



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

N° 650-2013-J/INEN



REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 31 de DICIEMBRE del 2013



VISTOS: El Informe N° 148-2013-DNCC-DICON/INEN, de fecha 27 de diciembre del 2013, suscrito por la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y el Informe N° 147-2013-DIMED/INEN, emitido por el Director General de la Dirección de Medicina.



CONSIDERANDO:



Que, mediante Ley N° 28748 se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno con autonomía, entre otros, de carácter normativo, adscrito al Sector Salud, hoy Organismo Público Ejecutor;



Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencia propias del Instituto;



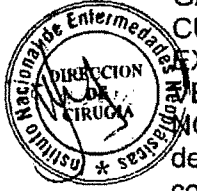
Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del INEN aprobado con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, precisa en el literal g) del Artículo 6° que es función general del INEN, el innovar, emitir y difundir, a nivel nacional, las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares de los procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades neoplásicas, recuperación de la salud, rehabilitación y otros procesos relacionados específicamente con el campo oncológico;



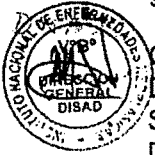
Que, del mismo modo, el Artículo 24° del ROF, precisa que la Dirección de Control del Cáncer es el órgano técnico-normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, a nivel nacional, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico; de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiología, de información para la salud, de investigación en oncología y de docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológicos a nivel nacional, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;



Que, como es de apreciarse de los documentos de vistos, la Dirección de Medicina, ha solicitado la aprobación de las siguientes Guías de Práctica Clínica Oncológica: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA, LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA, MIELOMA MÚLTIPLE, MESOTELIOMA MALIGNO, TIMOMA, CARCINOMA TIMICO, PULMON A CELULAS NO PEQUEÑAS, NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VULVA, TROBOBLASTICA GESTACIONAL, CANCER



DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS, CANCER DE ESOFAGO, CANCER HEPATOCELULAR, CANCER DE ENDOMETRIO 1.2, CANCER DE OVARIO, CANCER GASTRICO, CANCER DE MAMA, CANCER DE COLON, CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO, CANCER DE CUELLO UTERINO, NEOPLASIAS MALIGNAS DE RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL, CANCER DE PROSTATA, NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA URINARIA, CANCER TESTICULAR, LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS T, NO ESPECÍFICO (LNH, PTCL, NOS), emitidas por el Departamento de Oncología Médica del INEN, las mismas que cuentan con los vistos buenos de las áreas competentes, correspondiendo se genere el acto resolutivo respectivo, aprobándose las respectivas guías para su difusión y aplicación en cumplimiento de la norma precitada;



Con el visto bueno de la Sub Jefatura, Secretaría General, Dirección de Control del Cáncer, Dirección de Medicina, Dirección de Cirugía, Dirección de Radioterapia, Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Oncología Médica, Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;



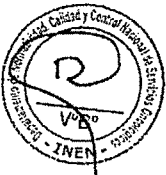
De conformidad con las atribuciones establecidas en la Resolución Suprema N° 008-2012-SA y el literal x) del Artículo 9° concordante con en el literal g) del Artículo 6° del Reglamento de Organización y Funciones del INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar las siguientes Guías de Práctica Clínica Oncológica:

1. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA.
2. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
3. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LEUCEMIA LINFÁTICA AGUDA.
4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MIELOMA MÚLTIPLE.
5. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MESOTELIOMA MALIGNO.
6. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TIMOMA, CARCINOMA TIMICO.
7. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PULMON A CELULAS NO PEQUEÑAS.
8. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VULVA.
9. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TROBOBLASTICA GESTACIONAL.
10. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE PULMON DE CELULAS PEQUEÑAS.
11. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE ESOFAGO.
12. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER HEPATOCELULAR.
13. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE ENDOMETRIO 1.2.
14. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE OVARIO.
15. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER GASTRICO.
16. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE MAMA.
17. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE COLON.
18. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CARCINOMA DE CABEZA Y CUELLO.
19. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE CUELLO UTERINO.
20. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL.
21. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER DE PROSTATA.
22. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NEOPLASIA MALIGNA VEJIGA URINARIA.
23. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CANCER TESTICULAR.
24. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS T, NO ESPECÍFICO (LNH, PTCL, NOS).





INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Nº 650-2013-J/INEN



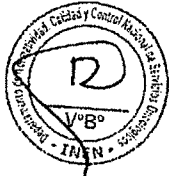
ARTÍCULO SEGUNDO: Encargar la difusión de la presente Resolución a la Dirección de Control del Cáncer en el marco de la autonomía normativa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a su Ley de creación.



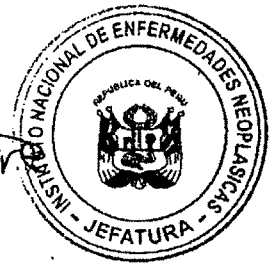
ARTÍCULO TERCERO: Disponer a la Oficina de Comunicaciones de la Secretaría General del INEN, la difusión de las Guías de Práctica Clínica aprobadas en el Portal Web Institucional, www.inen.sld.pe.

ARTÍCULO CUARTO: Déjese sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE



Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Tatiana Vidaurre
M.C. Tatiana Vidaurre Rojas
Jefe Institucional





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

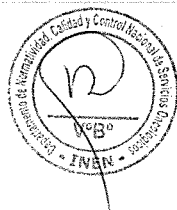
DIRECCIÓN DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T, NO ESPECIFICO (LNH, PTCL, NOS)



Lima- Perú
2013



Jefa Institucional

M.C Tatiana Vidaurre Rojas
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Sub Jefe Institucional

Mg. Julio Abugattas Saba
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Directora General de la Dirección de Medicina

Dr. Henry Gómez Moreno
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

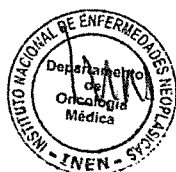
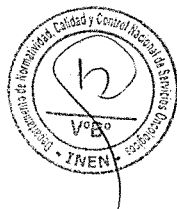
Director General de la Dirección de Control del Cáncer

M.C Carlos Santos Ortiz
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Autores:
Departamento de Oncología Médica

Revisión y validación
Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS T, NO ESPECÍFICO (LNH, PTCL, NOS)

I. NOMBRE Y CÓDIGO

1.1. NOMBRE LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS T, NO ESPECIFICO (LNH, PTCL, NOS)

1.2. CÓDIGO CIE-10

- C84 Linfoma de células T, periférico y cutáneo
- C84.0 Miosis fungoide
- C84.1 Enfermedad de Sézary
- C84.2 Linfoma de zona T
- C84.3 Linfoma linfopitelioide
- C84.4 Linfoma de células T periférico
- C84.5 Otros linfomas de células T y los no especificados

II. DEFINICIÓN

2.1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

El linfoma de células T periférico, NOS es una neoplasia agresiva de un grupo heterogéneo de neoplasia, que no corresponde a una entidad específica en la actual clasificación. El pronóstico es pobre en relación a LNH de células B, esto es debido a los bajos rangos de respuesta durable.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

PTCL, NOS es el subtipo más común en países occidentales, corresponde aproximadamente el 30% de PTCL y aproximadamente el 6% LNH. La mayoría son adultos, estos linfomas son muy raros en niños. El rango varones: mujeres es 2:1.

2.3. FISIOPATOLOGÍA

DESCONOCIDO

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

3.1 MEDIO AMBIENTE

DESCONOCIDO

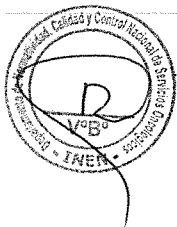
3.2. ESTILO DE VIDA

DESCONOCIDO

3.3. FACTORES HEREDITARIOS

DESCONOCIDO

IV. CUADRO CLÍNICO



4.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los pacientes usualmente presentan con una masa tumoral de crecimiento rápido en uno o múltiples sitios nodales o extra nodales. La mayoría tiene enfermedad avanzada con síntomas B.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos pero cuando los síntomas están presentes dependen del sitio de compromiso:

- Adenopatías periféricas.
- Dolor tumoral
- Disnea (por compresión extrínseca de vías aéreas o por derrame pleural).
- Efusión pleural.
- SOVCS (síndrome de obstrucción de vena cava superior)
- Pérdida de peso.
- Fiebre.
- Diaforesis.
- Lesiones cutáneas
- Dispepsia
- Melena
- Epigastralgia.

