
 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<h2 style="text-align: center;">Indicaciones de PET-TAC en Linfoma de Burkitt</h2>	GERENCIA ÁREA SANITARIA IV
		<p>Ed: 01 Fecha: 27/03/2018</p>

Tabla de contenido

Introducción _____	2
PET/TC al diagnóstico _____	2
PET/TC valoración de respuesta/interim _____	2
PET/TC fin de tratamiento _____	3
PET/TC durante seguimiento _____	3
PET/TC en recaída _____	4

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO		
EDITADO	REVISADO	APROBADO
Dra. Soledad González Muñiz Servicio de Hematología y Hemoterapia	Comité de Tumores Oncohematológicos	Comité de Tumores Oncohematológicos
REGISTRO DE CAMBIOS		

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<h2>Indicaciones de PET-TAC en Linfoma de Burkitt</h2>	<p>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</p>	
Ed: 01	Fecha: 27/03/2018	Código: GPC-O11.4 -116	Página 2 de 4

Introducción

El linfoma de Burkitt (LB) se define como un linfoma con fenotipo de célula B madura altamente agresivo, que cursa habitualmente con grandes masas tumorales y frecuente afección extraganglionar. Los casos con infiltración de médula ósea (MO) >20% se denominan leucemia linfoblástica B madura o leucemia de Burkitt (LLA-B).

Se trata de una enfermedad poco frecuente, que representa menos del 1-2% de todos los linfomas en el mundo occidental. Desde el punto de vista clínico se caracteriza por masas de crecimiento rápido y síndrome constitucional de instauración rápida. En la bioquímica destacan valores elevados de lácticodehidrogenasa (LDH), uratos y, en ocasiones, datos de lisis tumoral espontánea.

PET/TC al diagnóstico

La actual clasificación de Lugano recomienda PET/TC como método de elección diagnóstico para los linfomas que demuestran avidéz por FDG, como el Linfoma de Burkitt.

En el linfoma de Burkitt es obligado la realización de aspirado de médula ósea y análisis de LCR, independientemente del resultado de las pruebas de imagen. El PET/TC no es ideal para valorar afectación en SNC o infiltración leptomeníngea; en este caso, el método de elección es la RM además del análisis por citometría del LCR.

El inicio de tratamiento NUNCA debe demorarse a la espera del PET.


PET/TC valoración de respuesta/interim

Dado el elevado riesgo de lisis tumoral, la mayoría de protocolos inician el tratamiento con una prefase, la valoración suele hacerse tras la prefase y 2 ciclos de tratamiento.

La evaluación de masas residuales, muy frecuente cuando hay masas bulky al diagnóstico, es una de las mayores dificultades durante el tratamiento que puede tener implicaciones terapéuticas.

Los datos disponibles sobre el valor del PET durante y pos-terapia son limitados, basados en series cortas y se necesita establecer su validez en estudios randomizados.

Existen varios estudios, en los que se demuestra superioridad del PET/TC frente al TC, a la hora de valorar masas residuales, en un estudio pediátrico el valor predictivo positivo del PET/TC fue del 40,7% comparado con el 14,5% para TC, lo que indica un

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<h2>Indicaciones de PET-TAC en Linfoma de Burkitt</h2>	<p>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</p>	
Ed: 01	Fecha: 27/03/2018	Código: GPC-O11.4 -116	Página 3 de 4

considerable número de falsos positivos cuando solo se usa TAC (masas fibróticas residuales).

En un estudio español (Carrillo-Cruz) con 32 pacientes se demuestra un valor predictivo negativo del 100% y si se asocia variación de SUV > 66% también tiene un elevado valor predictivo positivo.

Dado que en este tipo de linfomas es muy importante respetar los intervalos entre ciclos y evitar retrasos, en ocasiones puede ser dificultoso realizar el PET/TC en el momento exacto.

Sería ideal realizar el PET interim en el contexto de ensayos clínicos.

PET/TC fin de tratamiento

Se recomienda PET/TC con contraste para evaluar la respuesta al final de tratamiento en los linfomas de Burkitt.

Realizar 4 semanas después de finalizar la quimioterapia y 2 semanas tras el uso de factores de crecimiento.

PET/TC durante seguimiento


Algunas particularidades en el linfoma de Burkitt:

La mayoría de las recaídas se producen en el primer año tras fin de tratamiento y son excepcionales tras 2 años.

Las recaídas generalmente son sintomáticas y rara vez se detectan basándose en el seguimiento por imagen programado. Hay estudios (Goldschmidt) en los que la detección de recaída por imagen hecha de rutina en el seguimiento no se asocia con aumento de supervivencia si se compara con los casos detectados por recaída clínica (sintomáticos).

La mayoría de datos sobre el PET/TC de seguimiento se basan en estudios retrospectivos sobre linfoma B difuso de célula grande y Enfermedad de Hodgkin. Los potenciales beneficios de la detección precoz de enfermedad deben contraponerse a la exposición a la radiación, ansiedad por falsos positivos y costes del procedimiento. No hay evidencia actualmente para el empleo sistemático de PET/TC en el seguimiento de pacientes con LNH agresivos, se podría realizar con TAC.

Pueden aparecer en el seguimiento falsos positivos por nódulos linfoides reactivos, hiperplasia tímica, granulomatosis linfomatoide, paniculitis mesentérica.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<h2>Indicaciones de PET-TAC en Linfoma de Burkitt</h2>	<p>GERENCIA ÁREA SANITARIA IV</p>	
Ed: 01	Fecha: 27/03/2018	Código: GPC-O11.4 -116	Página 4 de 4

En el caso de los protocolos pediátricos, si el PET/TC de fin de tratamiento es negativo, el seguimiento se hace mediante Rx (para tórax) y ecografía (para abdomen y cadenas ganglionares).

Las guías NCCN recomiendan solo TAC en el seguimiento si hay indicación clínica.

Como recomendación de seguimiento podría hacerse con TAC, a los 6, 12 y 24 meses tras fin de tratamiento.

PET/TC en recaída

Realizar los mismos estudios que al diagnóstico.