

Resumen Oncoguía Mieloma Múltiple 2014

Versión 2.1

Grupo Cooperativo para el Estudio de
Gammopatías Monoclonales de Castilla y León

DIAGNÓSTICO

CRITERIOS DE SOSPECHA

1. Dolor óseo (aproximadamente 75% de los pacientes). Más frecuente en la espalda. En Radiología Simple (**RX**) lo más frecuente es la aparición de lesiones osteolíticas (“en sacabocados”) especialmente en cráneo, costillas o pelvis, así como la osteoporosis con aplastamientos vertebrales. Hay que prestar especial atención ante una fractura patológica.
2. Debilidad y astenia condicionadas sobre todo por la anemia, pérdida de peso y en ocasiones síndrome febril.
3. Síntomas de patología renal (sed, poliuria, edemas,...). Hay afectación renal en un 25-30% de los pacientes, la mayoría de los cuales muestran proteinuria de cadenas ligeras (Bence-Jones).
4. Infecciones bacterianas de repetición (13%): Pulmonares, principalmente neumonía neumocócica, o urinarias por gram-negativos.
5. Alteraciones neurológicas: compresión medular o de raíces nerviosas.
6. Clínica relacionada con alteraciones metabólicas: Hipercalcemia (poliuria, polidipsia, náuseas, vómitos, astenia, estreñimiento, taquiarritmias, cefalea, irritabilidad e incluso coma) e hiperuricemia.

7. Síndrome de hiperviscosidad: cansancio, cefalea, vértigo, somnolencia, diplopia y otras alteraciones de la visión, fenómenos de Raynaud, episodios de insuficiencia cardíaca congestiva, fenómenos hemorrágicos.

8. Alteraciones hemorrágicas mucocutáneas (5%) por interferencia del componente monoclonal con las plaquetas o factores de coagulación.

9. Síntomas de insuficiencia cardíaca.

10. Hallazgo de alteraciones analíticas:

- **VSG** muy elevada
- Anemia normocítica con reticulocitos bajos (65%).
- Elevación de creatinina sérica
- Hipercalcemia y/o hiperuricemia
- Hiperproteinemia y/o Hipogammaglobulinemia y/o Hipoalbuminemia
- Hallazgo de Proteína Monoclonal en suero y/u orina

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE GAMMAPATÍAS MONOCLONALES

(International Myeloma Working Group, 2014)

GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO (GMSI)

Se requieren los 3 siguientes supuestos:

- Componente monoclonal (CM) en suero < 3 g/dL.
- Células plasmáticas (CP) medulares $< 10\%$.
- No evidencia de daño orgánico relacionado con el mieloma.

MIELOMA MÚLTIPLE INDOLENTE (ASINTOMÁTICO/QUIESCENTE/MMq)

Se deben cumplir estos 2 criterios:

- BM (s) (IgG or IgA) ≥ 3 g/dL o BM (o) ≥ 500 mg en 24 h

y/o

CP en MO entre 10–60%

- Ausencia de signos CRAB o de amiloidosis.

MIELOMA MÚLTIPLE SINTOMÁTICO (MMs)

CP clonales* en MO $\geq 10\%$ o biopsia confirmatoria de plasmocitoma óseo o extramedular y cualquiera de los siguientes eventos:

- Daño Orgánico Atribuible al Mieloma (CRAB):
 - Hipercalcemia: Ca sérico > 0.25 mmol/L (> 1 mg/dL) del límite superior de la normalidad o > 2.75 mmol/L (> 11 mg/dL).
 - Insuficiencia renal: aclaramiento de creatinina < 40 mL/min o creatinina sérica > 177 μ mol/L (> 2 mg/dL).
 - Anemia: descenso de Hb > 20 g/L por debajo del límite inferior de la normalidad o Hb < 100 g/L.
 - Lesiones óseas: uno o más lesiones osteolíticas por Rx convencional, TAC o TAC-PET **.
- Uno o más de estos marcadores (incluso en ausencia de CRAB):
 - CP clonales en MO $\geq 60\%$
 - FLC ratio cadena alterada / cadena no-alterada ≥ 100 (además la FLC de la cadena alterada debe ser ≥ 100 mg/L)
 - Estudio RM con > 1 lesión focal ***.

* Clonalidad: se establecerá por la restricción de cadenas ligeras κ/λ por CMF, inmunohistoquímica o inmunofluorescencia. Se recomienda estimar la infiltración (en porcentaje) de CP por biopsia de MO. En caso de disparidad entre aspirado y biopsia, se debe emplear el resultado de mayor valor.

** Si la MO tiene $< 10\%$ CP clonales, se requieren > 1 lesiones óseas para diferenciar del plasmocitoma con mínima infiltración medular.

*** Cada una de las lesiones debe medir > 5 mm.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

RELACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

* Historia y Exploración física completa.

* Pruebas de laboratorio:

- ☐ Hemograma y examen de frotis de sangre periférica.
- ☐ Bioquímica sérica: Creatinina, Urea, Calcio y Fósforo, Proteínas totales, Albúmina y **LDH**.
- ☐ Electroforesis sérica (**EEF**) y cuantificación de Componente Monoclonal (CM).
- ☐ Dosificación de Inmunoglobulinas (**Igs**).
- ☐ Inmunofijación (**IF**) sérica.
- ☐ Proteinuria en orina de 24 horas:
 - Electroforesis urinaria.
 - Inmunofijación orina.
- ☐ Cadenas ligeras libres en suero (**FLC**) (concentración de κ , λ y ratio κ/λ)
 - Esta determinación es especialmente útil en MM no secretor, Mieloma de cadenas ligeras, Plasmocitoma solitario y Amiloidosis **AL**.
- ☐ Beta2 microglobulina sérica.

* Pruebas de imagen (cualquiera de las siguientes):

- ☐ Serie ósea.
- ☐ **TC** (incluyendo TAC de cuerpo entero de baja radiación)
- ☐ **RM**
- ☐ **PET-TAC**

* Estudio de médula ósea:

- ☐ Aspirado y/o biopsia médula ósea.
- ☐ Inmunofenotipaje de células plasmáticas.
- ☐ **HIS** (con CP purificadas) en MO.

* Punción aspiración (**PAAF**) de grasa abdominal.

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

PRUEBAS AL DIAGNÓSTICO

ESTUDIO DE PROTEÍNAS

- La cuantificación de la proteína monoclonal debe realizarse por medición directa del CM en el Espectro Electroforético (EEF) (A).
- La inmunofijación (IF) o Inmunosustracción (**IS**) sérica son obligadas para confirmar la monoclonalidad (A).
- Para evaluar la enfermedad mínima debería utilizarse la IF, ya que la IS es menos sensible (B).
- ORINA DE 24 HORAS: medir proteinuria total, EEF para cuantificar el pico e IF para confirmar el tipo de cadena ligera.
 - La técnica de FLC en orina NO es válida como alternativa (B).
- La cuantificación de FLC en suero se debe realizar siempre.
 - Su determinación es especialmente útil en el MM no secretor y oligosecretor (B) y en los MM de cadenas ligeras (sobre todo en insuficiencia renal oligoanúrica).

PRUEBAS DE IMAGEN

La evaluación de las lesiones líticas secundarias al MM se puede realizar con los siguientes métodos de imagen:

- RADIOLOGÍA CONVENCIONAL (RX): método “tradicional” en la valoración de la enfermedad ósea por el MM. Menos sensible que los distintos métodos de imagen descritos a continuación.
- TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TAC): más sensible que la RX para detectar lesiones óseas y masas de partes blandas asociadas.
 - Especialmente útil si existe dolor óseo en zonas de difícil valoración (costillas, esternón, escápulas) y para explorar regiones sintomáticas en la que la RX no muestra hallazgos.
 - Método guía en la obtención de biopsias percutáneas (B).
 - El TAC de cuerpo entero con dosis bajas de radiación puede ser una alternativa.
- RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN).
 - Especialmente útil para evaluar la afectación de partes blandas.
 - Técnica de elección en el estudio de la compresión medular (B).
 - Estudio inicial de Plasmocitomas Solitarios (C).
 - Muy aconsejable en MM (sobre todo en pacientes jóvenes).
- PET-TAC.
 - Útil en la detección de enfermedad extramedular.
 - Útil en recaídas sin afectación medular sobre todo en pacientes tratados con nuevos agentes (C).

ESTUDIO DE MÉDULA ÓSEA

- Es obligado el estudio en el diagnóstico del MM (A).
 - Aunque la realización de una aspirado (**AMO**) puede ser suficiente, es aconsejable la realización de biopsia (**BMO**) si la infiltración en el AMO es escasa y/o plantea dudas diagnósticas (B).
- Indicaciones para la repetición del estudio:
 - Confirmación de la RC.
 - Citopenias no explicables.
 - Sospecha de progresión como MM oligosecretor.
- La citometría de flujo (CMF) es útil para analizar la clonalidad (B) y debe ser realizada para la detección de la enfermedad mínima residual (EMR) en casos de RC (B).
- Se deben realizar estudio de hibridación in situ (HIS) fluorescente en células plasmáticas (CP) seleccionadas para evaluar las t(4;14), t(14;16), del 17p y del 1p/ganancias de 1q (B).

ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO

MM SINTOMÁTICO

- Seguimiento mensual en pacientes con tratamiento activo (inducción, consolidación o mantenimiento).
- Los pacientes en seguimiento sin tratamiento cada 2-3 meses

PRUEBAS A REALIZAR:

- Evaluación clínica.
- Hemograma.
- Creatinina sérica.
- Calcio sérico.
- Proteínas totales y Proteinograma (salvo MM Bence-Jones).
- Proteinuria de 24 horas y electroforesis urinaria.
- FLC en suero: en casos seleccionados con MM oligo/no-secretor y MM de cadenas ligeras.

Si hay desaparición del CM sérico y urinario

- Inmunofijación en suero y/o orina de 24 horas.

Si la IF es negativa

- FLC en suero.
- Estudio de MO (con **CMF** para medir **EMR**).

No es preciso repetir radiología ósea, salvo que aparezca sintomatología.

No es preciso repetir estudio medular, aunque es aconsejable hacerlo en el momento de la progresión.