Las localizaciones extranodales más frecuentes son la piel y el tracto gastrointestinal.

V. DIAGNÓSTICO

5.1. MORFOLOGÍA

Revisión del material de patología por un patólogo con experiencia en el diagnóstico de linfomas.

En el ganglio, estos linfomas muestran un infiltrado para cortical y desaparición de la arquitectura normal. Las células tumorales no tienen características morfológicas típicas, comprende una variable mixtura de células atípicas pequeñas, intermedias y grandes. Por lo general hay un variable número de eosinófilos, mezclados con células plasmáticas o células B latentes o activadas e histiocitos epitelioides (macrófagos activados)

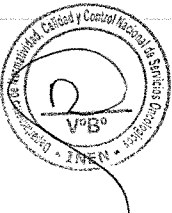
5.2. IMMUNOFENOTIPO

No hay un inmunofenotipo característico de PTCL, NOS, pero siempre demuestran expresión de una o más de los antígenos pan T (CD2, CD3, CD5, CD7) y no expresan antígenos de las células B (CD20).

En la mayoría de los casos, una o más antígenos de las células T son perdidos, tales como CD5 o CD7. La expresión de CD4 y CD8 es variable. La mayoría de tumores expresan solo CD4, pero algunos tumores pueden ser CD4-/CD8-, CD4-/CD8+ O CD4+/CD8+. CD 30 puede ser expresada, excepcionalmente con CD15. Usualmente falta el fenotipo T helper folicular (CD 10+, BCL6+, PD1 y CXCL13+)

La mayoría expresa receptores de células T alfa/beta (TCR beta positivo), mientras una minoría expresan receptores de células T gamma/delta (TCR gamma).

La proliferación usualmente es alta y rangos de Ki 67 mayores del 70% están asociados a peor pronóstico.



5.3. GENÉTICA

El re arreglo del gen del receptor de células T clonal esta frecuentemente presente, pero no siempre detectado; Aunque aproximadamente el 90% de PTCL presentan anomalías citogenéticas, ninguna es específica para PTCL, NOS.

Muchos pacientes muestran ganancia de cromosomas en 7q, 8q, 17q y 22q y pérdida de cromosoma en 4q, 5q,6q,9q,10q,12q y 13q

5.4. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

PTCL, NOS es diagnosticado en base a los resultados de la biopsia, que demuestra la evidencia de linfoma de células T que no encuentra criterios de otro subtipo de linfoma de células T.

5.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Linfoma de células grandes anaplásico.
- Linfoma de células T angioinmunoblástico.
- Linfoma-leucemia de células T del adulto
- Linfoma Hodgkin
- Linfoma de células B rico en linfocitos T.
- Linfadenitis granulomatosa
- Hiperplasia para cortical

VI. EXÁMENES AUXILIARES

6.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

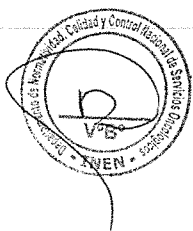
- Historia clínica y examen físico completo
- Estado de actividad: ECOG / Karnofsky
- Búsqueda de síntomas B
- Perfil hematológico completo
- Perfil metabólico: renal y hepático completo
- Inmunofenotipo y genética.

