



En el marco de la pandemia por SARS-CoV-2, esta subcomisión hace llegar algunas recomendaciones respecto del tratamiento y control de los pacientes con diagnóstico de procesos linfoproliferativos.

Recomendaciones generales

1. Postergar los controles clínicos y de imágenes de los pacientes que se encuentren en respuesta y en período de vigilancia. Se sugiere la comunicación virtual (teléfono, WhatsApp) para aclarar dudas, teniendo en cuenta la repercusión emocional de dichas postergaciones en los pacientes y en el contexto de esta pandemia.
2. En cuanto a los pacientes en tratamiento activo actual, la conducta se adecuará al subtipo histológico:

a. Linfoma Hodgkin

- Mantener el tratamiento activo que ya hubiese sido iniciado, ya sea primera línea o rescate.
- Optimizar el uso de factores estimulantes de colonias a fin de evitar períodos de neutropenia durante la QT.
- Realizar TAMO en el caso que estuviera indicado.
- Evitar o retrasar el trasplante alogénico.
- En pacientes con inhibidores del check point que se encuentren en respuesta, mantener el tratamiento a fin de diferir la indicación del trasplante alogénico. Evaluar la posibilidad de tratamiento mensual con doble dosis, a fin de disminuir la exposición del paciente en los centros de atención.

b. Linfomas agresivos B y linfomas T

- Iniciar o continuar con el tratamiento de

inmunoquimioterapia estándar planificado.

- Optimizar el uso de factores estimulantes de colonias a fin de evitar períodos de neutropenia durante la QT.
 - Realizar las consolidaciones con TAMO, en los casos que esté indicado (ver guías de la SAH).
 - No realizar o tratar de retrasar los trasplantes alogénicos.
- #### c. Linfomas indolentes
- Evaluar exhaustivamente la necesidad de inicio de tratamiento considerando los criterios GELF, retrasando el inicio de tratamiento en la medida que sea posible.
 - Mantener el tratamiento activo que ya hubiese sido iniciado.
 - Optimizar el uso de factores estimulantes de colonias a fin de evitar períodos de neutropenia durante la QT.
 - Valorar en cada caso en el que esté indicado, la conveniencia o no de realización del TAMO.
 - No realizar trasplante alogénico.
- #### d. Linfoma del manto
- Mantener el tratamiento activo que ya hubiese sido iniciado.
 - Optimizar el uso de factores estimulantes de colonias a fin de evitar períodos de neutropenia durante la QT.
 - Evaluar en cada caso individual la suspensión del TAMO como consolidación en primera línea, especialmente en aquellos pacientes que hayan recibido en inducción esquemas con dosis altas de citarabina.
 - No realizar trasplante alogénico de CPH.

Mantenimiento en linfomas indolentes y linfoma del manto

- Valorar en cada caso individual el tratamiento de mantenimiento decidiendo su suspensión o espaciando el intervalo entre las dosis (ejemplo cada 90 días en lugar de cada 60). La toma de esta decisión podría estar supeditada a la situación individual del paciente, por ejemplo suspenderlo en pacientes que lo hayan iniciado en remisión completa o en el post TAMO, y mantenerlo en los que lo hayan iniciado en respuesta parcial luego de la inmunoterapia de inducción.
- Se podrá considerar la suspensión del mantenimiento en aquellos pacientes que se encontraran en etapas avanzadas del mismo (ejemplo habiendo cumplido 18 meses).
- Preferentemente realizar mantenimiento con la formulación SC a fin de acortar el tiempo de permanencia del paciente en el hospital de día.

Otras recomendaciones generales

- En caso de saturación del sistema de salud que imposibilite la continuidad de los tratamientos, se sugiere jerarquizar aquéllos que tengan una intención curativa y/o de subtipos agresivos por sobre los indolentes, siempre aplicando el mejor criterio médico.
- En cuanto a los tratamientos radiantes, éstos pueden tener diferentes objetivos, desde paliación con control de síntomas, consolidación o tratamiento. Deberá considerarse que todo tratamiento radiante conlleva algún grado de inmunosupresión, por lo que deberá evaluarse riesgo vs beneficio en cada caso individual.
- Se recomienda a los hematólogos que incluyan en las evoluciones de sus pacientes la aclaración que las decisiones fueron tomadas en el marco de la pandemia por SARS-CoV-2, a fin de protegerse legalmente frente a eventuales demandas futuras por alguna abstención o retraso terapéuticos.

Bibliografía

1. Willan J, King A, Hayes S et al. Care of haematology patients in a COVID-19 epidemic. *Br J Hematol*. 2020.
2. Recomendaciones del Comité Científico del grupo GELTAMO para el manejo de los pacientes con linfoma durante la crisis del COVID-19. Grupo GELTAMO, 2020.
3. Coronavirus-COVID 19 & Lymphoma. Lymphoma Australia Statement Around Coronavirus-COVID 19. March, 2020.
4. Talha Khan Burki. Cancer guidelines during the COVID-19 pandemic. *Lancet*. April, 2020.
5. Masumi Ueda, Renato Martins, Paul Hednrie et al. Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *J Ntl Compr Canc Netw*. 2020; 18 (4): 1-4.
6. Luminari S, Smith E. The effect of COVID-19 on the management of patient with lymphoma. *Lymphoma Hub*. March, 24, 2020.
7. Advani R, Barlett N, Gordon L et al. Frequently Asked Clinical Questions. ASH's COVID-19 Resources Website. Version 1.0; March 30, 2020. American Society of Hematology.



Atribución – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Esta licencia no es una licencia libre.