MM QUIESCENTE

- Los pacientes con MM asintomático o quiescente (MMq) no deben recibir tratamiento quimioterápico, fuera del contexto de un ensayo clínico.
 - Estos ensayos deberían restringirse a MMq de alto riesgo (A).
- Factores de riesgo de progresión de MMq a MMs:
 - Clínica Mayo: BM >3 g/dl; CP en MO $>10\%$; FLC <0.125 o >8
 - Grupo PETHEMA: **CPP** $>95\%$; inmunoparesis
 - Otros factores: % CP circulantes, **HLC**, evolución de la BM, estudios HIS (t(4,14), 1q amp o del17p), **PCLI**
- En los pacientes con MMq y serie ósea normal, es necesaria la realización de otra prueba de imagen más sensible: TAC (preferiblemente de cuerpo entero), PET-TAC, RMN de la columna dorsal y pelvis o RM de cuerpo entero para descartar la presencia de lesiones óseas o >1 lesión focal medular, que indicarían la necesidad de tratamiento (ver **criterios MMs**).
- Los pacientes con MMq deben ser monitorizados de forma indefinida hasta la progresión ó fallecimiento por otra causa (C).
- La primera monitorización tras el diagnóstico deberá realizarse a los 2-3 meses para confirmar el diagnóstico de MMq.
- Según el riesgo de progresión a MM sintomático (MMs), la frecuencia pasará a ser:
 - Similar a las de las GMSI para los pacientes de bajo riesgo.
 - Cada 3-4 meses para los pacientes de alto riesgo.
 - Cada 6 meses durante el primer año en los de riesgo intermedio, pudiendo posteriormente pasar a reevaluación anual (B).

GMSI

- Para el diagnóstico de GMSI deben realizarse las pruebas analíticas reseñadas en la **relación de PPCC**.
 - En los pacientes ancianos asintomáticos con tipo **IgG** y nivel sérico de CM <1 ó $<1,5$ g/dL, se puede obviar la realización de estudio medular y RX esquelética (D).
- En todos los casos es obligado la evaluación clínica y analítica a los 3 y 6 meses del diagnóstico para confirmar la estabilidad del CM (D).
- Posteriormente, se realizarán controles cada 6, 12 ó 24 meses con evaluación clínica y los mismos parámetros, dependiendo del grado de riesgo inicial (fundamentado en: tipo y concentración del CM, porcentaje de células plasmáticas medulares y/o ratio de FLC (C).
- No se deben repetir la RX ósea ni el estudio medular en las evaluaciones, salvo que exista clínica sugerente de afectación ósea y/o sospecha de progresión (C).
- Las GMSI deberían ser evaluadas de por vida, si bien algunos autores propugnan que los casos de bajo riesgo no precisarían seguimiento.
- No es necesario que el seguimiento se realice en una consulta de Atención Especializada. Según el grupo de riesgo y las características del paciente se decidirá si el seguimiento ha de realizarse en una consulta de Atención Especializada, Atención Primaria ó de forma mixta. Si se hiciera en la consulta de Atención Primaria, se la proporcionarán instrucciones precisas de la forma de seguimiento, y la posibilidad de contacto inmediato y ágil para las dudas que pudieran surgir ó la derivación de los pacientes que progresen (D) (ver siguiente página)

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCION ESPECIALIZADA

MIELOMA YA DIAGNOSTICADO, EN TRATAMIENTO O NO

- 1- Síndrome febril en paciente en tratamiento antimieloma en paciente con neutropenia severa ($< 500 / \text{mm}^3$) (derivación urgente)
- 2- Síndrome febril que no responde a tratamiento antibiótico adecuado, en paciente en tratamiento con neutropenia no severa o sin tratamiento actual.
- 3- Hemorragia en paciente en tratamiento antimieloma.
- 4- Clínica de compresión medular (derivación urgente)
- 5- Datos sugerentes de progresión de enfermedad
 - Anemia no explicada ($\text{Hb} < 10\text{g/dL}$ o disminución de 2 g/dL desde su nivel habitual), de nueva aparición.
 - Hipercalcemia (valores corregidos $>11,5 \text{ mg/dL}$ ó 1 mg/dL por encima del límite normal).
 - Insuficiencia renal aguda ($\text{Cr} > 2\text{mg/dL}$ o aumento menor a juicio del médico)
 - Dolores óseos de nueva aparición o lesiones líticas óseas no existentes previamente.
 - Aparición de una lesión sugerente de Plasmocitoma.

GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INCIERTO

- 1- Aumento del CM hasta $>3 \text{ g/dL}$ o $>25\%$ (si en valores absolutos es $>0,5 \text{ g/dL}$).
- 2- Anemia ($\text{Hb} < 10\text{g/dL}$ o disminución de 2 g/dL desde su nivel habitual), leucopenia o trombopenia no explicada, de nueva aparición.
- 3- Hipercalcemia (valores corregidos $>11,5 \text{ mg/dL}$ o 1 mg/dL por encima del límite normal).
- 4- Insuficiencia renal aguda ($\text{Cr} > 2\text{mg/dL}$ o aumento menor a juicio del médico).
- 5- Dolores óseos de nueva aparición, exacerbación de dolores habituales o evidencia de lesiones líticas óseas u osteoporosis previamente no existente y no atribuible a otra causa.
- 6- Aparición de lesión sugerente de Plasmocitoma.
- 7- Síndrome clínico sugerente de hiperviscosidad.
- 8- Infecciones bacterianas de repetición (más de 2 episodios en un año).
- 9- Clínica de compresión medular (derivación urgente).

ESTADIAJE

INDICE PRONÓSTICO INTERNACIONAL (ISS)

- Estadio I
 - Beta2-microglobulina < 3,5 mg/l
 - y
 - Albúmina sérica $\geq$ 3,5 g/dl
- Estadio II: no cumple criterios de estadios I ni III
- Estadio III
 - Beta2-microglobulina > 5,5 mg/l

PRONÓSTICO

RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA.

- Todos los pacientes en el momento del diagnóstico deberán tener el estadio ISS (A, 1b).
- En el momento actual, no hay evidencia de que el uso de factores pronósticos y sistemas de estadiaje permitan elegir la estrategia terapéutica en un paciente individual. Sin embargo, en los enfermos con citogenética adversa, los tratamientos basados en bortezomib parecen mejorar el pronóstico.

DURIE-SALMON (DS) (estimación de masa tumoral)

- Estadio I (baja masa tumoral). Todo lo siguiente:
 - ✓ Hb > 10 g/dL
 - ✓ Ca sérico normal ó < 10,5 mg/dL
 - ✓ RX ósea normal o Plasmocitoma solitario (escala 0)
 - ✓ Bajo CM
 - IgG < 5 g/dL
 - IgA < 3 g/dL
 - BJ < 4g/24h.
- Estadio II (masa tumoral intermedia): sin criterios de estadios I ni III
- Estadio III (alta masa tumoral): una o más de las siguientes:
 - ✓ Hb < 8,5 g/dL
 - ✓ Ca sérico > 12 mg/dL
 - ✓ Lesiones líticas avanzadas (escala 3)
 - ✓ Alto CM
 - IgG > 7 g/dL
 - IgA > 5 g/dL
 - BJ > 12 g/24 h.

Subclasificación:

- Según función renal:
 - A: Función renal normal (Cr < 2 mg/dL)
 - B: Función renal anormal (Cr $\geq$ 2 mg/dL)
- Escala ósea (según afectación ósea por RX convencional)
 - 0: Ausencia de lesiones óseas
 - 1: Osteoporosis patológica
 - 2: Lesiones óseas líticas
 - 3: Lesiones óseas líticas en más de 3 territorios (cráneo, costillas y esternón, cintura escápulo-humeral, cintura pélvica y fémures) o fractura patológica no vertebral.

TRATAMIENTO

SECCIÓN 1

PRIMERA LÍNEA CANDIDATOS A TRASPLANTE

- Solo debe iniciarse tratamiento en pacientes con **criterios de MMs**.
- Siempre que exista un ensayo clínico en nuestra comunidad debería ofertársele al paciente. (ensayo GEM2012MENOS65).

INDUCCIÓN: cuando se planifica el tratamiento de inducción con vistas a un futuro trasplante, se debe empezar con una combinación que incluya Bortezomib (A, Ia).

REGÍMENES DE INDUCCIÓN:

- El régimen más recomendable en nuestro medio es **VTD**.
 - Otros regímenes como **PAD** ó **VCD** pueden ser alternativas válidas.
 - La Lenalidomida no está aprobada en primera línea por lo que el régimen **VRD** no se propone de momento.
 - El tratamiento con poliquimioterapia simple seguida de **VD**, adaptable según la respuesta, es una estrategia posible aunque con tasas de respuestas menores (con tasas inferiores de **RC**).
 - Se debe evitar el empleo de melfalán en dosis que puedan perjudicar la colecta de progenitores (B, IIa).
 - Los pacientes tratados con Bortezomib deben recibir profilaxis antiviral (ver **cap6-sec8**).
 - Los pacientes tratados con Talidomida deben recibir profilaxis antitrombótica (ver **cap6-sec7**)
 - Se debe insistir en el control estricto del riesgo de NP.
 - En caso de insuficiencia renal se recomienda utilizar un régimen como VD o PAD (B, IIb).

TASPE: en los pacientes jóvenes con mieloma múltiple sintomático y sin contraindicación por comorbilidades, se planificará un tratamiento que incluya un trasplante autólogo con acondicionamiento **MEL200**.

- La edad límite recomendable es de 65 años, valorándose en >65 años según el estado general del paciente (A, Ia).
- El momento más adecuado para recoger las células progenitoras se sitúa en torno a los 3-4 ciclos de iniciar tratamiento (B, III).
- Siempre que sea posible, deberán recogerse células suficientes para realizar dos trasplantes autólogos: dos colectas de más de 2×10^6 células CD34+/Kg peso cada una (B, II).
- No se recomienda la selección de las células progenitoras (A, Ib).
- El régimen de acondicionamiento recomendado es MEL200 A, Ib).
- La dosis debería ser reducida en caso de insuficiencia renal (C, III).
- **TANDEM:** el doble trasplante (en tándem) no debe ser una opción de acuerdo con los datos actuales (A, Ia), salvo en pacientes seleccionados:
 - Pacientes de muy alto riesgo [ej. t(4;14) y/o del(p53), con ISS 3 y/o LDH elevada]: se aconsejará un tratamiento con combinaciones triples o cuádruples que incluyan IPs e **IMiDs**, con la posibilidad de trasplante autólogo en tándem.
 - Considerar una estrategia Auto/Alo-**TAIR** sólo en el contexto de ensayos clínicos (C, III).
- **INSUFICIENCIA RENAL (IR):** los pacientes jóvenes con IR pueden ser candidatos a trasplante autólogo (B, IIb).
 - No se recomienda el trasplante en pacientes en hemodiálisis salvo que el paciente sea muy joven y pudiera llegar a plantearse un trasplante renal posterior. (C, III).
 - La dosis del acondicionamiento debería ser reducida en caso de insuficiencia renal (C, III).
- Si la duración de la respuesta tras el 1º trasplante es > 18-24 meses, se puede plantear un 2º trasplante en recaída (**ver cap5-sec4**).

CONSOLIDACIÓN: en aquellos pacientes que no alcancen RC o persista EMR+ por CMF se recomienda utilizar esquemas de consolidación como VTD o VRD (C, III).

MANTENIMIENTO: no existe aprobación formal para la administración de tratamiento de mantenimiento (**ver cap5-sec3**).