6.2. IMÁGENES

- Tomografía de tórax
- Tomografía de Abdomen y pelvis
- Tomografía de partes blandas del cuello (de estar indicado).
- Resonancia magnética de encéfalo. (De estar indicado)
- Ecocardiograma.
- Evaluación de toda la piel.
- PET SCAN (cuando se encuentre disponible)

6.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS

- Biopsia de Ganglio excisional.
- Biopsia de piel (cuando este indicado)
- Hematológicos, perfil hepático, perfil de lisis tumoral, B2MG, inmunológicos: HIV, HTLV-1, hepatitis B, hepatitis C, Sífilis



6.4. COMPLEMENTARIOS

- Aspirado de médula ósea y Biopsia de Hueso.
- Crio preservación de semen.
- Test de embarazo en mujeres en edad fértil.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

7.1. ESTADIAJE

ESTADIAJE LINFOMA DE HODGKIN Clasificación de ANN ARBOR (modificación de COTSWOLD)

| | |
|--------------------|---|
| Estadio I | afectación de una única región ganglionar o estructura linfoide (ej: bazo, timo, anillo Waldeyer) |
| Estadio II | afectación de dos o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (el mediastino es un sólo sitio; los hiliares son uno de cada lado); el número de sitios se indica con un subfijo (ej.: II3) |
| Estadio III | afectación de regiones linfáticas o estructuras linfáticas a ambos lados del diafragma. |
| III1 | abdomen superior (esplénico, celíaco, portal) |
| III2 | abdomen inferior (para aórtico, mesentérico) |
| Estadio IV | Afectación de sitios extra nodales más allá de los indicados como E. Afectación visceral. |
| A | no síntomas B |
| B | fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los seis meses previos |
| X | enfermedad voluminosa (bulky): ensanchamiento del mediastino >1/3 medido a nivel de T5-6, o masa >10cm. |
| E | afectación de un único sitio extra nodal contiguo o próximo a la localización nodal conocida |
| CS | estadio clínico |
| PS | Performance status |

7.2.ÍNDICE PRONÓSTICO

Puntúan para su cálculo (1 punto)

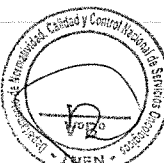
- Estadio de Ann Arbor (III-IV)
- Edad mayor de 60 años
- Elevación de LDH
- Dos o más sitios extra ganglionares afectos
- Estado general (escala ECOG) 2 o superior

Se definieron 4 grupos según la puntuación obtenida:

- Riesgo bajo: puntuación 0-1
- Riesgo intermedio bajo: puntuación 2
- Riesgo intermedio alto: puntuación 3
- Riesgo alto: puntuación 4-5

7.3. TRATAMIENTO

- No hay consenso general con respecto al tratamiento de inducción de elección para PCLT.
- Pacientes deben ser aconsejados a participar en clinical trials de ser posible.



7.4. TRATAMIENTO EC I-II

BAJO RIESGO

- CHOP 21 por 4 ciclos seguido por radioterapia
- CHOEP 14 (< 60 años) x 4 ciclos seguido de radioterapia
- Consolidación con altas dosis de quimioterapia +Trasplante de células hematopoyéticas en pacientes con respuesta parcial luego de la inducción

7.5. TRATAMIENTO EC III-IV o I-II ALTO RIESGO

- CHOP 21 por 6-8 ciclos seguido por radioterapia
- CHOEP 14 (< 60 años) x 6-8 ciclos seguido de radioterapia
- EPOCH
- Hyper-Cvad
- Bendamustine

Consolidación: altas dosis de quimioterapia +Trasplante de células hematopoyéticas autólogo o Alogénico.

7.6. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE METASTASICA

- ICE.
- DHAP.
- ESHAP.
- Gemcitabina.
- Gemcitabina, Cisplatino y Dexametasona.
- Gemcitabina y Oxaliplatino.

7.7. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO RECOMENDADOS

CHOP

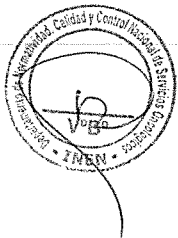
| | |
|---|---------------|
| Ciclofosfamida 750mg/m ² | EV día 1 |
| Doxorrubicina 50mg/m ² | EV día 1 |
| Vincristina 1,4mg/m ² (máximo 2mg) | EV día 1 |
| Prednisona 60mg/m ² | VO día 1 al 5 |
| Cada 3 semanas por 6 a 8 ciclos | |

