

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – O13 – CFT - 01	Página 1 de 12

PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)

REGISTRO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO		
EDITADO	REVISADO	APROBADO
UGC Farmacia Ana Lozano Blázquez Lucía Ordóñez Fernández AGC Hematología y Hemoterapia Ángel Ramírez Páyer Fecha: 16/03/2026	CFT Área IV Luis Caminal Montero Lucía Velasco Rocés Bernabé Fernández González Jefe del Servicio de Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 10/04/2026	Ramón Rodríguez González Director de Atención hospitalaria de Área del ASII SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Fecha: 10/04/2026
REGISTRO DE CAMBIOS		
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Primera Edición

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – O13 – CFT - 01	Página 2 de 12

Tabla de contenido

1	Introducción	3
2	Estratificación del riesgo	5
3	Fármacos	7
4	Profilaxis del SLT	9
5	Tratamiento del SLT	11
6	Bibliografía	12

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 3 de 12

I Introducción

El síndrome de lisis tumoral (SLT) es una emergencia oncológica causada por la lisis masiva de células tumorales con la liberación de potasio, fosfato y ácidos nucleicos a la circulación sistémica.

La hiperuricemia y la hiperfosfatemia causadas por el SLT pueden causar daño renal agudo. La hiperuricemia derivada del catabolismo de ácidos nucleicos puede precipitarse en los túbulos renales y causar vasoconstricción renal, alteración de la autorregulación, disminución del flujo sanguíneo renal e inflamación

Se presenta con mayor frecuencia durante el tratamiento de linfomas, leucemias y tumores sólidos con altas tasas de proliferación, gran carga tumoral o alta sensibilidad a la terapia citotóxica o dirigida.

La frecuencia y la gravedad del SLT han aumentado con el uso de fármacos anticancerígenos dirigidos eficaces, ya sea solos o en combinación con agentes citotóxicos convencionales. El SLT puede presentarse espontáneamente en algunos entornos.

- **Presentación clínica:** Los síntomas asociados con el SLT incluyen náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, letargo, hematuria, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, convulsiones, calambres musculares, tétanos, síncope y posible muerte súbita. Estos síntomas reflejan en gran medida anomalías metabólicas, como hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia. El dolor en el flanco puede presentarse cuando el depósito de ácido úrico o fosfato cálcico provoca la formación de cálculos renales, pélvicos o ureterales.
- **Diagnóstico:** El SLT es un síndrome clínico definido por un aumento de ácido úrico, potasio y fósforo séricos y/o una disminución de calcio (Tabla 1). La gravedad del SLT se clasifica según el nivel de creatinina sérica y la aparición de arritmias cardíacas y/o convulsiones (Tabla 2).

ELEMENTO	VALOR	CAMBIO DESDE EL VALOR BASAL
Ácido úrico	≥476 micromol/L (8 mg/dL)	Aumento del 25%
Potasio	≥6.0 mmol/L (o 6 mEq/L)	Aumento del 25%
Fósforo	≥2.1 mmol/L (6.5 mg/dL) en niños o ≥1.45 mmol/L (4.5 mg/dL) en adultos	Aumento del 25%
Calcio	≤1.75 mmol/L (7 mg/dL)	Disminución del 25%
Nota: Dos o más cambios de laboratorio dentro de los tres días previos o siete días posteriores		

Tabla 1. Definición de Cairo-Bishop del síndrome de lisis tumoral de laboratorio modificada de *offier B, Altman A, Pui CH, et al. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. J Clin Oncol 2008; 26:2767.*

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT – 01	Página 4 de 12

COMPLICACIÓN	GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4	Grado 5
Creatinina*	$\leq 1.5 \times \text{LSN}$	$1.5 \times \text{LSN}$	$> 1.5\text{--}3.0 \times \text{LSN}$	$> 3.0\text{--}6.0 \times \text{LSN}$	$> 6.0 \times \text{LSN}$	Muerte
Arritmia cardíaca*	Ninguna	Intervención no indicada	Intervención médica no urgente indicada	Arritmia sintomática e incompletamente controlada médicamente o controlada con dispositivo (p. ej., desfibrilador)	Potencialmente mortal (p. ej., asociada a insuficiencia cardíaca, hipotensión, síncope, choque)	Muerte
Convulsión†	Ninguna	—	Una convulsión breve y generalizada; convulsiones bien controladas con medicación anticonvulsiva o convulsiones focales poco frecuentes sin interferencia con las actividades de la vida diaria.	Convulsión con alteración del nivel de conciencia; trastorno convulsivo mal controlado; con convulsiones generalizadas intercurrentes a pesar de intervención médica	Convulsión de cualquier tipo prolongada, repetitiva o difícil de controlar (p. ej., estatus epiléptico, epilepsia intratable)	Muerte

