

Guía y manuales

Image



Image



Guías y manuales LMC

Image

MANUAL

DE RECOMENDACIONES EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

DEL GRUPO ESPAÑOL DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (GELMC)

Edición 2024

COORDINADORES

Dr. Valentín García Gutiérrez

Dra. Blanca Xicoy Cirici

Manual de recomendaciones en LMC 2024 (GELMC)

PDF

[Descargar](#)

[Acceder a web app](#)

Manual de recomendaciones en LMC, edición 2024. Este manual está redactado por expertos en LMC de todo el territorio nacional y tiene como objetivo estandarizar y

optimizar un correcto diagnóstico, seguimiento, tratamiento y manejo de los pacientes con LMC.

Capítulo 1: Generalidades de la LMC

Dr. Rolando Omar Vallansot - Hospital Universitari Joan XXIII

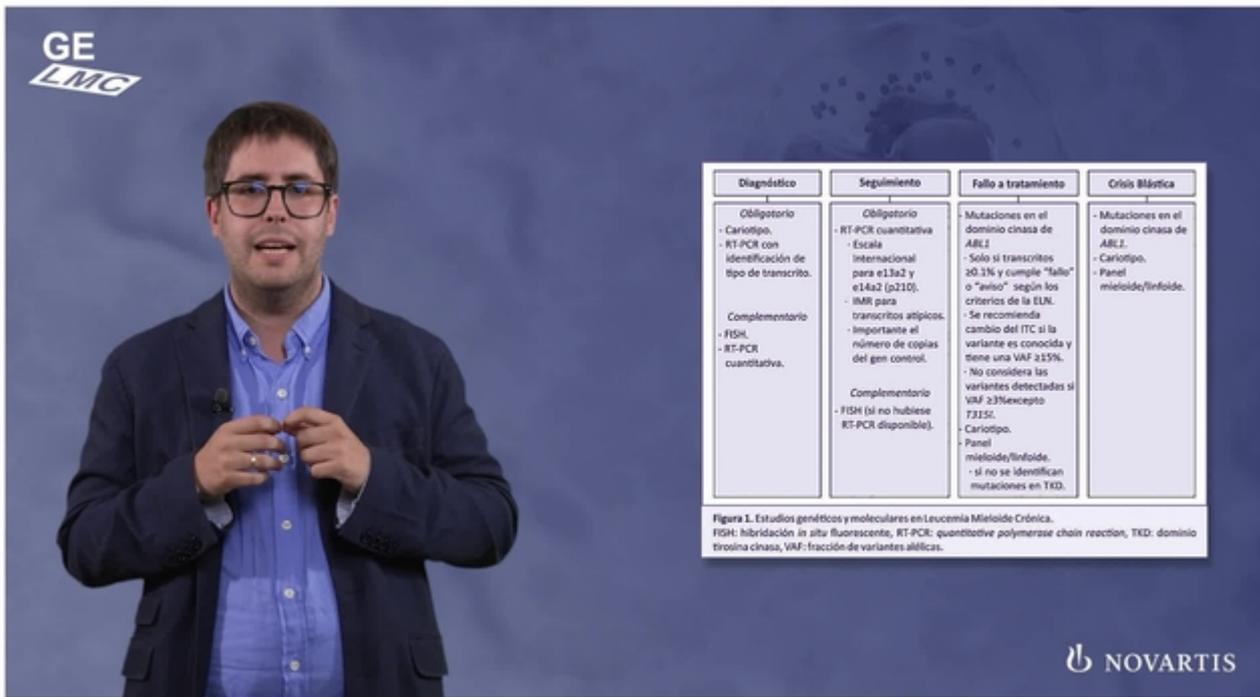


VIDEO

FA-11464823 07/2025

Capítulo 2: Estudios genéticos y moleculares

Gonzalo Carreño Gómez-Tarragona - Hospital Universitario 12 de Octubre



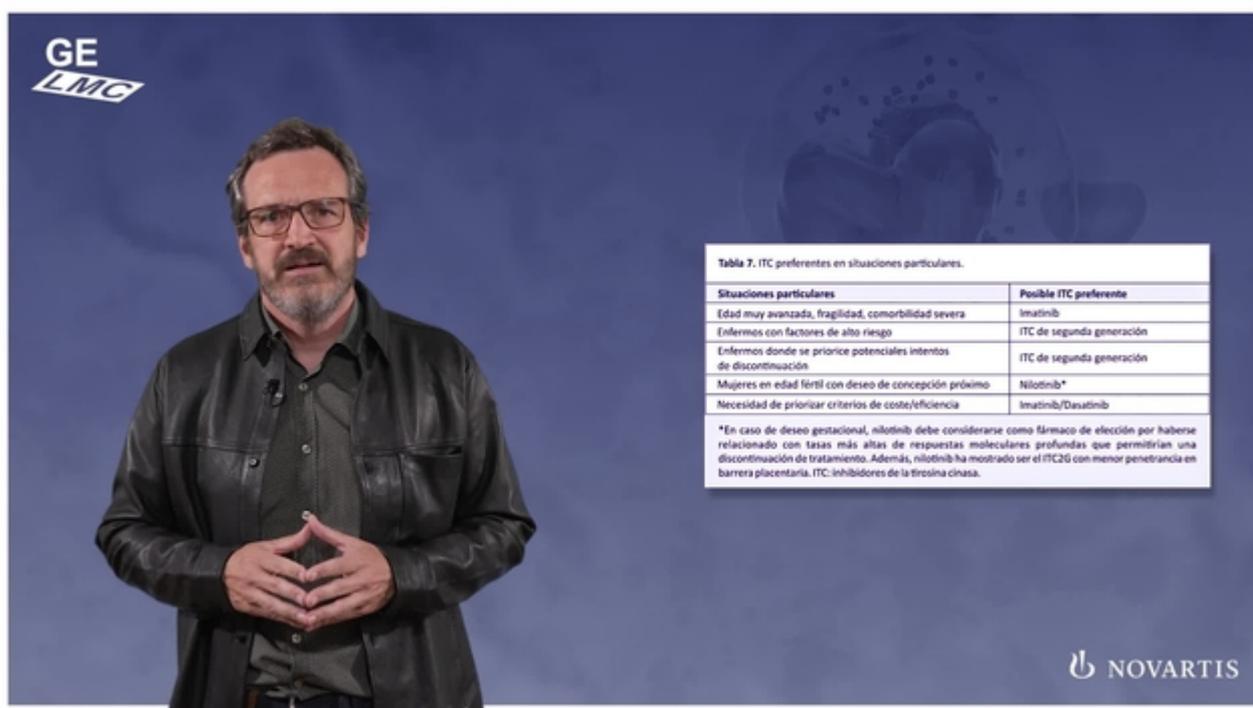
Diagnóstico	Seguimiento	Fallo a tratamiento	Crisis Blástica
Obligatorio <ul style="list-style-type: none">- Cariotipo.- RT-PCR con identificación de tipo de transcrito. Complementario <ul style="list-style-type: none">- FISH.- RT-PCR cuantitativa.	Obligatorio <ul style="list-style-type: none">- RT-PCR cuantitativa- Escala Internacional para e13a2 y e14a2 (p210).- IMR para transcritos atípicos.- Importante el número de copias del gen control. Complementario <ul style="list-style-type: none">- FISH (si no hubiese RT-PCR disponible).	