CHOEP 14

| | |
|---|-------------------------------------|
| Ciclofosfamida 750mg/m ² | EV día 1 |
| Doxorrubicina 50mg/m ² | EV día 1 |
| Vincristina 1,4mg/m ² (máximo 2mg) | EV día 1 |
| Etopósido 100mg/m ² | EV (Infusión de 1 hora) día 1,2 y 3 |
| Prednisona 60mg/m ² | VO día 1 al 5 |
| Cada 3 semanas por 6 a 8 ciclos | |

EPOCH

| | | |
|--|----|-------------|
| Etoposido (VP-16) 50 mg/m ² | IC | días 1 al 4 |
| Prednisona 60 mg/m ² | VO | días 1 al 5 |
| Vincristina 0.4 mg/m ² | IC | días 1 al 4 |
| Doxorubicina 10 mg/m ² | IC | días 1 al 4 |
| Ciclofosfamida 750 mg/m ² | EV | día 5 |



Filgrastim 5 mcg/kg SC iniciando el día 6 de QT hasta conseguir ANC > 10,000/uL
Cada 3 semanas por 6 a 8 ciclos

BENDAMUSTINE

Bendamustine 120 mg/m² EV en 30-60 min día 1 y 2
Cada 3 semanas x 12 ciclos

7.8. TRATAMIENTO DE SEGUNDA LINEA

TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA

ICE

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Etoposido 100mg/m ² | IV días 1-3 |
| Carboplatino 5 AUC | día 2 |
| Ifosfamida 5gr/m ² | IV IC día 2 |
| Mesna 5gr/m ² | IN IC día 2 |

Cada 3 semanas por 6 ciclos

ESHAP

| | | |
|--------------|-----------------------|----------|
| CDDP | 100 mg/m ² | Día 1 |
| Etopósido | 80 mg/m ² | Día 2 |
| ARA-C | 1.5 gr/m ² | Día 4 |
| Dexametasona | 40 mg x Día | Días 1-4 |

Cada 3 semanas por 6 ciclos

DHAP

| | | |
|--------------|-------------------------------------|------------|
| Dexametasona | 40mg/m ² | EV Día 1-4 |
| Citarabina | 2000mg/m ² cada 12 horas | EV Día 2 |
| Cisplatino | 100mg/m ² | EV Día 1 |

Cada 3 semanas por 6 ciclos

MINE

| | | |
|-----------------|---------------------------|--------------|
| Mitoxantrona | 10 mg/m ² | EV Día 1 |
| Ifosfamida + | 1.5 g/m ² /día | EV Día 1 – 3 |
| MESNA | 1.5 g/m ² /día | EV Día 1 – 3 |
| (4 h luego IFO) | | |
| Etopósido | 80 mg/m ² /día | Día 1 – 3 |

Cada 3 semanas por 6 ciclos

GEMCITABINA

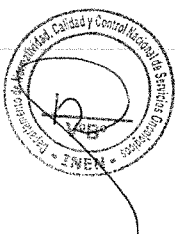
| | | | |
|-------------|------------------------|----|-----------------|
| Gemcitabina | 1200 mg/m ² | EV | días 1 – 8 – 15 |
|-------------|------------------------|----|-----------------|

Cada 4 semanas

GDP

| | | | |
|--------------|------------------------|----|-------------|
| Gemcitabina | 1000 mg/m ² | EV | días 1 y 8 |
| Dexametasona | 40 mg | VO | días 1 al 4 |
| Cisplatino | 75 mg/72 | EV | día 1 |

Cada 3 semanas



GEMOX

| | | | |
|--------------|------------------------|----|-------|
| Gemcitabina | 1000 mg/m ² | EV | día 1 |
| Oxaliplatino | 100 mg/m ² | EV | día 1 |

Cada 2 o 3 semanas

VIII. COMPLICACIONES

8.1. COMPLICACIONES

Como evento secundario al uso de radiación y agentes alquilantes se han descrito

- Esterilidad permanente
- Segundas neoplasias: cáncer de pulmón, tumores cerebrales, cáncer de riñón, cáncer de vejiga, melanoma maligno, leucemia mieloide aguda.
- Disfunción cardíaca en aquellos pacientes que tienen dosis acumulada mayor de 200 mg/m² de doxubicina
- Síndromes mielodisplásicos