LSN: Límite superior de lo normal; IC: insuficiencia cardíaca; AVD: actividades de la vida diaria.

* Síndrome de lisis tumoral clínica definido como síndrome de lisis tumoral de laboratorio más al menos una complicación clínica.

‡ No directa o probablemente atribuible a la terapia citotóxica.

Si no se especifica el LSN institucional, la creatinina según edad/sexo puede definirse como sigue: >1 a <12 años, ambos sexos $61.6 \mu\text{mol/L}$; ≥ 12 a <16 años, ambos sexos $88 \mu\text{mol/L}$; ≥ 16 años, mujer $105.6 \mu\text{mol/L}$, hombre $114.4 \mu\text{mol/L}$.

Tabla 2. Definición* y clasificación del síndrome de lisis tumoral clínico de Cairo-Bishop. Modificada de *oiffier B, Altman A, Pui CH, et al. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. J Clin Oncol 2008; 26:2767.*

• Impacto clínico:

La posible gravedad de las complicaciones del SLT requiere medidas preventivas y tratamiento inmediato cuando se presenta.

El SLT se asocia con un aumento de la mortalidad y de las complicaciones relacionadas con el tratamiento.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 5 de 12

2 Estratificación del riesgo

Se han propuesto varios modelos de estratificación del riesgo (Cairo et al., 2010; Howard et al., 2011). Los principios generales son:

1. Evaluar si existe evidencia de SLT analítico o clínico en el momento del diagnóstico;
2. Determinar si el propio tumor confiere un riesgo elevado;
3. Valorar otros factores que influyen en el riesgo de desarrollar SLT: insuficiencia renal previa, edad avanzada, afectación renal por el tumor, eficacia del tratamiento propuesto o el uso concomitante de fármacos predisponentes.

El riesgo de SLT varía según el tipo de neoplasia maligna y el tipo de tratamiento.

Tipo de neoplasia maligna: El SLT se presenta con mayor frecuencia al tratar una neoplasia maligna con una alta tasa de proliferación, una gran carga tumoral o una alta sensibilidad a la terapia citotóxica o dirigida. Algunos ejemplos destacados incluyen ciertos linfomas (p. ej., linfoma de Burkitt, linfoma de células del manto con enfermedad voluminosa), leucemias (p. ej., leucemia linfoblástica aguda de células T, leucemia linfocítica crónica), mieloma múltiple o tumores sólidos (p. ej., carcinoma hepatocelular, cáncer de pulmón). En algunos casos, el SLT puede presentarse espontáneamente.

Tipo de tratamiento: El riesgo de SLT aumenta con el tratamiento que incluye agentes dirigidos, como venetoclax (inhibidor de BCL2); terapia de células T con receptor de antígeno quimérico; anticuerpos monoclonales (p. ej., obinutuzumab, elotuzumab, isatuximab); Activadores de linfocitos T biespecíficos (p. ej., teclistamab, epcoritamab); tagraxofusp (citotoxina dirigida a CD123); o inhibidores de BTK (p. ej., ibrutinib, acalabrutinib, zanubrutinib), FLT3 (p. ej., gilteritinib, midostaurina), BCR::ABL1 (p. ej., ponatinib, dasatinib), EZH2 (tazemetostat) o XPO (selinexor).

Debe prestarse especial atención a los pacientes tratados con fármacos nuevos y muy potentes como venetoclax, ya que el SLT puede aparecer incluso en enfermedades de bajo grado en este contexto.

El panel internacional de expertos (Cairo et al., 2010) desarrolló un modelo ampliamente aceptado que clasifica a los pacientes en tres categorías: bajo, intermedio o alto riesgo de desarrollar SLT.

