ESTRATEGIAS PREVENTIVAS
<p>Riesgo alto</p> <p><input type="checkbox"/> LMA y leucocitosis $\geq 100.000/mm^3$</p> <p><input type="checkbox"/> LLA y leucocitosis $\geq 100.000/mm^3$ y/o LDH $\geq 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LB estadio III/IV y/o LDH $\geq 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LL estadio III/IV y/o LDH $\geq 2 \times$ LSN</p>	<p><input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos</p> <p><input type="checkbox"/> RASBURICASA 6 mg (4 viales de 1,5 mg). Repetir dosis sólo si no se normalizan los niveles de ácido úrico en 1-3 días o si se parte de niveles >12 mg/dl</p> <p>- Contraindicada en G6PDH, historia conocida de anafilaxia, hipersensibilidad, anemia hemolítica reacciones de metahemoglobinemia</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizar SLT (4 horas tras quimioterapia y una vez al día durante 3-5 días)</p> <p><input type="checkbox"/> Considerar retrasar la quimioterapia 24-48 horas si es posible</p>
<p>Riesgo intermedio*</p> <p><input type="checkbox"/> LMA y leucocitosis $\geq 25-100.000/mm^3$</p> <p><input type="checkbox"/> LMA y leucocitosis $< 25.000/mm^3$ y LDH $\geq 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LNII grado intermedio adulto y LDH $\geq 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LLA y leucocitosis $< 100.000/mm^3$ y LDH $< 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LB y LDH $< 2 \times$ LSN</p> <p><input type="checkbox"/> LL estadio I/II y LDH $< 2 \times$ LSN</p>	<p><input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos</p> <p><input type="checkbox"/> Alopurinol (hasta 600 mg/día, ajustar por función renal). Iniciar antes de quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizar SLT (4 horas tras quimioterapia y repetir el siguiente día como mínimo)</p>
<p>* Los pacientes con riesgo intermedio e insuficiencia renal o con ácido úrico, potasio o fosfato $>$LSN se consideran pacientes de alto riesgo.</p>	



Riesgo bajo <input type="checkbox"/> Tumores sólidos** <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> Otras LMA <input type="checkbox"/> Mieloma múltiple <input type="checkbox"/> LNH indolente <input type="checkbox"/> LNH grado intermedio adulto y LDH < 2 X LSN <input type="checkbox"/> LMA y leucocitos < 25.000/mm ³ y LDH < 2 X LSN <input type="checkbox"/> LNH y LDH < 2 X LSN	<input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos <input type="checkbox"/> Alopurinol (hasta 300 mg/día, ajustar por función renal). Iniciar antes de quimioterapia <input type="checkbox"/> Monitorizar SLT
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

También serían candidatos a tratamiento con rasburicasa aquellos pacientes en los que es imposible emplear la profilaxis estándar debido a: no disponibilidad de vía oral, efectos adversos graves y/o interacciones con el empleo de alopurinol. Se seguirán los criterios de Cairo-Bishop para la definición de SLT

** Algunos tumores raros como el neuroblastoma, tumores de células germinales, pueden clasificarse como riesgo intermedio.

LMA: Leucemia mieloide aguda, LLA: leucemia linfoblástica aguda; LB: linfoma/leucemia de Burkitt; LMC: leucemia mieloide crónica; LH: Linfoma Hodgkin; LL: Linfoma linfoblástico; LNH: Linfoma no Hodgkin; LSN: Límite superior de la normalidad

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO. Necesario conseguir la normalización de los niveles de ácido úrico y resto de parámetros bioquímicos alterados. Tratamiento con rasburicasa un día salvo que no se normalicen los niveles en 3 días. Alopurinol 5 días.

TRATAMIENTO SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

- RASBURICASA 6 mg (4 viales de 1,5 mg). Repetir dosis sólo si no se normalizan los niveles de ácido úrico en 1-3 días o si se parte de niveles >12 mg/dl o según sintomatología hasta 5 días**
- Contraindicada en G6PDH, historia conocida de anafilaxia, hipersensibilidad, anemia hemolítica reacciones de metahemoglobinemia

Fecha:

Dr./Dra.

Firma: _____



Definición de SLT de laboratorio	
(si los niveles de 2 o más valores séricos son anormales o si cambian en un 25% en los 3 días antes hasta 7 días después de la quimioterapia)	
Acido úrico*	≥8mg/dl o incremento del 25% desde la basal
Potasio	≥6mmol/l o incremento del 25% desde la basal
Fosforo	≥1,45 mmol/l o incremento del 25% desde la basal
Calcio	≤1,75 mmol/l o disminución del 25% desde la basal
Definición de SLT clínica	
(Evidencia de SLT de laboratorio más 1 o más de los siguientes criterios)	
Cr	>1,5 LSN
Arritmias/muerte súbita	
Convulsiones	

*No incluido si se ha administrado rasburicasa en las 24 horas previas.

Medidas generales para el tratamiento del SLT: Hidratación, corrección del potasio y uso de rasburicasa. El alopurinol debe interrumpirse cuando se inicie tratamiento con rasburicasa.

La corrección de la hipocalcemia debe evitarse cuando existe concurrentemente altos niveles de fosfato por el riesgo de precipitación de fosfato cálcico.

No se recomienda la alcalinización de la orina cuando se utiliza rasburicasa.

Manipulación de las muestras

En caso de que tenga que monitorizarse los niveles de ácido úrico, se debe seguir rigurosamente el siguiente procedimiento de manipulación de las muestras, para evitar la degradación del analito *ex vivo*. La sangre se debe recoger en tubos prerrefrigerados que contengan heparinas como anticoagulante. Las muestras deben sumergirse en un baño de agua/hielo. Las muestras de plasma deben prepararse por centrifugación en una centrifuga previamente refrigerada (4° C). Por último, el plasma debe mantenerse en un baño de agua/hielo y la determinación del ácido úrico se debe realizar en las 4 horas siguientes.

Preparación

Reconstituir cada vial de rasburicasa hasta dosis de 6 mg (4 viales) y diluir hasta 50 ml de SF. Administrar en 30 minutos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Fichas técnicas de cada medicamento. Disponibles en Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA): <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm&version=new>
- Tosi P, Barosi G, Lazzaro C, Liso V, Marchetti M, Morra E, Pession A, Rosti G, Santoro A, Zinzani PL, Tura S. Consensus conference on the management of tumor lysis syndrome. *Haematologica*. 2008 Dec;93(12):1877-85.
- Cairo MS, Coiffier B, Reiter A, Younes A; TLS Expert Panel. 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. *Br J Haematol*. 2010 May;149(4):578-86.
- Coiffier B, Altman A, Pui CH, Younes A, Cairo MS. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. *J Clin Oncol*. 2008 Jun 1;26(16):2767-78.
- Cairo MS, Bishop M. Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *Br J Haematol*. 2004 Oct;127(1):3-11.
- Darmon M, Guichard I, Vincent F. Rasburicase and tumor lysis syndrome: lower dosage, consideration of indications, and hyperhydration. *J Clin Oncol*. 2011 Jan 20;29(3):e67-8.
- Vines AN, Shanholtz CB, Thompson JL. Fixed-dose rasburicase 6 mg for hyperuricemia and tumor lysis syndrome in high-risk cancer patients. *Ann Pharmacother*. 2010 Oct;44(10):1529-37.