

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

INDICACIONES DE TRASPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOYÉTICAS

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-814-17

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Indicaciones de trasplante de células tronco hematopoyéticas**, 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:

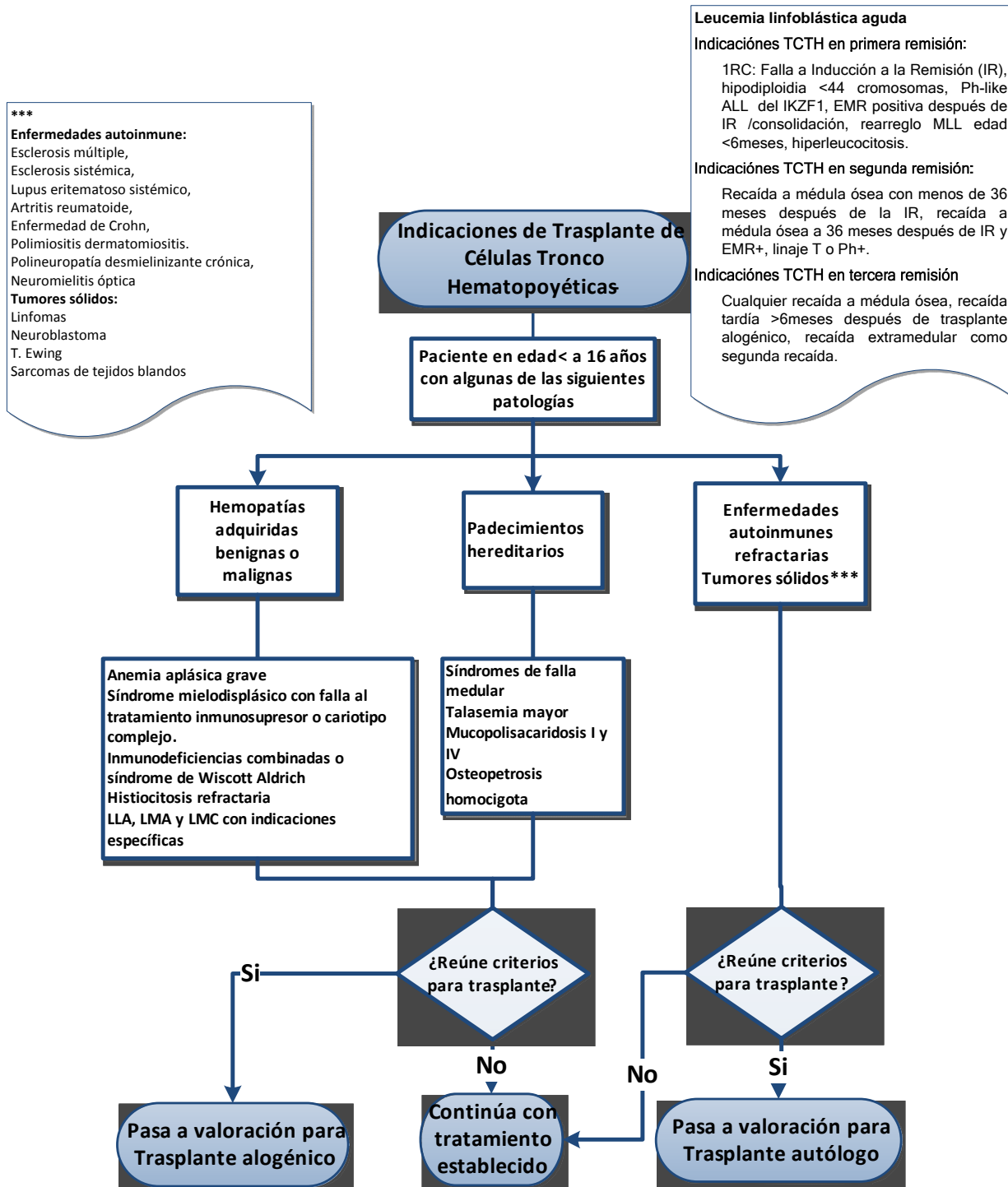
<http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Debe ser citado como: **Indicaciones de trasplante de células tronco hematopoyéticas**. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC

Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMAS DE FLUJO



2. INDICACIONES

PADECIMIENTOS QUE PUEDEN REQUERIR TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOYÉTICAS

Recomendación Clave	GR*
<p>Considerar Trasplante de Células Tronco Hematopoyético (TCTH)-alogénico, como tratamiento de primera línea, en casos de anemia aplásica grave y muy grave, así como en las moderadas que no responden a tratamiento inmunosupresor. Siempre que se cuente con un donador HLA compatible, de preferencia relacionado. Se recomienda el envío a centros de trasplantes tan pronto como se confirme el diagnóstico de AAG.</p>	<p>D NICE C NICE</p>
<p>En paciente con síndrome de falla de médula ósea hereditaria, antes de considerar TCTH es recomendable evaluar, exhaustivamente el uso de terapias diferentes a este y darle seguimiento a largo plazo. Es importante que todos los donadores potenciales sean estudiados para enfermedades genéticas.</p>	<p>D NICE</p>
<p>Se recomienda realizar el TCTH en el paciente con síndrome mielodisplásico que presente displasia grave con afección de más de una línea, falla al tratamiento inmunosupresor, así como monosomía 7 y cariotipo complejo. Es importante en estos casos realizar el TCTH lo más temprano posible a partir del diagnóstico (<140 d).</p>	<p>C NICE D NICE</p>
<p>En el paciente, con diagnóstico confirmado de inmunodeficiencia combinada severa u otra inmunodeficiencia primaria, se considerará TCTH a edad temprana ($\leq 3.5m$) y sin cursar con infección activa.</p>	<p>D NICE</p>
<p>Se recomienda trasplante alogénico en la persona con Histiocitosis de células de Langerhans, de alto riesgo que sea refractaria a quimioterapia.</p>	<p>C NICE</p>
<p>Se recomienda realizar trasplante alogénico en osteopetrosis, en casos homocigotos, de herencia autosómica recesiva, con falla hematológica y pérdida inminente de la visión.</p>	<p>C NICE</p>
<p>Se valorará para TCTH en casos de mucopolisacaridosis tipo-I y VI pre sintomático, preferentemente antes de los 2.5 años de edad, así como en individuos con fenotipo intermedio. Es necesario realizar el TCTH asociado a terapia de reposición enzimática, antes y durante el mismo. No se recomienda TCTH en la enfermedad de Gaucher en ninguna de sus modalidades.</p>	<p>A NICE</p>
<p>Se recomienda valorar TCTH en el paciente con anemia drepanocítica sintomática que tiene hermano HLA compatible, y de preferencia realizarlo en la etapa pre-escolar.</p>	<p>D NICE C</p>

En la persona con talasemia mayor, el TCTH se valora si tiene un hermano HLA compatible y antes de que se presente sobrecarga de hierro.	NICE
Se recomienda realizar trasplante en pacientes con características epidemiológicas, inmunofenotípicas, citogenéticas y moleculares de mal pronóstico, tanto en leucemia linfoblástica aguda como en leucemia mieloblástica aguda. Ver cuadro 1	D NICE C NICE
Se recomienda realizar trasplante alogénico en los niños con leucemia mieloide crónica que han logrado una segunda fase crónica.	D NICE

PADECIMIENTOS QUE PUEDEN REQUERIR TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOYÉTICAS

Recomendación Clave	GR*
Se considerará al TCTH autólogo como tratamiento de segunda línea cuando la enfermedad autoinmune es grave y progresiva, con falla al tratamiento estandarizado. El centro de referencia contará con un equipo multidisciplinario que evalúe y realice el seguimiento del paciente a largo plazo.	D NICE
En linfoma de Hodgkin se recomienda el trasplante autólogo mieloablativo en recaídas tempranas Puede considerarse un trasplante alogénico en pacientes con enfermedad quimio refractaria primaria o recaída quimio refractaria, así como recaída post trasplante autólogo.	D NICE
En linfoma no Hodgkin (LNH) se recomienda el trasplante autólogo como consolidación posterior a quimioterapia de segunda línea y el trasplante alogénico solo como terapia de salvamento para niños con recaída de un LNH ya sea de células grandes B difuso, Burkitt o anaplásico.	C NICE
Se recomienda valorar para TCTH autólogo al paciente con neuroblastoma estadio IV con factores de alto riesgo.	D NICE
Se recomienda que los pacientes con SE de alto riesgo se refieran a un centro de trasplante para ser evaluados.	C NICE
Se recomienda que la persona con sarcoma de alto riesgo, en remisión parcial o completa, sea evaluada para recibir TCTH autólogo posterior a altas dosis de quimioterapia.	C NICE