RIESGO BAJO (LRD)	RIESGO INTERMEDIO (IRD)	RIESGO ALTO (HRD)
La mayoría de los tumores sólidos	Raros, tumores sólidos altamente quimiosensibles (p. ej., neuroblastoma, tumor de células germinales, cáncer de pulmón de células pequeñas) con enfermedad voluminosa o avanzada	N/A

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 6 de 12

MM; LMC	Leucemia de células plasmáticas	N/A
LMC	N/A	N/A
LNH indolente; LH	N/A	N/A
LLC y leucocitos < 50 x 10 ⁹ /L tratados solo con agentes alquilantes	LLC tratada con fludarabina, rituximab, lenalidomida o venetoclax y ganglio linfático ≥ 5 cm o recuento absoluto de linfocitos ≥ 25 x 10 ⁹ /L, y/o leucocitos ≥ 50 x 10 ⁹ /L	LLC tratada con venetoclax y ganglio linfático ≥ 10 cm, o ganglio ≥ 5 cm y recuento absoluto de linfocitos ≥ 25 x 10 ⁹ /L y ácido úrico basal elevado
LMA con leucocitos < 25 x 10 ⁹ /L y LDH < 2 x LSN	LMA con leucocitos 25 a 100 x 10 ⁹ /L; LMA con leucocitos < 25 x 10 ⁹ /L y LDH ≥ 2 x LSN	LMA con leucocitos ≥ 100 x 10 ⁹ /L
LNH de grado intermedio y LDH dentro de los límites normales	Leucemia/linfoma de células T del adulto, difuso de células B grandes (DLBCL), transformado y de células del manto con LDH > LSN, no voluminoso	Leucemia/linfoma de células T del adulto, DLBCL, transformado y de células del manto con enfermedad voluminosa y LDH ≥ 2 x LSN
LACP en adultos	LACP infantil estadio III/IV	N/A
N/A	LNH de grado intermedio infantil estadio III/IV con LDH < 2 x LSN	DLBCL infantil estadio III/IV con LDH ≥ 2 x LSN
N/A	LLA con leucocitos < 100 x 10 ⁹ /L y LDH < 2 x LSN; Linfoma de Burkitt y LDH < 2 x LSN	Leucemia de Burkitt; otras LLA con leucocitos ≥ 100 x 10 ⁹ /L y/o LDH ≥ 2 x LSN; Linfoma de Burkitt estadio III/IV y/o LDH ≥ 2 x LSN
N/A	Estadio I/II y LDH < 2 x LSN	Estadio III/IV y/o LDH ≥ 2 x LSN
N/A	N/A	Enfermedad de riesgo intermedio con disfunción o afectación renal; o con ácido úrico, potasio y/o fósforo > LSN
Recomendaciones de profilaxis		
Monitorización	Monitorización	Monitorización
Hidratación,	Hidratación	Hidratación
±Alopurinol	±Alopurinol	Rasburicasa*

N/A: No aplica; **MM:** Mieloma múltiple; **LMC (CML):** Leucemia mieloide crónica; **LNH (NHL):** Linfoma no Hodgkin; **LH (HL):** Linfoma de Hodgkin; **LLC (CLL):** Leucemia linfocítica crónica; **LMA (AML):** Leucemia mieloide aguda; **LDH:** Lactato deshidrogenasa; **LSN (ULN):** Límite superior de lo normal; **LACP (ALCL):** Linfoma anaplásico de células grandes; **LLA (ALL):** Leucemia linfoblástica aguda. (*) Contraindicado en pacientes con deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD). En estos casos, sustituir rasburicasa por alopurinol.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 7 de 12

Tabla 3. Recomendaciones de profilaxis del síndrome de lisis tumoral (SLT) basadas en el riesgo de SLT. Modificado de Cairo MS, Coiffier B, Reiter A. Recommendations for the evaluation of risk and prophylaxis of tumour lysis syndrome (TLS) in adults and children with malignant diseases: an expert TLS panel consensus. Br J Haematol 2010; 149:578. Copyright © 2010. Modified with permission of Blackwell Publishing Inc.

Se recomienda que los pacientes de:

Bajo riesgo reciban monitorización activa e hidratación con o sin profilaxis con alopurinol

Riesgo intermedio reciban monitorización activa, hidratación y profilaxis con alopurinol

Alto riesgo, monitorización activa, hidratación y profilaxis con rasburicasa.