PRIMERA LÍNEA NO CANDIDATOS A TRASPLANTE

CONSIDERACIONES GENERALES

- Sólo debe iniciarse tratamiento en pacientes según **criterios de MMs**.
- Siempre que exista un ensayo clínico se debería ofrecer al paciente.
- La edad mayor de 65 años no es una contraindicación absoluta de tratamiento con quimioterapia a altas dosis.
 - Este tratamiento se puede ofrecer a pacientes mayores de 65 años si tienen buen estado general, no padecen comorbilidades severas y son candidatos a realizar el acondicionamiento con Melfalán a la dosis de 200 mg/m² (B).
 - Se puede reducir la dosis de melfalán (140 mg/m²) para disminuir la toxicidad (C, II+).
- Se recomienda valorar individualmente el tratamiento de los pacientes de más de 75 años, con comorbilidades y/o que hayan sufrido efectos adversos no hematológicos grados 3-4 (D, IV).

TRATAMIENTOS

- BORTEZOMIB: en pacientes no candidatos a trasplante el régimen recomendado, dada la experiencia del grupo español, es **VMP** (BORTEZOMIB-MELFALAN-PREDNISONA).
 - Se recomienda su administración en esquema bisemanal durante el 1º ciclo y posteriormente una vez por semana.
 - Se recomienda administrar 9 ciclos en combinación con melfalán y prednisona para mantener el estándar clásico MP añadiéndole bortezomib.
 - Se recomienda la administración subcutánea.

- En caso de contraindicación para el uso de Bortezomib se utilizarían esquemas que incluyan TALIDOMIDA: **MPT** (Ib).
 - **CTDa** (Ciclofosfamida-Talidomida-Dexametasona a dosis atenuada) es una alternativa equivalente de MPT (C, II+).
 - No se recomienda superar la dosis de 100 mg/d.
- BENDAMUSTINA más prednisona: indicación para pacientes que no puedan recibir bortezomib ni talidomida por presencia de neuropatía periférica (**NP**).
- LENALIDOMIDA en combinación con dexametasona es atractiva en pacientes en los que se quieran evitar los alquilantes o neuropatía periférica.
 - LEN-DEX hasta progresión o intolerancia fue superior a MPT y LEN-DEX. Indicación no aprobada (A, I).
- Se puede utilizar CICLOFOSFAMIDA en lugar de melfalán (A; I+).
 - Se prefiere su uso en caso de que el paciente presente citopenias (<1.0x10⁹ neutrófilos/L ó <75x10⁹ plaquetas/L), (C, III).

SITUACIONES ESPECIALES

- INSUFICIENCIA RENAL: en los pacientes con fallo renal severo se recomienda el uso de Bortezomib con Dexametasona (**VEL-DEX**), ya que no precisan ajustes de dosis según el filtrado glomerular (C, III).

TRATAMIENTO DE SOPORTE

- TROMBOPROFILAXIS e IMIDs: véase **cap6-sec7**.
- PROFILAXIS ANTIVIRAL y BORTEZOMIB: véase **cap6-sec8**.

MANTENIMIENTO

- INTERFERON. Único fármaco aprobado en mantenimiento.
 - La combinación de Interferón (1,5M, escalando a 3M si la tolerancia es buena) con Prednisona (30-50 mg/días alternos) ha sido ampliamente utilizada en el protocolo **GEM-2000** y podría beneficiar a los enfermos que la toleren. (B; 2++).
- ESTEROIDES: puede tener algún efecto beneficioso pero con efectos secundarios, por lo que su empleo como agente único es cuestionable (C)
- El tratamiento con TALIDOMIDA en dosis bajas (50 mg/día), especialmente asociada a dosis bajas de prednisona, es útil en el mantenimiento de pacientes con MM que han respondido a un tratamiento inicial con trasplante autólogo pero que no han alcanzado **VGPR** (A; 1). No está aprobada esta indicación.
- El mantenimiento con LENALIDOMIDA. a dosis bajas, tanto tras trasplante autólogo como tras melfalán, prednisona y lenalidomida en pacientes mayores, alarga la supervivencia libre de progresión de forma significativa (A; 1+), y además, en uno de los ensayos tras trasplante autólogo prolonga la supervivencia global (1-). No está aprobada esta indicación.
- PACIENTES DE ALTO RIESGO: hay dudas sobre su utilidad, por lo que en estos pacientes se desaconseja (C; 3).
- La DURACIÓN ideal de este mantenimiento se desconoce.
 - Se aconseja que no supere los 12 meses (por lo que su efecto sería más de consolidación que de mantenimiento).

MIELOMA REFRACTARIO O EN RECAÍDA

- Sólo debe iniciarse tratamiento en los pacientes con Progresión Clínica o Progresión Significativa de la Paraproteína (Ver “**Escenarios con Indicación de Tratamiento**”)
- El tratamiento de rescate debe ser individualizado dependiendo de:
 - Edad.
 - Tratamiento previo.
 - Grado y duración de la respuesta.
 - Reserva medular.
 - Toxicidad residual de los tratamientos previos.
 - Disponibilidad de fármacos.
 - Facilidad de acceso al hospital.
- La mejor opción para estos pacientes es la posibilidad de participar en ensayos clínicos.
- Es esencial un tratamiento de soporte adecuado.
- LENALIDOMIDA: en combinación con Dexametasona fue superior a Dexametasona sola a altas dosis (A, 1+).
 - Se recomienda su uso en esta combinación en pacientes en recaída o progresión.
 - En el contexto del grupo español está especialmente indicada ya que la mayoría de los pacientes en recaída han recibido BORT en 1ª línea.
 - La indicación de tratamiento es hasta progresión o intolerancia.
 - Es el fármaco de elección en caso de neuropatía.
- TALIDOMIDA: también es superior a Dexametasona (B, 2++), sobre todo si la reserva medular es pobre.
 - La eficacia es mayor en combinaciones triples (con ciclofosfamida o antraciclinas).
- BORTEZOMIB: fue superior a Dexametasona a altas dosis; Bortezomib+Doxorrubicina liposomal fue superior a Bortezomib en monoterapia (A, 1+)
 - El retratamiento es factible si la respuesta ha sido duradera (>6-9 m).
- POMALIDOMIDA: en combinación con Dexametasona en pacientes con MM resistente al tratamiento o recidivante que hayan recibido al menos 2 tratamientos previos, incluyendo LEN y BORT y que hayan experimentado una Progresión de la Enfermedad tras el último tratamiento.
- CARFILZOMIB: en combinación con Dexametasona en pacientes con MM resistente al tratamiento o recidivante que hayan recibido al menos 2 tratamientos previos, incluyendo un IMiD y BORT y que hayan experimentado una Progresión de la Enfermedad tras el último tratamiento. Indicación pendiente de aprobación.
- Pacientes jóvenes con ENFERMEDAD PRIMARIAMENTE REFRACTARIA: deben ser rescatados con fármacos con mecanismos de acción diferentes a los utilizados previamente y luego consolidados con TASPE (B, 2++).
- TASPE: en pacientes jóvenes se debería plantear un 2º TASPE, tras tratamiento de rescate si la duración de la **RC1** fue >18-24 m (B, 2++).
 - Si ésta es <12 m se debe valorar un trasplante alogénico siempre que se haya obtenido RC o MBRP con el rescate a través de un ensayo clínico o esquemas tipo VDL-PACE
 - En las recaídas entre 12-24 m la utilidad del trasplante autólogo es dudosa y se puede plantear un trasplante alogénico, dependiendo de la edad, siempre y cuando haya sido expuesto previamente a **IPs** e IMiDs.
- El trasplante alogénico se realizará siempre dentro del contexto de ensayos clínicos o estudios controlados.
- En casos muy seleccionados, si no hay donante familiar y la enfermedad es de mal pronóstico, se podría plantear un trasplante con **DNE**, también dentro de ensayos clínicos.
- Los pacientes que reciben IMiDs deben realizar profilaxis antitrombótica (ver **cap6-sec7**) y los tratados con IPs, profilaxis antiviral (ver **cap6-sec8**).

TRATAMIENTO DE SOPORTE

ENFERMEDAD ÓSEA HIPERCALCEMIA

Todos los pacientes con MMS deben recibir tratamiento con bisfosfonatos (**BF**) aunque no existan lesiones óseas evidentes (A, 1+).

- En los pacientes con MMQ no existen datos suficientes para recomendar su empleo, salvo en los de alto riesgo (RMN anormal), en los que estarían indicados a las mismas dosis y esquema que en el MMS.

BISFOSFONATOS: en España se pueden emplear el Pamidronato (PAM) o Acido Zoledrónico (AZ) intravenosos.

- **PAM:** 90 mg en 2 horas cada 4 semanas.
- **AZ:** 4 mg en 15 minutos cada 3-4 semanas.
 - Ambos han demostrado eficacia en la prevención de eventos esqueléticos.
 - Dado el beneficio en la **SG** que mostró el AZ en un estudio randomizado, podría considerarse el BF de elección (A, 1+).

PRECAUCIONES EN EL USO DE BF

- Antes de iniciar el tratamiento los pacientes se deben someter a una revisión odontológica para solucionar todos los problemas existentes.
- Durante el tratamiento es importante mantener una adecuada higiene bucal y evitar maniobras invasivas (extracciones) con el fin de evitar la aparición de osteonecrosis de mandíbula (**ONM**) (3, D).

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

- El tratamiento se debe mantener durante un período de 2 años (A, 1+)
 - No se recomienda exceder este periodo por el riesgo de aparición de complicaciones (IR u ONM).
- La discontinuación puede no ser recomendable en pacientes con enfermedad ósea activa.
- Su empleo debe reiniciarse en las recaídas de la enfermedad (D, 3)

BF E INSUFICIENCIA RENAL

- El tratamiento con BF debe emplearse con especial precaución en pacientes con IR.
 - IR leve o moderada (ClCr 30-60 ml/min): es recomendable reducir la dosis de AZ:
 - ClCr 50-59 ml/min: 3.5 mg
 - ClCr 40-49 ml/min: 3.3 mg
 - ClCr 30-39 ml/min: 3.0 mg
 - IR severa (ClCr <30 ml/min o Cr(s) >3.0 mg/dL): parece más seguro el empleo de PAM (dosis de 30 mg) en lugar de AZ, además de prolongar el tiempo de infusión a 4-6 h (D, 3).
- Antes de cada infusión IV de PAM o AZ hay que medir el nivel de Cr(s) y de albúmina en orina de 24 h (cada 3-6 m), sobre todo si se emplea PAM (D, 4).
 - Criterios de interrupción de AZ si se deteriora la función renal:
 - Cr basal normal (<1.4 mg/dL) si Cr aumenta >0.5 mg/dL
 - Cr basal anormal (>1.4 mg/dL): si Cr aumenta >1.0 mg/dL.
 - Si aparece albuminuria >500 mg/24h, de causa no explicada o aumento de Cr(s) por encima de valores normales, se debe suspender el tratamiento hasta la resolución del problema (4, D).