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

La referencia y contra-referencia deben seguir lo establecido en la norma técnica N° 018- MINSAL / DGSP-V.01: "norma técnica del sistema de referencia y contra-referencia de los establecimientos del Ministerio de Salud"

9.1. REFERENCIA

Los pacientes con diagnóstico de linfoma de células T deben ser referidos a un centro especializado que cuente con un equipo médico multidisciplinario entrenado en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

9.2. CONTRA-REFERENCIA

Culminado el tratamiento el paciente debe ser contra-referido a su centro hospitalario de origen con un documento de resumen de todas las medidas de tratamiento instaladas

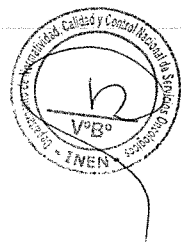
El seguimiento debe realizarse:

EC I-II Bajo riesgo: cada 3- 6 meses por 2 años y después anualmente.

EC I-II Alto riesgo: cada 3 a 6 meses por 5 años

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. (Eds). World Health Organization Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, IARC Press, Lyon 2008.
2. Armitage JO, Weisenburger DD. New approach to classifying non-Hodgkin's lymphomas: clinical features of the major histologic subtypes. Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. J Clin Oncol 1998; 16:2780.
3. NCCN 2013
4. Peripheral T-cell lymphoma, not otherwise specified: a report of 340 cases from the International Peripheral T-cell Lymphoma Project. Weisenburger DD, Savage KJ, Harris NL, et al. Blood. 2011;117(12):3402.
5. Schmitz N, Trümper L, Ziepert M, et al. Treatment and prognosis of mature T-cell and NK-cell lymphoma: an analysis of patients with T-cell lymphoma treated in studies of the German High-Grade Non-Hodgkin Lymphoma Study Group Blood. 2010;116(18):3418.



6. Escalón MP, Liu NS, Yang Y, et al. Prognostic factors and treatment of patients with T-cell non-Hodgkin lymphoma: the M. D. Anderson Cancer Center experience. *Cancer*. 2005;103(10):2091
7. Friedberg JW et al. Bendamustine in patients with rituximab-refractory indolent and transformed non-Hodgkin's lymphoma: results from a phase II multicenter, single-agent study. *J Clin Oncol* 2008; 26:204
8. d'Amore F, Relander T, Lauritzsen GF, et al. Up-front autologous stem-cell transplantation in peripheral T-cell lymphoma: NLG-T-01. *J Clin Oncol*. 2012;30(25):3093.
9. High-dose chemotherapy and autologous stem cell transplantation in peripheral T-cell lymphoma: the GEL-TAMO experience. Rodríguez J, Caballero MD, Gutiérrez A et al. *Ann Oncol*. 2003;14(12):1768
10. Fields KK et al. Ifosfamide, carboplatin and etoposide: a new regimen with a broad spectrum of activity. *J Clin Oncol* 1994; 12:544
11. Velasquez, WS et al. ESHAP--an effective chemotherapy regimen in refractory and relapsing lymphoma: a 4-year follow-up study. *J Clin Oncol* 1994; 12:1169
12. Rodríguez, MA et al. Results of a salvage treatment program for relapsing lymphoma: MINE consolidated with ESHAP. *J Clin Oncol* 1995; 13:1734
13. Velasquez, WS et al. Effective salvage therapy for lymphoma with cisplatin in combination with high-dose ara-c and dexamethasone (DHAP). *Blood* 1988; 71:117
14. Zinzani PL, et.al. Therapy with gemcitabine in pretreated peripheral T-cell lymphoma patients *Ann Oncol*. 1998 Dec; 9(12):1351-3.
15. Crump M, et.al. Gemcitabine, dexamethasone, and cisplatin in patients with recurrent or refractory aggressive histology B-cell non-Hodgkin lymphoma: a Phase II study by the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group (NCIC-CTG). *Cancer*. 2004 Oct 15; 101(8):1835-42.
16. López A, et.al. GEMOX-R regimen is a highly effective salvage regimen in patients with refractory/relapsing diffuse large-cell lymphoma: a phase II study. *Eur J Haematol*. 2008 Feb; 80(2):127-32.