Mutaciones en el dominio cinasa de ABL1 <ul style="list-style-type: none">- Solo si transcritos $\geq 0.1\%$ y cumple "fallo" o "aviso" según los criterios de la ELN.- Se recomienda cambio del ITC si la variante es conocida y tiene una VAF $\geq 15\%$.- No considera las variantes detectadas si VAF $\geq 3\%$ excepto T315I. Cariotipo. <ul style="list-style-type: none">- Panel mieloide/linfoide.- si no se identifican mutaciones en TKD.	Mutaciones en el dominio cinasa de ABL1. <ul style="list-style-type: none">- Cariotipo.- Panel mieloide/linfoide.

Figura 1. Estudios genéticos y moleculares en Leucemia Mielode Crónica.
FISH: hibridación in situ fluorescente, RT-PCR: quantitative polymerase chain reaction, TKD: dominio tirosina cinasa, VAF: fracción de variantes alélicas.

VIDEO

FA-11464826 07/2025

Capítulo 3: Tratamiento de primera línea



Situaciones particulares	Posible ITC preferente
Edad muy avanzada, fragilidad, comorbilidad severa	Imatinib
Enfermos con factores de alto riesgo	ITC de segunda generación
Enfermos donde se priorice potenciales intentos de discontinuación	ITC de segunda generación
Mujeres en edad fértil con deseo de concepción próximo	Nilotinib*
Necesidad de priorizar criterios de coste/eficiencia	Imatinib/Dasatinib

*En caso de deseo gestacional, nilotinib debe considerarse como fármaco de elección por haberse relacionado con tasas más altas de respuestas moleculares profundas que permitirían una discontinuación de tratamiento. Además, nilotinib ha mostrado ser el ITC2G con menor penetrancia en barrera placentaria. ITC: Inhibidores de la tirosina cinasa.