HIPERCALCEMIA

- El tratamiento de la hipercalcemia moderada o severa (Ca(s) corregido >3.0 mmol/L o 12 mg/dL) asociada al MM consiste en:
 - HIDRATACIÓN con suero fisiológico
 - Tratamiento DIURÉTICO (mantener diuresis >2.5 L/24h)
 - CORTICOIDES
 - Dexametasona a dosis medias-altas (20-40 mg/24h)
 - Hidrocortisona (100 mg/8-12h)
 - BF intravenosos (B, 1+). El AZ en dosis única de 4 mg es el BF que ha mostrado mayor eficacia (B, 1+)
 - Este mismo fármaco a dosis mayores (8 mg) puede emplearse en casos refractarios o en recaída (D, 3).

MANEJO DEL DOLOR

- Según la definición de la asociación internacional para el estudio del dolor, este "es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de los tejidos, o que se describe como producida por dicha lesión".
- Según el paciente: dolor es aquello que la persona que lo experimenta dice que es, y que existirá mientras él o ella diga que existe. Dolor es lo que el paciente dice que siente, no lo que el médico piensa que es o que espera que sea.
- Es recomendable utilizar una escala para “medir” el dolor.
 - La más utilizada es la escala análogo-visual (**EVA**)
- Desde el punto de vista fisiopatológico, se pueden distinguir cuatro tipos de dolor:
 - Somático.
 - Visceral.
 - Neuropático.
 - Psicógeno-psicosocial.
- Existen cuadros mixtos y coexistencia de distintos dolores.

• Diferencias entre dolor nociceptivo y dolor neuropático:

	DOLOR NOCICEPTIVO	DOLOR NEUROPÁTICO
Patogenia	Excesos de la estimulación nociceptiva	Lesión Nerviosa
Evolución	Agudo o crónico	A menudo crónico
Trastornos de la sensibilidad dolorosa	No	Hipoestesis Hiperestesia Alodinia
Respuesta al tratamiento	AINE +/+++ Opioides ++/++++ Antiepilépticos - Antidepresivos +/++	AINE - Opioides +/++ Antiepilépticos ++/+++ Antidepresivos ++/++++

CAUSAS DEL DOLOR

I. Por efecto directo del tumor

- Afectación ósea
 - Síndrome vertebral
 - Dolor óseo generalizado
- Infiltración o compresión del tejido nervioso
 - Radiculopatías
 - Polineuropatías
 - Plexopatías
 - Compresión medular espinal
 - Metástasis leptomeningeas
 - Cefaleas por metástasis cerebrales o tumor primario
- Dolor muscular
- Dolor visceral abdominal

II. Asociados al tratamiento antineoplásico

- Postcirugía / COT
- Relacionado con la quimioterapia
 - Polineuropatía dolorosa
 - Necrosis ósea aséptica
 - Pseudorreumatismo
 - Mucositis dolorosa
- Secundario a radioterapia
 - Agudo: mucositis, proctitis, cistitis, etc.
 - Fibrosis (plexos braquial y lumbosacro)
 - Osteorradionecrosis
 - Mielopatía rádica

III. Sin relación con el tumor ni su tratamiento o indirectamente relacionados

- Neuralgia post-herpética
- Osteoporosis
- Osteopatía hipertrófica
- Poliomiositis paraneoplásica, etc.

TRATAMIENTO. (VER ANEXOS. SECCIÓN 3)

- Se recomienda iniciar el tratamiento antimieloma a la mayor brevedad posible.
- El origen y el tipo de dolor deben establecerse antes del inicio del tratamiento analgésico.
- El tratamiento del dolor debe realizarse en el contexto de una atención integral y continua donde se integren las terapias antineoplásicas, la analgésica, la psicológica y física y las técnicas intervencionistas.
- Los pacientes con MM deben mantener la mayor actividad física posible, para lo cual es fundamental lograr un adecuado control del dolor.

TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

RADIOTERAPIA

- La RT local (dosis de 10-30 Gy en fracciones o una única fracción de 8 Gy) es recomendable para el tratamiento del dolor refractario provocado por lesiones óseas focales.
- Puede emplearse también como tratamiento coadyuvante a la cirugía ortopédica en fracturas patológicas de huesos largos o en situaciones de osteólisis intensa con alto riesgo de fractura patológica (D, 3).

CIRUGIA ORTOPÉDICA

- La cirugía ortopédica está indicada para tratar o prevenir fracturas de huesos largos o cadera (D, 3).
- Debe emplearse vertebroplastia o cifoplastia en pacientes con aplastamientos o colapsos vertebrales que provocan dolor refractario al tratamiento conservador (A, 1+).
- La cifoplastia puede proporcionar algunos beneficios sobre la vertebroplastia (D, 3).

UTILIZACIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL DOLOR

DECÁLOGO DE PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La prescripción del tratamiento analgésico debe fundamentarse en el conocimiento de las características del dolor que lleguen a un diagnóstico y evaluación adecuadas (distinguir entre causas y tipo de dolor).
2. Se deben utilizar los analgésicos de *forma regular, a intervalos fijos* (no "a demanda").
3. Deben utilizarse a las *dosis correctas*, individualizado para cada paciente. Considerar la farmacocinética y farmacodinámica del medicamento.
4. La *vía oral* se considera de elección. Excepciones:
 - No sea posible controlar el dolor de forma eficaz por vía oral.
 - No es posible utilizar la vía oral (pacientes con náuseas y vómitos persistentes, disfagia severa, coma, etc.).
5. Sigue siendo válida la escalera terapéutica propuesta por la OMS, en la que intervienen 4 grupos de medicamentos:
 - analgésicos no opioides.
 - opioides menores.
 - opioides mayores.
 - Tratamientos adyuvantes.
6. Lo que determina el paso de un escalón a otro es la ineficacia a dosis máximas.
7. La utilización simultánea de 2 medicamentos del mismo escalón no reporta ningún beneficio y por lo tanto se debe evitar. Excepciones:
 - Codeína administrada como rescate en tratamientos con dihidrocodeína de acción sostenida.
 - Morfina de liberación inmediata como rescate en tratamientos con parches de fentanilo transdérmico.
8. Para iniciar un tratamiento o para titular dosis se preferirá el uso de formas de liberación rápida. Una vez establecida la dosis calcular la dosis en las formas de liberación sostenida.
 - En pacientes con dolor severo, mal controlado con técnicas habituales, puede titularse rápidamente la dosis con bombas PCA de administración subcutánea o endovenosa.
9. Se evitará la polifarmacia.
10. Al iniciar un tratamiento se empezará con el escalón 1 ó 2 para dolores leves o moderados y con el escalón 3 para dolores severos.

INSUFICIENCIA RENAL

ASPECTOS GENERALES

- El tratamiento específico del MM debe instaurarse con carácter urgente (D, 3).
- Se debe prevenir la insuficiencia renal (IR) evitando la deshidratación y los fármacos nefrotóxicos y tratando precozmente las infecciones, la hipercalcemia y la hiperuricemia (D, 3).
 - Los pacientes con IR deben ser hidratados con fluidos intravenosos para mantener una diuresis >3 L/24h (D, 3).
 - Además del tratamiento precoz antimieloma se debe tratar la hipercalcemia con diuréticos de asas y bisfosfonatos (con ajuste de dosis) si es necesario ([ver cap6-sec1](#)) y de la hiperuricemia (D, 3).
 - La alcalinización de la orina mediante bicarbonato (oral o IV) también puede ser útil (D, 3).

PLASMAFÉRESIS: no existe evidencia suficiente para recomendar el empleo de plasmaféresis en pacientes con MM e IR.

- Podría ser efectiva en pacientes con fallo renal rápidamente progresivo secundario a la excreción de cadenas ligeras por orina (“riñón de mieloma”) (D, 4).

DIALISIS: los pacientes con IR severa oligoanúrica son candidatos a diálisis, siendo igualmente efectivas la hemodiálisis y la diálisis peritoneal (B, 2).

- Es recomendable el uso de filtros de alta eficiencia para reducir la cantidad de cadenas ligeras libres en plasma (C, 3).
- No existe evidencia suficiente para recomendar el trasplante renal en pacientes con enfermedad renal terminal. Podría ser una opción en pacientes con una respuesta buena y duradera del MM.

TRATAMIENTO

- El régimen Bortezomib y Dexametasona ($\pm$ Adriamicina) ha demostrado eficacia en este contexto (B, 2)
- La talidomida también puede emplearse. La experiencia es menor.
- La lenalidomida requiere ajuste de dosis (ver ajustes según recuentos y ClCr).

ANEMIA

La anemia es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes del MM.

- Se deben excluir otras causas de anemia.
- Se debe monitorizar el estado de las reservas de hierro durante el tratamiento con agentes estimuladores de la eritropoyesis (**ESAs**), administrando tratamiento con hierro IV si el índice de saturación de la transferrina es <20% (B, I).
- Las dosis e intervalos de administración no están bien definidas.
- Se puede administrar un ESA a los pacientes con MM en tratamiento quimioterápico que presenten un nivel Hb <10 g/dL, con anemia sintomática o anemia en progresión con Hb entre 10-12 g/dL (A, 1+)
- Los pacientes que no reciban tratamiento quimioterápico no deben recibir ESAs.
- Se debe valorar individualmente el riesgo / beneficio en pacientes que presentan factores de riesgo de fenómenos tromboembólicos, como historia previa de trombosis, cirugía, inmovilización prolongada o tratamiento con IMiDs (D, 4)

ERITROPOYETINAS

- I. rEPO- α vía subcutánea (SC) a dosis fija de 10.000 UI 3 veces por semana ó 40.000 UI semanales
- II. rEPO- β vía SC a dosis fija de 30.000 UI semanales
- III. Darbepoetina- α vía SC a dosis de 2.25 microg/Kg semanal ó a dosis fija de 500 microg. cada 3 semanas (A, 1).

AJUSTE DE DOSIS

- I. La dosis puede ser doblada si no se evidencia respuesta tras 4 semanas de tratamiento (C, 3).
- II. Se debe ajustar la dosis de forma individualizada para mantener un nivel de Hb entre 11-12 g/dL.
- III. Se deberá suspender si:
 - A. Se consigue respuesta con Hb >12 g/dL
 1. Se reiniciará la administración, con reducción de dosis, si la Hb desciende de 10 g/dL).
 - B. Si no hay respuesta tras 6-8 semanas de tratamiento.
 - C. Al finalizar el tratamiento quimioterápico (D, 3).