CUIDADOS GENERALES PARA EL PACIENTE CANDIDATO A TCTH

Recomendación Clave	GR*
Para mejorar el pronóstico postrasplante es necesario referir al paciente al centro de trasplante a la brevedad para disminuir el riesgo de alosensibilización inducida por transfusiones de componentes sanguíneos, infecciones, así como la sobrecarga de hierro.	C NICE

CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR EL PACIENTE PARA SER VALORADO POR EL CENTRO DE TRASPLANTE

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda que se envíe a valoración al candidato para ser sometido a TCTH, independiente de la modalidad del trasplante, con los siguientes datos: resumen actualizado; donde se indique diagnóstico de certeza, evolución de la enfermedad, detalle de los tratamientos recibidos, intervalos y dosis, así como complicaciones. Número de transfusiones de componentes sanguíneos recibidos (eritrocitos, plasma, plaquetas) considerando que cada donador es una unidad. Así como si usaron filtros desleucocitadores.</p> <p>Resultados histopatológicos, de laboratorios y de imagen que avalen el diagnóstico y el estadio clínico, al diagnóstico y al momento de la referencia, si el caso lo amerita. Así como resultados de laboratorio del cuadro 2.</p>	D NICE
<p>Por consenso el grupo recomienda realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depuración de creatinina Profilaxis oral y erradicación de focos sépticos 6 meses previos Examen oftalmológico 6 meses previos Evaluación psicológica Evaluación por trabajo social. Preferentemente enviar copia de la cartilla de vacunación. 	Punto de buena práctica

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

Cuadro 1

Indicaciones de TCTH para leucemias en edad pediátrica (en general edad <18 años)

Indicaciones y estatus de la enfermedad	Tipo de trasplante	
	Alogénico	Autólogo
Leucemia Mieloide Aguda		
Riesgo bajo-1RC	N	N
Riesgo intermedio-1RC	C	N
Riesgo alto 1RC	S	N
2RC+	S	N
No alcanza remisión	C	N
Leucemia promielocítica aguda en recaída	R	R
Leucemia Linfoblástica Aguda		
Riesgo estándar-1RC	N	N
Riesgo alto 1RC	S	N
2RC	S	N
3RC+	C	N
No alcanza remisión	C	N

N=generalmente no recomendado, C=indicaciones con alto nivel de evidencia, S=hay mayor evidencia que con recomendación C, R=rara vez recomendado.

Mijahil NS, 2015

Cuadro 2**Estudios que serán enviados con el paciente para su valoración****Estudios generales**

Biometría hemática con cuenta de reticulocitos
 Pruebas de función hepática
 Química sanguínea completa
 Ácido úrico
 Perfil de lípidos
 Coagulograma básico
 Examen general de orina
 Pruebas de función tiroidea
 Grupo sanguíneo y prueba de Coombs directo
 Prueba de embarazo (si procede)

Estudios de laboratorio para detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión

Treponema pallidum (VDRL o RPR) o hemaglutinación.
 HIV tipos 1 y2 (inmunofluorescencia) (NAT)
 HCV, HBV (inmunofluorescencia)
 Tripanosoma cruzi (ensayo inmunoenzimático, aglutinación directa o tira reactiva)
 Brucella (rosa de bengala o ensayo inmunoenzimático)
 Plasmodium (inmunoensayo, inmunofluorescencia)
 CMV (ensayo inmunoenzimático o inmunofluorescencia)
 Toxoplasma (inmunoenzimático)
 Retrovirus HTLV 1 y 2 (inmunoenzimático, NAT)

Pruebas de reserva orgánica

Ecocardiograma
 Electrocardiograma
 Radiografía de Tórax
 Ultrasonido abdominal
 Ferritina sérica
 Espirometría
 Gasometría

Recomendaciones adicionales por consenso del grupo

Depuración de creatinina
 Profilaxis oral y erradicación de focos sépticos 6 meses previos
 Examen oftalmológico 6 meses previos
 Evaluación psicológica
 Evaluación por trabajo social.
 Preferentemente enviar copia de la cartilla de vacunación

Majhail Navneet 2015, Hamadani M, 2010