VIDEO

FA-11464827 07/2025

Capítulo 4: Tratamiento de segundas líneas

Valentín García Gutiérrez - Hospital Universitario Ramón y Cajal

GE
LMG

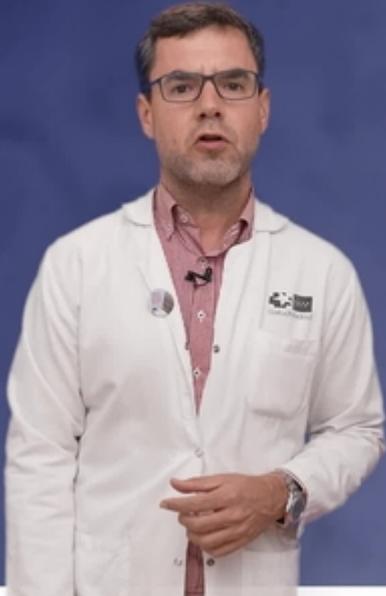


Tabla 1. Definiciones/grados de respuesta molecular y correlación con respuesta citogenética.

Equivalente aproximado de respuesta citogenética	Respuesta molecular	Niveles de transcrito BCR::ABL1 en escala internacional (IS)	Número mínimo de copias del gen de referencia para poder considerar dicha respuesta
Basal	No alcanzada	100%	-
RHC*	No alcanzada	10-99%	-
PCP [3-35%Ph+ metafases]	No alcanzada	≤10%	-
RCC [0%Ph+ metafases]	No alcanzada	≤1%	-
-	MRM	≤0,1%	≥10 000 ABL (≥24 000 GUS8)**
-	MRM ^h	≤0,01%	≥10 000 ABL (≥24 000 GUS8)
-	MRM ^h	≤0,0032%	≥32 000 ABL (≥77 000 GUS8)
-	MRM ^h	≤0,001%	≥100 000 ABL (≥240 000 GUS8)

Ph: cromosoma Filadelfia, RHC: respuesta hematológica completa, normalización de las cifras hemoperiféricas sin esplenomegalia palpable ni signos o síntomas de la enfermedad. PCP: respuesta citogenética parcial. RCC: respuesta citogenética completa. MRM: respuesta molecular mayor. MR: respuesta molecular.
**Sensibilidad mínima recomendada para una cuantificación precisa.

NOVARTIS

VIDEO

FA-11464828 07/2025

Capítulo 5: Estado actual de la discontinuación de tratamiento

Blanca Xicoy Cirici - ICO-Hospital Germans Trias i Pujol

GE LMG

NOVARTIS

Tabla 2. Criterios de discontinuación de la European LeukemiaNet de 2020.

	Criterios	European LeukemiaNet 2020
Imprescindible	Estado de la enfermedad	Solo fase crónica.
	Preferencia paciente	Paciente motivado.
	PCR:ARL	PCR cuantitativa (escala internacional) con un resultado rápido.
	Monitorización	Mensual mes 1-6, cada 2 meses mes 7-12, cada 3 meses posteriormente.
Permitido	Línea de tratamiento	I1, 2L si cambio por intolerancia.
	Tipo de transcrito	Típico (e13a2 o e14a2).
	Duración del ITC	>5 años (>4 años para los ITC2G).
	Duración de la RMP	2 años.
Opción clínica	Duración del ITC	>5 años
	Duración de la RMP	>3 años si RM* >2 años si RM**

ITC: inhibidor de tirosina cinasa, ITC2G: ITC de segunda generación, RM: respuesta molecular, RMP: respuesta molecular profunda.

VIDEO

FA-11464829 07/2025

Capítulo 6: Manejo de efectos adversos e interacciones farmacológicas

Raquel de Paz Arias - Hospital Universitario La Paz



VIDEO

FA-11464831 07/2025

Capítulo 7: LMC en fases avanzadas y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos en LMC

Guillermo Ortí Pascual - Hospital Universitari Vall d'Hebron

GE
LMG

Características	Factor de Riesgo
Clínicas	Blastosis periférica.
	Edad avanzada.
	Anemia.
	Bañoñia.
	ITC previo.
Citogenética	+8, +Ph, (17q), +17, +19, +21, 3q26.2, 11q23, -7/7q, del17q, hiperdiploidia, crom 15.
Moleculares	Mutación de TP53 o ASXL1 al diagnóstico. Mutaciones nuevas durante el tratamiento (genes ABL1, TP53, KMT2D, TET2).
Tratamiento	Absorción inadecuada del fármaco, adherencia subóptima o interrupciones del tratamiento. Interacciones medicamentosas.