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

NEUROPATÍA PERIFÉRICA

- El control de la neuropatía periférica (NP) en pacientes con MM requiere herramientas de análisis clínico objetivo (ej. Escala NCI) así como un estudio completo para identificar y suprimir posibles causas concretas (D, 4).
- Los tratamientos con fármacos potencialmente neurotóxicos (Bortezomib, Talidomida) deben utilizarse con precaución si existía una NP preexistente (D, 4).
- Si un paciente presenta una disminución significativa en la escala NCI (p.ej. NCI-grado2) o datos de NP inducida por la QT se debe ajustar el tratamiento según ficha técnica (ver tabla).
- En pacientes con dolor neuropático se debe considerar un tratamiento analgésico multimodal que incluya un opioide bloqueantes de los canales de iones e inhibidores de la recaptación de la serotonina (A, 1b). (ver tabla)
- El dolor neuropático superficial se puede tratar con lidocaína tópica al 5% en emplastes (A, 1b).
- No se recomienda el uso rutinario de suplementos nutricionales ya que no hay pruebas de su beneficio.
 - Hay que corregir las deficiencias en caso de que existan (D, 4).

- La evidencia de un empeoramiento significativo (ej. NCI-grado2) o de NP progresiva respecto al momento del diagnóstico debe ser investigada para identificar causas tratables, incluyendo el apoyo del neurólogo si fuera necesario (D, 4).
- Los pacientes con dolor neuropático no controlado deben ser remitidos a una unidad del dolor para asesoramiento especializado (D, 4).

Dosis de fármacos (adaptado s/Guía NICE)

MEDICAMENTO	DOSIS DE INICIO (MG/DÍA)	DOSIS MÁXIMA (MG/DÍA)
Amitriptilina	10	75
Pregabalina	150 (en 2 dosis)	600 (3n 2 dosis)
Duloxetina	60	120
Tramadol	50-100	400
Gabapentina	600-900 (en 2 ó 3 dosis)	3600

Modificaciones de la Posología recomendadas en caso de NP relacionada con Bortezomib

[http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR - Product Information/human/000539/WC500048471.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000539/WC500048471.pdf)

GRAVEDAD DE LA NP	MODIFICACIÓN DE LA POSOLOGÍA
GRADO 1	Ninguna
GRADO 1 con dolor o GRADO 2	Reducir VEL a 1.0 mg/m2 o Modificar la pauta de tratamiento de VEL a 1.3 mg/m2 una vez a la semana
GRADO 2 con dolor o GRADO 3	Interrumpir el tratamiento con VEL hasta la resolución de los síntomas. Reinicio a 0.7 mg/m2 una vez a la semana
GRADO 4 y/o Neuropatía Autónoma Grave	SUSPENDER VEL

Modificaciones de la Posología recomendadas en caso de NP relacionada con Talidomida

[http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR - Product Information/human/000823/WC500037050.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000823/WC500037050.pdf)

GRAVEDAD DE LA NP	MODIFICACIÓN DE LA POSOLOGÍA
GRADO 1 (parestesias, debilidad y/o pérdida de reflejos) sin pérdida de función	Continuar monitorizando al paciente mediante un examen clínico. Considerar la reducción de la dosis si los síntomas empeoran. <i>La reducción de la dosis no implica necesariamente una mejoría de los síntomas</i>
GRADO 2 (interfiere en la función pero no en las actividades diarias)	Reducir la dosis o interrumpir el tratamiento. Si la NP no mejora o sigue empernado, interrumpir el tratamiento Si la NP pasa a ser <G1 se puede reiniciar (valoración riesgo/beneficio)
GRADO 3 (interfiere en las actividades diarias)	Interrumpir el tratamiento
GRADO 4 (NP incapacitante)	Interrumpir el tratamiento

COMPRESIÓN MEDULAR

COMPRESIÓN MEDULAR

- Ante la sospecha clínica de compresión medular, se debe realizar de forma urgente una RMN de columna
 - El TC es una alternativa si la RMN está contraindicada o no está disponible
- Los pacientes con MM que presentan clínica de compresión medular deben recibir tratamiento en las primeras 24 horas con Dexametasona a dosis intermedias (4-8 mg/4-6 h) o altas (20-40 mg/24 h) (A, 1+) y Radioterapia local (D, 3)
- Indicaciones de descompresión quirúrgica mediante laminectomía (D, 3):
 - Diagnóstico desconocido.
 - Progresión del déficit neurológico.
 - Compresión medular secundaria a impactos óseos por fractura o aplastamiento vertebral.
 - Inestabilidad vertebral.

PROBLEMAS HEMOSTÁTICOS

PROBLEMAS HEMOSTÁTICOS

- Factores de riesgo de **TVP**:
 - El propio mieloma y su tratamiento (IMiDs, ESAs),
 - La presencia de infección.
 - TVP previa.
 - Inmovilidad, paraplejia.
 - Obesidad.
 - Deshidratación e insuficiencia renal.
 - Hospitalización.
- Como en otras áreas de tromboprofilaxis, en los pacientes con MM se debe realizar un enfoque ajustado al riesgo (D, 3).
 - En los pacientes de mayor riesgo se puede usar una HBPM a dosis de profilaxis de alto riesgo (enoxaparina 40 mg/24 hs) o dimunarínicos a dosis terapéuticas (INR 2-3).
 - En los pacientes de bajo riesgo se puede utilizar AAS a dosis de 100 mg/24 hs (D, 3).
- Los pacientes que van a recibir IMiD deben ser evaluados para el riesgo de TVP y recibir tromboprofilaxis apropiada (D, 3).
 - Bajo tratamiento con combinaciones con talidomida o lenalidomida, se puede utilizar AAS (100-300 mg) o HBPM (enoxaparina 40 mg/24 h) (A, 1+).
- La duración de la tromboprofilaxis no está clara, pero puede ser guiada por factores de riesgo, teniendo como referencia unos 4-6 meses de tratamiento, a menos que existan factores de riesgo importantes en curso (D, 3).
- El tratamiento de la TVP confirmada debe seguir las pautas actuales de la buena práctica clínica con dosis ajustadas de HBPM (3, D) (2ª opción: anticoagulantes orales).

INFECCIONES

INFECCIONES

- Todo episodio febril en pacientes con MM debe ser tratado de forma precoz con antibióticos de amplio espectro.
 - La vía **IV** se recomienda en el caso de infecciones severas sistémicas.
 - Se debe evitar el uso de aminoglucósidos (D, 4).
- No hay evidencia para recomendar el uso de profilaxis antibiótica en pacientes con MM.
 - Puede emplearse Cotrimoxazol o una Quinolona durante los 3 primeros meses de tratamiento (D, 4).
- Los enfermos en tratamiento con Bortezomib deben recibir profilaxis antiviral (ej. Aciclovir 400mg/12h ó 800mg/24 h; Valaciclovir 500mg/8h; Famciclovir 500mg/8h).

VACUNACIONES

- Se recomienda la vacunación frente a la gripe A y estacional, antineumocócica y anti-*H. Influenza*
- La eficacia de estas vacunaciones no está garantizada (D, 3)

INMUNOGLOBULINAS IV

- La profilaxis rutinaria no se recomienda.
- Puede ser útil en pacientes con MM en fase de “plateau” que presenten hipogammaglobulinemia e infecciones severas de repetición ©.
- La dosis recomendada es de 0.4 g/Kg cada 3-4 semanas, ajustando la dosis para mantener una IgG sérica >500 mg/dL.

CRITERIOS DE RESPUESTA

CRITERIOS DE RESPUESTA. IMWG

RESPUESTA COMPLETA (RC)

Se requieren estas 3 condiciones:

- Ausencia de CM en suero y orina, comprobada por IF.
- Menos de 5% de células plasmáticas en médula ósea.
- Desaparición de plasmocitomas (si existen al diagnóstico).

Si enfermedad sólo medible por FLCs: ratio FLC normal.

RESPUESTA COMPLETA “ESTRICTA” (RCs)

Remisión Completa y además:

- Ratio FLC normal
- y
- Ausencia de células clonales en médula ósea por inmunohistoquímica ó citometría de flujo (de 2 ó 4 colores)

RESPUESTA PARCIAL MUY BUENA (MBRP)

- CM sérica o urinaria detectable por IF, pero no en electroforesis.
- o
- Reducción mayor ó igual del 90% en el CM sérico,
- y
- CM urinaria < 100mg/24h.
 - En pacientes cuya enfermedad sólo sea medible por FLC: disminución $\geq 90\%$ en la diferencia entre los niveles de FLC alterada vs no alterada con ratio persistentemente anormal.

RESPUESTA PARCIAL (RP)

- Reducción $\geq 50\%$ -<90% del CM sérico.
- y
- Reducción $\geq 90\%$ del CM urinario o <200 mg/24h.
 - En pacientes cuya enfermedad sólo sea medible por FLC: disminución $\geq 50\%$ en la diferencia entre los niveles de FLC alterada vs no alterada con ratio persistentemente anormal.
 - Disminución del tamaño de plasmocitomas de partes blandas $\geq 50\%$ (si aplicable).

Si el CM en suero y/o orina y las FLC no son medibles, se requerirá una disminución $\geq 50\%$ de las células plasmáticas, suponiendo que el porcentaje basal de CP es $\geq 30\%$.

RESPUESTA MÍNIMA (RM)

- Reducción $\geq 25\%$ pero $\leq 49\%$ del CM en suero y reducción del CM en orina de 24 horas entre el 50%-89% .
- Disminución del tamaño de plasmocitomas de partes blandas entre el 25-49% (si aplicable).

ENFERMEDAD ESTABLE (EE)

Todos los enfermos que no cumplen criterios de RC, MBRP, RP, RM ó enfermedad progresiva (EP).

OBSERVACIONES

Todas las categorías de respuesta requieren dos evaluaciones consecutivas, realizadas en cualquier momento antes de la instauración de cualquier nueva terapia.

Las categorías RC y MBRP requieren estudios séricos y urinarios independientemente de si al diagnóstico había enfermedad sérica, urinaria o ninguna.

Todas las categorías requieren además que no haya evidencia de nuevas lesiones óseas ó progresión de las antiguas si se realizan estudios radiográficos, aunque no es obligado realizar estos estudios para evaluar la respuesta.

No es necesario repetir biopsia medular para confirmación.

La presencia ó ausencia de células clonales se basa en la ratio κ/λ . Un ratio κ/λ anormal requiere un mínimo de 100 células plasmáticas para el análisis. Un ratio anormal que reflejaría la presencia de un clon anormal es $\kappa/\lambda > 4:1$ ó < 1:2.

La enfermedad medible se define por al menos una de estas tres medidas:

- Proteína M sérica ≥ 1 g/dL.
- Proteína M urinaria ≥ 200 mg/24h.
- FLC: Concentración FLC afectada ≥ 10 mg/dl, suponiendo que la ratio FLC es anormal

CRITERIOS RESPUESTA ADICIONAL IMWG (2011)

RESPUESTA COMPLETA INMUNOFENOTÍPICA

Respuesta Completa “estricta” y ADEMÁS

- Ausencia de células plasmáticas fenotípicamente aberrantes (clonales) en MO con un mínimo de 1 millón de células medulares analizadas en citómetro de flujo multiparámetro (con más de 4 colores).