El SLT se define según criterios de laboratorio y características clínicas. Se deben implementar métodos para prevenir el SLT cuando exista una alta probabilidad de ocurrencia, y el tratamiento oportuno es fundamental para preservar la función renal y de otros órganos.

Se consideran pacientes de **muy alto riesgo** aquellos que van a recibir quimioterapia intensiva y cumplen alguno de los siguientes criterios:

1. Leucemia linfoblástica aguda o mielóide con leucocitos $>100 \times 10^9/L$;
2. Linfoma de Burkitt o linfoma linfoblástico;
3. Linfoma de alto grado (linfoma difuso de células B grandes y linfomas T) con enfermedad voluminosa, definida como LDH >2 veces el límite superior de la normalidad o gran masa tumoral en la tomografía computarizada (en adultos, generalmente >10 cm de diámetro);
4. Cualquier paciente con diagnóstico hematológico que presente insuficiencia renal o alergia al alopurinol debe considerarse para rasburicasa, independientemente del riesgo asignado por las características tumorales, aunque los de bajo riesgo suelen poder manejarse solo con hidratación.

3 Fármacos

Para la prevención y el tratamiento del síndrome de lisis tumoral clínico está indicado el inhibidor oral de la xantina oxidasa, alopurinol, y la urato oxidasa recombinante exógena, rasburicasa.

INHIBIDORES DE LA XANTINA OXIDASA

Alopurinol:

Indicaciones autorizadas: Es utilizado para reducir las concentraciones de urato en los líquidos corporales y/o en la orina para prevenir o eliminar los depósitos de ácido úrico y uratos.

Alopurinol está indicado para el tratamiento de las principales manifestaciones clínicas de depósito de ácido úrico/uratos. Estas manifestaciones son artritis gotosa, tofos cutáneos y/o afección renal con depósito de cristales o formación de cálculos.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 8 de 12

Estas manifestaciones se producen en:

- Gota idiopática.
- Litiasis por ácido úrico.
- Nefropatía aguda por ácido úrico.
- Enfermedad neoplásica y enfermedad mieloproliferativa con alta frecuencia de recambio celular, en las que se producen altos niveles de urato, tanto espontáneamente como después de un tratamiento citotóxico.
- Alteraciones enzimáticas que llevan a la sobreproducción de urato, que incluyen

Mecanismo de acción: Alopurinol es un inhibidor de la xantina oxidasa. Alopurinol y su principal metabolito oxipurinol disminuyen el nivel de ácido úrico en plasma y en orina por inhibición de la xantina oxidasa, enzima que cataliza la oxidación de hipoxantina a xantina y de xantina a ácido úrico.

Importante destacar que no aumenta la degradación del ácido úrico ya formado, por lo que su efecto terapéutico se retrasa entre 24 y 72 horas.

Febuxostat: Está indicado en el tratamiento de la hiperuricemia crónica en situaciones en las que ya se ha producido depósito de urato (incluyendo los antecedentes o la presencia de todos y/o artritis gotosa) y en la prevención y el tratamiento de la hiperuricemia en pacientes adultos sometidos a quimioterapia para neoplasias hematológicas malignas con un riesgo de intermedio a alto de Síndrome de Lisis Tumor

Dos ensayos aleatorizados que compararon alopurinol y febuxostat no mostraron superioridad de ninguno de los dos agentes. Sobre la base del costo y la familiaridad, el alopurinol es el agente oral inicial preferido, y febuxostat generalmente se reserva para pacientes con hipersensibilidad al alopurinol.

Se recomiendan reducciones de dosis para ambos agentes en pacientes con aclaramiento de creatinina reducido

URATO OXIDASA RECOMBINANTE EXÓGENA

Rasburicasa:

Indicaciones autorizadas: Tratamiento y profilaxis de la hiperuricemia aguda para prevenir la insuficiencia renal aguda en adultos, niños y adolescentes (de entre 0 y 17 años) con neoplasia hematológica maligna, con elevada carga tumoral y riesgo de lisis o reducción tumoral rápidas al inicio de la quimioterapia.