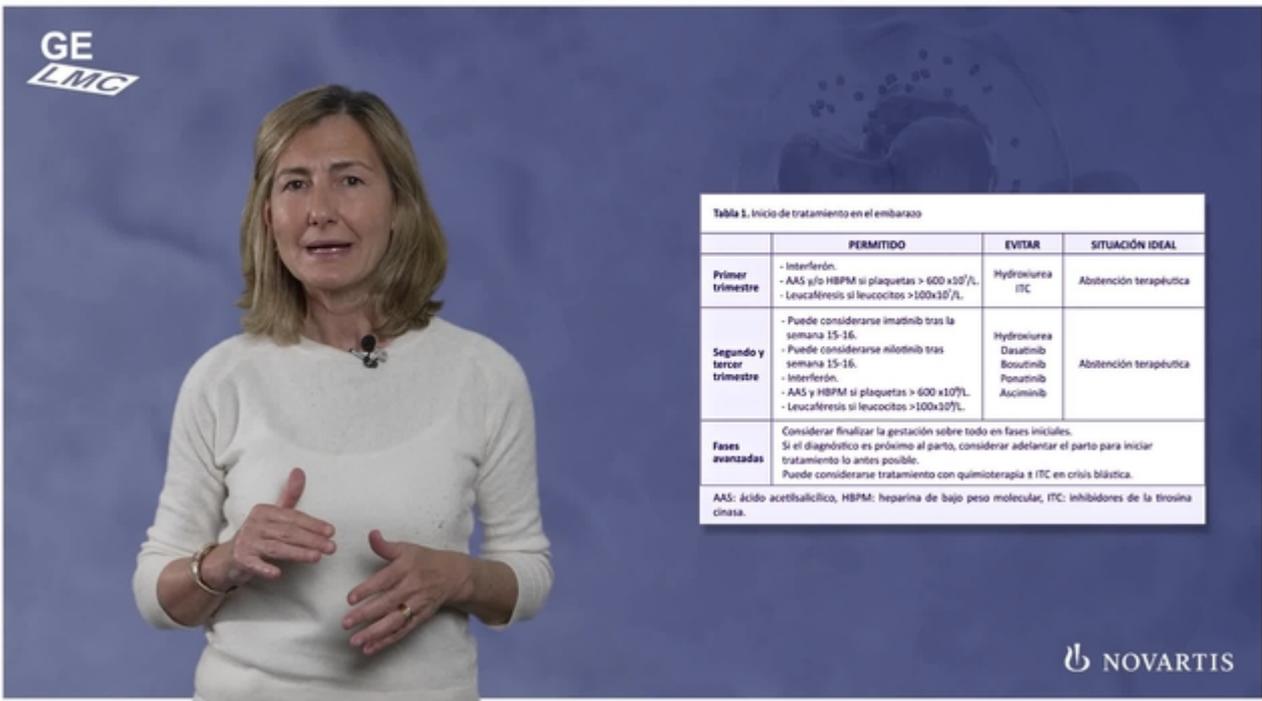
NOVARTIS

VIDEO

FA-11464835 07/2025

Capítulo 8: Manejo de situaciones especiales. LMC en el embarazo y LMC en edad pediátrica

Natalia de las Heras Rodríguez - Hospital Universitario de León



GE LMG

Tabla 1. Inicio de tratamiento en el embarazo

	PERMITIDO	EVITAR	SITUACIÓN IDEAL
Primer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Interferón. - AAS y/o HBPM si plaquetas > 600 x10⁹/L. - Leucaféresis si leucocitos >100x10⁹/L. 	<ul style="list-style-type: none"> Hydroxiurea ITC 	Abstinencia terapéutica
Segundo y tercer trimestre	<ul style="list-style-type: none"> - Puede considerarse imatinib tras la semana 15-16. - Puede considerarse nilotinib tras semana 15-16. - Interferón. - AAS y HBPM si plaquetas > 600 x10⁹/L. - Leucaféresis si leucocitos >100x10⁹/L. 	<ul style="list-style-type: none"> Hydroxiurea Dasatinib Bosutinib Ponatinib Asciminib 	Abstinencia terapéutica
Fases avanzadas	Considerar finalizar la gestación sobre todo en fases iniciales. Si el diagnóstico es próximo al parto, considerar adelantar el parto para iniciar tratamiento lo antes posible. Puede considerarse tratamiento con quimioterapia e ITC en crisis blástica.		

AAS: ácido acetilsalicílico, HBPM: heparina de bajo peso molecular, ITC: inhibidores de la tirosina cinasa.

NOVARTIS

VIDEO

FA-11464837 07/2025

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/es-es/hematopro/patologias/lmc/guia-y-manuales>