RESPUESTA COMPLETA MOLECULAR

Respuesta Completa “estricta” Y ADEMÁS

- **PCR** alelo-específico negativo (con sensibilidad de 10-5)

	Variación de la PARAPROTEÍNA (respecto al dx)				CP en MO	IHQ/ CMF	Plasmocitomas	FLC
	BM (s)	BM (o)	IF(s)	IF(o)				
RCs	NEGATIVO				<5%	NEG	NO	NEG
RC								
VGPR	↓>90%	<100mg/24h	POSITIVO		N/A	N/A	N/A	N/A
RP	↓51-89%	↓>90% y/o <200mg/24h			↓>50% (si al dx>30%)		↓>50% del tamaño del plasmocitoma (si aplica)	
RM	↓26-49%	↓51-89%			N/A		↓25-49% del tamaño del plasmocitoma (si aplica)	
EE	No cumple criterios de RC, VGPR, RP, RM ni EP							

↓: reducción. RC: Respuesta Completa. RCs: Respuesta Completa estricta. RP: Respuesta Parcial. RM: Respuesta Mínima. EE: Enfermedad Estable. EP: Enfermedad Progresiva. N/A: No Aplicable. BM: Banda Monoclonal. (s): suero. (o): orina. IF: InmunoFijación. CP: células plasmáticas. MO: Médula Ósea. IHQ: InmunoHistoQuímica. CMF: Citometría de Flujo. FLC: Free Light Chains.

CRITERIOS DE PROGRESIÓN/ RECAÍDA

Incluye los criterios de progresión biológica, así como progresión significativa de la paraproteína, recaída desde RC y progresión clínica.

No todas las categorías requieren iniciar una nueva línea de tratamiento.

ESCENARIOS SIN INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

PROGRESIÓN BIOLÓGICA

No requiere inicio de tratamiento.

Se contempla si existe uno o más de los siguientes supuestos:

Incremento $> 25\%$ desde los valores basales de:

- CM sérico (con incremento absoluto $\geq 0,5$ g/dl) ^a
- CM urinario (con incremento absoluto ≥ 200 mg/24h)
- En pacientes sin enfermedad medible en suero u orina: incremento > 10 mg/dL en la diferencia entre los niveles de FLC afectada y no afectada.
- Sólo en pacientes sin enfermedad medible en suero / orina ni por FLC: Incremento en el porcentaje de células plasmáticas medulares $\geq 10\%$

RECAÍDA DESDE RC ^b (sólo para medir Supervivencia Libre de Enfermedad (**SLE**)).

Se requiere uno ó más de los siguientes:

- Reaparición de CM sérica ó urinaria por inmunofijación ó electroforesis.
- Aparición de $\geq 5\%$ células plasmáticas en médula ósea ^c
- Aparición de cualquier signo de progresión clínica (sólo requiere iniciar tratamiento en caso de aparición de cualquier signo de progresión clínica-véase más adelante).

ESCENARIOS CON INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

PROGRESIÓN CLÍNICA

Requiere inicio de tratamiento si se produce alguna de estas situaciones.

- Desarrollo de nuevas lesiones óseas o Plasmocitomas de partes blandos, o claro incremento de lesiones óseas o Plasmocitomas de partes blandos preexistentes (un incremento claro se define como de 50% -al menos 1 cm - medido seriadamente por la suma de los productos de los diámetros cruzados de las lesiones medibles).
- Hipercalcemia (Ca sérico corregido > 11 mg/dL ó 2,65 mmol/L) atribuible exclusivamente a la proliferación de células plasmáticas.
- Anemia: disminución de la Hb ≥ 2 g/dL (1,25 mmol/L) por debajo de lo normal o a una concentración < 10 g/d: (12,5 mmol/L) atribuible exclusivamente a la proliferación de células plasmáticas.
- Descenso $>35\%$ en el filtrado glomerular estimado en 1 año o descenso <50 ml/min atribuible a la proliferación de células plasmáticas.

Todas las categorías de recaída requieren dos evaluaciones consecutivas, realizadas en cualquier momento antes de la clasificación definitiva como recaída ó progresión y/o el inicio de cualquier nueva terapia.

a. Si el CM inicial era ≥ 5 g/dl , son suficientes incrementos de ≥ 1 g/dL.

b Para calcular el **TTP** y la **SLP**, en los pacientes en RC, también se usarían los criterios de enfermedad progresiva.

c Para la Recaída desde RC el punto de corte es 5%, mientras que es 10% para otras categorías de recaídas.

RECAÍDA DESDE LA RC

Sólo existe indicación de tratamiento si conlleva cualquier signo de la progresión clínica.

PROGRESIÓN SIGNIFICATIVA DE LA PARAPROTEÍNA

Pacientes sin recaída clínica pero con aumento significativo de la paraproteína en 2 determinaciones sucesivas en menos de 2 meses. Hay indicación de retratamiento (criterios IMWG) si se produce alguna de estas situaciones:

- Duplicación del CM en suero (mínimo 0.5 g/dL)
- Aumento de CM (o) > 500 mg/24horas
- Aumento de FLC de la cadena ligera patológica mayor de 20 mg/dL con ratio anormal o un aumento superior al 20%.

MM REFRACTARIO

PRIMARIAMENTE REFRACTARIO

RECAÍDA Y REFRACTARIO

MEDIDORES DE EFICACIA PARA ENSAYOS CLÍNICOS

TIEMPO A PROGRESIÓN (TTP)

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad, con muertes por causas diferentes a progresión de la enfermedad “censuradas”.

SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN (SLP-PFS1)

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o muerte (independientemente de la causa de la muerte), lo que ocurra primero.

SLP2-PFS2

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la 2ª recaída (incluye 1ª y 2ª remisiones). Incluye la evaluación del riesgo de resistencia tumoral inducida por el tratamiento continuo. (Definición EMA).

SUPERVIVENCIA LIBRE DE EVENTO (SLE-EFS)

La definición depende de a qué se considera “evento”. La mayoría de los estudios la definición de EFS es la misma que de PFS. EFS puede incluir “eventos” que son considerados importantes, además de la muerte o la progresión, incluyendo toxicidad seria por el fármaco.

SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD (DFS)

Tiempo desde el inicio de la RC al momento de la recaída desde RC. Se aplica sólo a pacientes en RC.

DURACIÓN DE LA RESPUESTA (DOR)

Tiempo desde la primera observación de RP hasta la progresión de la enfermedad, con muertes por causas diferentes a progresión de la enfermedad “censuradas”. Las duraciones de RC y RP serían informadas de forma separada.

TIEMPO HASTA EL SIGUIENTE TRATAMIENTO (TNT)

Tiempo transcurrido entre la inclusión en un ensayo o el inicio del tratamiento hasta el siguiente tratamiento o la muerte (por cualquier causa). (la indicación del siguiente tratamiento definida por progresión clínica o por progresión significativa de la paraproteína=MMBR de alto riesgo).

ANEXOS:

- **ESQUEMAS DE TRATAMIENTO**
- **ESQUEMAS DE ANALGESIA**

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO POR VIA ORAL

ESQUEMA	FÁRMACO		DOSIS DIARIA	DÍAS	CICLOS	
					DURACION (SEMANAS)	NÚMERO
MP	MELFALÁN (SIEMPRE EN AYUNAS)		0.25 mg/kg o 9 mg/m2	1-4	4-6	12
	PREDNISONA		60 mg/m2			
MPT	TALIDOMIDA		50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> 29 y ss	4-6	12
	MP		dosis estándar MP	1-4		
CICLOFOSFAMIDA- PREDNISONA (2 ESQUEMAS)	esq A	CICLOFOSFAMIDA	50 mg cada 48 horas	días alternos	CONTINUO	
		PREDNISONA	50 mg cada 48 horas			
	esq B	CICLOFOSFAMIDA	200 mg /m2 (o 600-1000 mg/m2 d1 i.v.)	1-4	4-6	VARIABLE
		PREDNISONA	60 mg/m2			
DEXAMETASONA	DEXA-ALTAS DOSIS		20 mg/m2 o 40 mg totales	1-4, 9-12, 17-20	5	VARIABLE
THAL-DEX	TALIDOMIDA		50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> 29 y ss	4	12
	DEXAMETASONA		20 mg/m2 o 40 mg totales	1-4		
THAL	TALIDOMIDA		50 -->100-->200mg/d	1-14-->15-28 --> 29 y ss	continuo	VARIABLE
THACYDEX	TALIDOMIDA		50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-7->8-28->29-42->43 y ss	3 semanas	6-8
	CICLOFOSFAMIDA		50-->100 mg/d	1-14-->15 y ss		
	DEXAMETASONA		40 mg/d	1-4 (1º ciclo: 1-4, 9-12, 17-20)		
LENALIDOMIDA- DEXAMETASONA DOSIS ESTÁNDAR (RD)	LENALIDOMIDA		25 mg/d	1-21	4	INDEFINIDO hasta progresión/intolerancia
	DEXAMETASONA		20 mg/m2 o 40 mg totales	1-4, 9-12, 17-20 (4 primeros ciclos) 1-4 ó 1, 8, 15, 22 (siguientes ciclos)		
LENALIDOMIDA- DEXAMETASONA DOSIS BAJAS (Rd)	LENALIDOMIDA		25 mg/d	1-21	4	INDEFINIDO hasta progresión/intolerancia
	DEXAMETASONA		20 mg/m2 o 40 mg totales	1, 8, 15, 22		

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO POR VIA PARENTERAL

ESQUEMA	FÁRMACO		DOSIS DIARIA	DÍAS	CICLOS	
					DURACION (SEMANAS)	Nº
VELCADE	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	6-8
VMP (VELCADE+MP) GEM2005	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	1º ciclo: 1,4,8,11,22,25,29,32 2º-9º: 1, 8, 15, 22	6 (1º ciclo) 4-5 (siguientes ciclos)	9
	MELFALÁN		0.25 mg/kg o 9 mg/m2	1-4		
	PREDNISONA		60 mg/m2			
VMP (VISTA)	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	CICLOS 1º-4º: 1,4,8,11,22,25,29,32 CICLOS 5º-9º: 1, 8, 22, 29	6	9
	MELFALÁN		0.25 mg/kg o 9 mg/m2	1-4		
	PREDNISONA		60 mg/m2			
VEL-DEX	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	6
	DEXAMETASONA iv/vo		40 mg	1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12		
VTD (INDUCCIÓN)	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	4-6
	DEXAMETASONA iv/vo		40 mg	1-4, 9-12		
	TALIDOMIDA vo		50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> siguientes	CONTINUA	
VTD (CONSOLIDACIÓN)	BORTEZOMIB (iv/sc)		1.3 mg/m2	1, 8, 15, 22	5	2-3
	DEXAMETASONA iv/vo		40 mg	1-4, 9-12		
	TALIDOMIDA vo		100 mgs	1-35		
PAD	BORTEZOMIB sc/iv		1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	4-6
	ADRIAMICINA liposomal iv		30 mg/m2	1		
	DEXAMETASONA		40 mgs	1-4		
CYBORDEX (KROPFF)	8 ciclos	BORTEZOMIB sc/iv	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	11
		DEXAMETASONA	20 mgs	1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12	3	
	CICLOFOSFAMIDA		50 mg	continuo	N/A	
	3 ciclos	BORTEZOMIB sc/iv	1.3 mg/m2	1, 8, 15, 22	5	
		DEXAMETASONA	20 mg	1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 Y 23	5	
CYBORDEX (DAVIES & ESTUDIO “EVOLUTION”)	BORTEZOMIB sc/iv		1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	9
	CICLOFOSFAMIDA		500 mg (total) vs (Ensayo “EVOLUTION: 500 mg/m2)	1, 8 y 15		
	DEXAMETASONA		20 mg	1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12		