Mecanismo de acción: La rasburicasa es un agente uricolítico de elevada potencia que cataliza la oxidación enzimática del ácido úrico a alantoína, un producto hidrosoluble, que se excreta fácilmente por vía renal. La oxidación enzimática del ácido úrico conduce a la formación estequiométrica de peróxido de hidrógeno. El incremento de peróxido de hidrógeno por encima de los niveles normales

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 9 de 12

puede ser eliminado por antioxidantes endógenos y únicamente se incrementa el riesgo en pacientes con hemólisis por déficit de G6PDH y en pacientes con anemia congénita.

En voluntarios sanos, se observó un notable descenso de los niveles plasmáticos de ácido úrico con el intervalo de dosis entre 0,05 mg/kg y 0,20 mg/kg

Rasburicasa metaboliza el urato a alantoína, una sustancia que es aproximadamente de cinco a diez veces más soluble que el ácido úrico.

La rasburicasa actúa de forma inmediata, incluso sobre el urato ya formado. Es extremadamente eficaz y reduce los niveles plasmáticos de ácido úrico en las primeras 4 horas tras su administración intravenosa, lo que permite iniciar la quimioterapia antes de lo que sería seguro con alopurinol.

Cuando se utiliza rasburicasa en el tratamiento o la profilaxis del SLT, la adición de alopurinol es innecesaria y puede reducir la eficacia de la rasburicasa.

4 Profilaxis del SLT

- **Profilaxis con hidratación**

En adultos parece razonable un objetivo de 3 litros en 24 horas. Tradicionalmente, en pacientes con alto riesgo se utilizaba alopurinol junto con diuresis alcalina forzada. Sin embargo, la xantina y la hipoxantina —precursores del ácido úrico— son menos solubles en condiciones alcalinas y precipitan antes de que se forme el ácido úrico, anulando cualquier posible beneficio. Por ello, la diuresis alcalina no está recomendada.

- **Profilaxis con alopurinol**

La dosis estándar recomendada en adultos es de 200–400 mg/m²/día, en 1–3 dosis divididas, con un máximo de 800 mg/día. En la práctica clínica, muchos hematólogos utilizan 300 mg/día en adultos, lo que suele ser eficaz; no obstante, ante el empeoramiento de parámetros bioquímicos o clínicos, puede ser prudente aumentar la dosis o, preferiblemente, cambiar a rasburicasa.

Debe administrarse hasta 7 días después de iniciar la quimioterapia. En pacientes con alergia al alopurinol, generalmente es seguro utilizar únicamente hidratación profiláctica con una monitorización estrecha, dado que los pacientes con riesgo muy alto de SLT recibirían rasburicasa.

- **Profilaxis con febuxostat**

En el caso de hipersensibilidad alopurinol la dosis oral recomendada de febuxostat es de 120 mg una vez al día.

Se debe empezar a tomar dos días antes del inicio de la terapia citotóxica y continuar el tratamiento un mínimo de 7 días; no obstante el tratamiento se puede prolongar hasta 9 días según la duración del tratamiento quimioterápico y según criterio clínico.

- **Profilaxis con rasburicasa**

La profilaxis con rasburicasa, junto con una hidratación y monitorización adecuadas, se recomienda

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 10 de 12

para pacientes con características de riesgo muy alto de síndrome de lisis tumoral (SLT). Está contraindicado en pacientes con déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD).

Rasburicasa es muy eficaz en el tratamiento del SLT y se ha utilizado también con fines profilácticos. La dosis autorizada es de 0,2 mg/kg, y la duración aprobada para la profilaxis es de 5–7 días.

De forma pragmática y considerando los tamaños disponibles de los viales, se recomienda que, en ausencia de SLT clínico o analítico establecido, la mayoría de los pacientes adultos puedan prevenir el SLT con una dosis fija única de 3 mg de rasburicasa. Si se desarrolla SLT establecido, debe tratarse según las pautas terapéuticas correspondientes.