ESQUEMA	FÁRMACO	DOSIS DIARIA	DÍAS	CICLOS	
				DURACION (SEMANAS)	Nº
VAD	VINCRISTINA iv	0.4 mg	1-4	4	6
	ADRIAMICINA iv	9 mg/m2			
	DEXAMETASONA iv/vo	40 mg	1-4, 9-12, 17-20		
CVAD	VAD + CICLOFOSFAMIDA VO	120 mg / m2 (oral)	1-4	4	6
DVD	DOXORRUBICINA LIPOSOMAL iv	40 mg/m2	1	4	6
	VINCRISTINA iv	2 mg			
	DEXAMETASONA iv/vo	40 mg	1-4		
DVD-T	DVD + TALIDOMIDA vo	50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> siguientes	4	6
VAMP (alternando con THACYDEX)	BORTEZOMIB sc/iv	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	3+3
	ADRIAMICINA iv	40 mg/m2	1		
	MP vo	dosis estándar MP	1-4		
QT ALTERNANTE : VBMCP (M2)/ VBAD	VINCRISTINA iv	0.03 mg / kg (máx 2 mg)	1	El intervalo entre VBAD y VBMCP es de 5 sem. Entre VBMCP y VABD de 4	3 + 3
	CARMUSTINA iv	0.5 mg /kg			
	CICLOFOSFAMIDA iv	10 mg / kg			
	MELFALÁN vo	0.25 mg / kg	1-4		
	PREDNISONA vo	1-->0.5-->0.25 (mg/kg)	1-4-->5-8-->9-12		
	VINCRISTINA iv	1 mg	1		
	CARMUSTINA iv	30 mg/m2			
	ADRIAMICINA iv	40 mg/m2			
	DEXAMETASONA iv/vo	40 mg	1-4, 9-12, 17-20		

ESQUEMA	FÁRMACO		DOSIS DIARIA	DÍAS	CICLOS	
					DURACION (SEMANAS)	Nº
VDT(L)-PACE	BORTEZOMIB sc/iv		1.0 mg/m2	1, 4, 8, 11	variable	2 + 2xTASPE (+/-ALO)+2 ciclos de consolidación
	A elegir entre:	TALIDOMIDA vo	200 mgs	continuo		
		LENALIDOMIDA	25 mgs	1-21		
	DEXAMETASONA		40 mg	4-7		
	CISPLATINO		10 mg/m2			
	ADRIAMICINA		10 mg/m2			
	CICLOFOSFAMIDA		400 mg/m2			
	ETOPÓSIDO		40 mg/m2			
CICLOFOSFAMIDA- PREDNISONA	CICLOFOSFAMIDA iv PREDNISONA vo (=dosis de MP)		600-1000 mg/m2	1	4-6	6
BENDAMUSTINA- PREDNISONA	BENDAMUSTINA		120-150 mg/m2	1 y 2	4-6	6
	PREDNISONA		60 mg/m2	1-4		
BEN-VEL-PRES	BENDAMUSTINA		90 mg/m2	1 y 4	1º ciclos: 6 semanas Sigüientes 8: cada 5 sem	9
	VELCADE		1.3 mg/m2	1º ciclo: 1,4,8,11,22,25,29,32 CICLOS 2º-9º: 1, 8, 15, 22		
	PREDNISONA		60 mg/m2	1-4		

ESQUEMAS DE ANALGESIA

AINES. PARACETAMOL. METAMIZOL

MEDICAMENTO	DOSIS (MG/H)	DOSIS MÁXIMA (MG)
AAS	500-1000/4-6	4000
PARACETAMOL	500-1000/4-6	4000-6000
NAPROXENO	500/8-12	1500
METAMIZOL	575-2000/6-8	8000
DICLOFENACO	50/8	150

OPIOIDES MENORES

MEDICAMENTO	DOSIS (MG/H)	DOSIS MÁXIMA (MG)
CODEINA	30-60/4-6	360
DIHIDROCODEINA	60-180/12	360
TRAMADOL	50-100/6-8	4000-6000
CODEINA+TRAMADOL	1-2 comp/ 4-6	8 comp

OPIOIDES MAYORES

FÁRMACO	PRESENTACIONES (EN MGS)	DOSIFICACIÓN (MG/H)	
		Sin opioides previos	Con opioides previos
MORFINA	Liberación rápida		
	(SEVREDOL 10, 20; Oramoprh)	5/4	10/4
FENTANILO TRANSDÉRMICO	Liberación retardada (MST)	15/12	30/12
	DUROGESIC (12.5, 25, 50, 75, 100)	12.5/72	25/72
OXICODONA	OXYCONTIN		
	(10, 20, 40, 80)	5/12	10/12
BUPRENORFINA transdérmico	TRANSTEC		
	(35, 52.5, 70)	17.5/72	35/72

DOSIS EQUIANALGÉSICAS DE OPIOIDES

OPIOIDE ACTUAL	OPIOIDE NUEVO	FACTOR DE CONVERSIÓN
CODEINA	MORFINA	Dividir por 10
TRAMADOL	MORFINA O HIDROMORFONA	Dividir por 5
MORFINA v.o.	OXICODONA	
	FENTANILO transd	Dividir por 2
OXICODONA	MORFINA s.c.	
	FENTANILO transd	
	MORFINA s.c.	Sin cambios

AAS

Ácido Acetil-Salicílico. Aspirina

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos
Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

AL

Amiloidosis primaria

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

AMO

Aspirado de Médula Ósea

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Ácido Zoledrónico

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

BF

Bifosfonatos

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Bj

Bence-Jones

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 4 - Estadiaje

BM

Banda Monoclonal

Términos del glosario relacionados

CM

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Ca

Calcio

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 4 - Estadiaje**
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

ClCr

Aclaramiento de Creatinina

Ajuste de dosis por fármacos:

Bortezomib: no precisa ajuste

Talidomida: no precisa ajuste

Lenalidomida:

	RECuentos Hematológicos	
CLCR (ml/min)	RAN > 1000 PLAN > 50000	RAN < 1000 PLAN < 50000
>50	25 mg/24 hs	15 mg/24 hs
30-49	10 mg/24 hs	15 mg/48 horas
<30	15 mg/48 horas	5 mg/24 hs
<30 hemodiálisis	5 mg/24 hs	5 mg/48 hs (postdialisis)

Términos del glosario relacionados

Cr

Índice

Buscar término

- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal

CM

Componente Monoclonal

Términos del glosario relacionados

BM

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Sol - Sol

Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammopatías Monoclonales

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

CP

Células Plasmáticas

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

CPP

Células Plasmáticas Patológicas (% de células con fenotipo patológico sobre las células plasmáticas totales)

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Cr

Creatinina

Términos del glosario relacionados

ClCr

Índice

Buscar término

- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

CRAB

Signos CRAB: afectación orgánica por el Mieloma en forma de hiperCalcemia, insuficiencia Renal, Anemia y lesiones óseas (Bone lesions)

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

CTD-a

Esquema de QT: Ciclofosfamida, Talidomida y Dexametasona.

“-a”: dosis “atenuadas”

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante

DFS

Disease Free Survival

Tiempo desde el inicio de la RC al momento de la recaída desde RC. Se aplica sólo a pacientes en RC.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

DM

Diabetes Mellitus

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

DNE

Donante No Emparentado

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Mieloma Refractario

o en Recaída

DOR

Duración de la Respuesta

Tiempo desde el inicio de la RC al momento de la recaída desde RC. Se aplica sólo a pacientes en RC.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

DS

Durie-Salmon

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 4 - Estadiaje

EE

Enfermedad Estable

Todos los enfermos que no cumplen criterios de RC, MBRP, RP, RM ó enfermedad progresiva (EP)

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

EEF

Espectro Electroforético. Electroforesis. Proteinograma.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias
Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

EMR

Enfermedad Mínima Residual

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

EP

Enfermedad Progresiva

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

ESAs

Agentes estimuladores de la Eritropoyesis

Erythropoiesis-Stimulating Agent

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Anemia

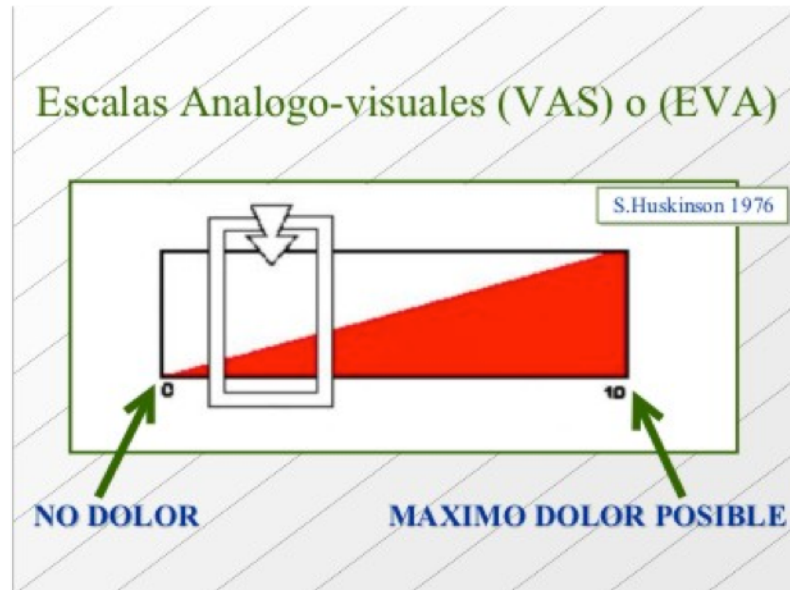
Capítulo 6 - Anemia

Capítulo 6 - Anemia

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

EVA

Escala Visual Analógica



Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 6 - Manejo del dolor

FLC

Cadenas ligeras libres en suero.

Ratio κ/λ normal: 0.26-1.65

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

GMSI

Gammapatía Monoclonal de Significado Incierto

Términos del glosario relacionados

MGUS

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Hb

Hemoglobina

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 6 - Anemia
- Capítulo 6 - Anemia
- Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

HBPM

Heparina de Bajo Peso Molecular

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos
- Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos
- Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

HIS

Hibridación In Situ

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

HLC

Heavy Light Chain

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

HTA

Hipertensión Arterial

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

IF

Inmunofijación

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG
- Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

IgA

Inmunoglobulina A

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 4 - Estadiaje

IgG

Inmunoglobulina G

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 6 - Infecciones

Igs

Inmunoglobulinas

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

IMiDs

Inmunomoduladores

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Mieloma Refractario o en Recaída

Capítulo 6 - Anemia

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

IPs

Inhibidores de Proteasoma

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante
Capítulo 5 - Mieloma Refractario o en Recaída

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

- Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal

IS

Inmunosustracción

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

ISS

INDICE PRONÓSTICO INTERNACIONAL (ISS)

- Estadio I
 - Beta2-microglobulina < 3,5 mg/l
 - y
 - Albúmina sérica $\geq$ 3,5 g/dl
- Estadio II: no cumple criterios de estadios I ni III
- Estadio III
 - Beta2-microglobulina > 5,5 mg/l

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 4 - Estadiaje

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Insuficiencia Renal

Capítulo 6 - Anemia

Capítulo 6 - Infecciones

LDH

Lactato Deshidrogenasa

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

MBRP

Muy Buena Respuesta Parcial

- CM sérica o urinaria detectable por IF, pero no en electroforesis
o
- Reducción mayor ó igual del 90% en el CM sérico,
y
- CM urinaria < 100mg/24h.
- En pacientes cuya enfermedad sólo sea medible por FLC: disminución $\geq 90\%$ en la diferencia entre los niveles de FLC alterada vs no alterada con ratio persistentemente anormal.

Términos del glosario relacionados

VGPR

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

MEL200

Melfalán administrado a 200 mg/m2 como esquema de acondicionamiento previo al TASPE

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

MGUS

Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance

Términos del glosario relacionados

GMSI

Índice

Buscar término

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 6 - Enfermedad Ósea
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Insuficiencia Renal
- Capítulo 6 - Anemia
- Capítulo 6 - Anemia
- Capítulo 6 - Compresión Medular
- Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos
- Capítulo 6 - Infecciones
- Capítulo 6 - Infecciones
- Capítulo 6 - Infecciones
- Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

MMBR

Mieloma Múltiple en Recaída Biológica

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

MMq

Mieloma Múltiple Quiescente (asintomático)

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammopatías Monoclonales

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

MMs

Mieloma Múltiple Sintomático

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

MO

Médula Ósea

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

MP

Esquema de tratamiento: Melfalán-Prednisona

MP	MELFALÁN (SIEMPRE EN AYUNAS)	0.25 mg/m2 o 9 mg/m2	1-4	4-6	12
	PREDNISONA	60 mg/m2			

Términos del glosario relacionados

MPT, VISTA, VMP

Índice

MPT

Esquema de tratamiento: Melfalán-Prednisona-Talidomida

MPT	TALIDOMIDA	50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> 29 y ss	4-6	12
	MP	dosis estándar MP	1-4		

Términos del glosario relacionados

MP

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante

NP

Neuropatía periférica

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante
- Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante**
- Capítulo 6 - Neuropatía Periférica
- Capítulo 6 - Neuropatía Periférica
- Capítulo 6 - Neuropatía Periférica
- Capítulo 6 - Neuropatía Periférica

ONM

Osteonecrosis de Mandíbula

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

PAAF

Punción Aspiración con Aguja Fina

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

PAD

Esquema de tratamiento: Velcade (PS-341), Adriamicina y Dexametasona

PAD	BORTEZOMIB sc/iv	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	4-6
	ADRIAMICINA liposomal iv	30 mg/m2	1		
	DEXAMETASONA	40 mgs	1-4		

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

PAM

Pamidronato

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

PCLI

Plasma Cell Labeling Index

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento

PCR

Polymerase Chain Reaction

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

PET

Tomografía por Emisión de Positrones

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

PFS

Progression Free Survival

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

RC

Respuesta Completa

Se requieren estas 3 condiciones:

- Ausencia de CM en suero y orina, comprobada por IF.
- Menos de 5% de células plasmáticas en médula ósea.
- Desaparición de plasmocitomas (si existen al diagnóstico)

Si enfermedad sólo medible por FLCs: ratio FLC normal.

Términos del glosario relacionados

RC1, RCs

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

RC1

1ª Remisión Completa

Términos del glosario relacionados

RC

Índice

Capítulo 5 - Mieloma Refractario o en Recaída

RCs

Respuesta Completa Estricta (stringent)

Criterios de Remisión Completa y además

- Ratio FLC normal
- γ
- Ausencia de células clonales en médula ósea por inmunohistoquímica ó citometría de flujo (de 2 ó 4 colores)

Términos del glosario relacionados

RC

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Respuesta Mínima

- Reducción $\geq 25\%$ e $\leq 49\%$ del CM en suero
y
- Reducción del CM en orina de 24 horas entre el 50%-89%
- Disminución del tamaño de plasmocitomas de partes blandas entre el 25-49% (si aplicable)

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

RMN

Resonancia Magnética Nuclear

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

Capítulo 6 - Compresión Medular

Capítulo 6 - Compresión Medular

RP

Respuesta Parcial

- Reducción $\geq 50\%$ -<90% del CM sérico
y
- Reducción $\geq 90\%$ del CM urinario o <200 mg/24h.
- En pacientes cuya enfermedad sólo sea medible por FLC: disminución $\geq 50\%$ en la diferencia entre los niveles de FLC alterada vs no alterada con ratio persistentemente anormal.
- Disminución del tamaño de plasmocitomas de partes blandas $\geq 50\%$ (si aplicable)

Si el CM en suero y/o orina y las FLC no son medibles, se requerirá una disminución $\geq 50\%$ de las células plasmáticas, suponiendo que el porcentaje basal de CP es $\geq 30\%$.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Sol - Sol

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Capítulo 7 - Criterios De Respuesta. IMWG

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 1 - Criterios de Sospecha

- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 3 - Estrategias de Seguimiento
- Capítulo 4 - Estadiaje
- Capítulo 4 - Estadiaje

SG

Supervivencia Global

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 6 - Enfermedad Ósea

SLE

Supervivencia Libre de Enfermedad

La definición depende e qué se considera “evento”. La mayoría de los estudios la definicio de EFS es la misma que de PFS. EFS puede incluir “eventos” que son considerados importantes, además de la muerte o la progresión, incluyendo toxicidad seria por el fármaco.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

SLP

Supervivencia Libre de Progresión

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad o muerte (independientemente de la causa de la muerte), lo que ocurra primero.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

TAC

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipisicing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

- Capítulo 1 - Criterios Diagnósticos de Gammapatías Monoclonales
- Capítulo 2 - Recomendaciones Basadas en la Evidencia

TAIR

Trasplante Alogénico de Intensidad Reducida

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

TASPE

Trasplante autólogo de Sangre Periférica

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

TC

Tomografía Computarizada

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 2 - Relación de Pruebas Complementarias

Capítulo 6 - Compresión Medular

TTP

Time to Progression

Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la progresión de la enfermedad, con muertes por causas diferentes a progresión de la enfermedad “censuradas”

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 7 - Criterios de Progresión/Recaída

Capítulo 7 - Medidores de Eficacia para Ensayos Clínicos

TVP

Trombosis Venosa Profunda

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

Capítulo 6 - Problemas Hemostáticos

VCD

Esquema de tratamiento: Velcade-Ciclofosfamida-Dexametasona

VTD (CONSOLIDACIÓN)	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1, 8, 15, 22	4	2
	DEXAMETASONA iv/vo	20 mg	1, 2, 8, 9, 15, 16, 22 Y 23		
	TALIDOMIDA vo	100 mgs	1-28		

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Esquema de tratamiento: Velcade-Dexametasona

VEL-DEX	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	6
	DEXAMETASO NA iv/vo	20 mg	1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12		

Términos del glosario relacionados

VEL-DEX

Índice

Buscar término

VEL-DEX

Esquema de tratamiento: Velcade-Dexametasona

VEL-DEX	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	3	6
	DEXAMETASO NA iv/vo	20 mg	1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 y 12		

Términos del glosario relacionados

VD

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante

VGPR

Very Good Partial Response

Términos del glosario relacionados

MBRP

Índice

Capítulo 5 - Mantenimiento

VISTA

Velcade as Initial Standard Therapy in Múltiple Myeloma

VMP (VELCADE +MP)	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1º ciclo: 1,4,8,11,22,25,29,32 ss ciclos: 1, 8, 15, 22	6 (1º ciclo) 4-5 (siguientes ciclos)	9
	MELFALÁN	0.25 mg/m2 o 9 mg/m2	1-4		
	PREDNISONA	60 mg/m2			

Términos del glosario relacionados

MP, VMP

Índice

Buscar término

VMP

Esquema de tratamiento: Velcade-Melfalán-Prednisona

VMP (VELCADE +MP)	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1º ciclo: 1,4,8,11,22,25,29,32 ss ciclos: 1, 8, 15, 22	6 (1º ciclo) 4-5 (siguientes ciclos)	9
	MELFALÁN	0.25 mg/m2 o 9 mg/m2	1-4		
	PREDNISONA	60 mg/m2			

Términos del glosario relacionados

MP, VISTA

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea No Candidatos a Trasplante

VRD

Esquema de tratamiento: Velcade-Revlimid-Dexametasona

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

VRD (GEM2012)

VRD (GEM2012)	BORTEZOMIB (SC)	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	6
	DEXAMETASONA (VO)	40 mg	1-4, 9-12		
	REVLIMID	25 mg/d	1-21		

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

VSG

Velocidad de Sedimentación Globular

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Capítulo 1 - Criterios de Sospecha

VTD

Esquema de tratamiento: Velcade-Talidomida-Dexametasona

VTD (INDUCCIÓN)	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1, 4, 8, 11	4	4-6
	DEXAMETASONA iv/vo	40 mg	1-4, 9-12		
	TALIDOMIDA vo	50 --> 100 -->200 mg/d (en pac mayores máximo 100)	1-14-->15-28 --> siguientes	CONTINUA	
VTD (CONSOLIDACIÓN)	BORTEZOMIB (iv/sc)	1.3 mg/m2	1, 8, 15, 22	5	2-3
	DEXAMETASONA iv/vo	40 mg	1-4, 9-12		
	TALIDOMIDA vo	100 mgs	1-35		

Términos del glosario relacionados

Arrastrar términos relacionados aquí

Índice

Buscar término

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante

Capítulo 5 - Primera Línea Candidatos a Trasplante