Recomendaciones de la profilaxis de SLT

- Los pacientes que vayan a recibir quimioterapia por cualquier neoplasia hematológica deben someterse a una evaluación del riesgo de síndrome de lisis tumoral (SLT) (Grado 1B).
- Los pacientes de **bajo riesgo** pueden manejarse con una monitorización cuidadosa del estado hídrico y de los parámetros analíticos, y considerar alopurinol si es necesario (Grado 2C).
- Los pacientes de **riesgo intermedio** deben recibir hasta 7 días de profilaxis con alopurinol, junto con un aumento de la hidratación tras el inicio del tratamiento o hasta que el riesgo de SLT se haya resuelto (Grado 2C).
- Los pacientes de **alto riesgo** deben recibir profilaxis con rasburicasa, asociada a una hidratación intensificada (Grado 1B).
- Rasburicasa debe evitarse en pacientes con déficit de G6PD; estos pacientes deben tratarse con fluidos y alopurinol, con monitorización estrecha (Grado 2C).
- En adultos de alto riesgo, en ausencia de SLT clínico o analítico establecido, el SLT puede prevenirse en la mayoría de los pacientes con una dosis fija única de 3 mg de rasburicasa, seguida de monitorización clínica y bioquímica estrecha, repitiendo la dosis si es necesario (Grado 2C).
- En niños de alto riesgo, sin SLT establecido, la profilaxis puede lograrse en muchos casos con una dosis única de rasburicasa de 0,2 mg/kg, seguida de monitorización clínica y analítica estrecha. Aunque podría ser razonable usar una dosis fija de 3 mg como en adultos, la evidencia actual no permite una recomendación firme (Grado 2C).
- Cuando se utiliza rasburicasa para el tratamiento o la profilaxis del SLT, la adición de alopurinol es innecesaria y puede reducir su eficacia (Grado 2C).
- La alcalinización urinaria no está recomendada en la profilaxis del SLT (Grado 1C).

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 11 de 12

5 Tratamiento del SLT

Recomendaciones del tratamiento de SLT

- Deben administrarse soluciones equilibradas o isotónicas para mantener una diuresis >4 ml/kg/h en lactantes y >100 ml/m²/h en pacientes de mayor edad (Grado 2C).
- No debe añadirse potasio a los líquidos de hidratación (Grado 1A).
- La alcalinización urinaria no está recomendada en el tratamiento del SLT (Grado 1C).
- Alopurinol, aunque útil como profilaxis, no es el fármaco de elección en el SLT establecido, excepto en pacientes con déficit de G6PD o alergia a la rasburicasa (Grado 1B).
- En ausencia de contraindicaciones, los pacientes con SLT establecido deben recibir rasburicasa a dosis de **0,2 mg/kg/día**, administrada en perfusión de 30 minutos; la duración del tratamiento debe ajustarse según la respuesta clínica (Grado 1B).
- La hipocalcemia asintomática no debe tratarse (Grado 2C).
- La hipocalcemia sintomática debe tratarse con una perfusión corta de gluconato cálcico, a dosis ajustadas a la edad y peso, con monitorización estrecha de calcio, fosfato y función renal (Grado 1C).
- Los pacientes con potasio ≥ 6 mmol/l o con un aumento $\geq 25\%$ respecto al valor basal deben contar con monitorización cardíaca (Grado 2C).
- La sobrecarga hídrica refractaria, la hiperpotasemia, hiperuricemia, hiperfosfatemia o hipocalcemia constituyen indicaciones para diálisis renal (Grado 1A).
- La diálisis peritoneal no está recomendada para el tratamiento del SLT (Grado 1C).
- La diálisis debe mantenerse hasta que exista una recuperación adecuada de la función renal, resolución de los trastornos electrolíticos graves y recuperación de la diuresis (Grado 1A).

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		PROTOCOLO DE PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LISIS TUMORAL (SLT)	GERENCIA ÁREA DE SALUD II
Ed.: 01	Fecha: 10/04/2026	Código: IT – 013 – CFT - 01	Página 12 de 12

6 Bibliografía

Larson RA, Pui CH. Tumor lysis syndrome: Prevention and treatment. In: Drews RE, Freedman AS, Poplack DG, Savarese DMF, editors. UpToDate [Internet]. Wolters Kluwer; 2021 [cited 2026 Jan 20]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/tumor-lysis-syndrome-prevention-and-treatment?search=s%C3%ADndrome%20de%20lisis%20tumoral&source=search_result&selectedTitle=1~108&usage_type=default&display_rank=1

Alopurinol Cinfamed 100 mg y 300 mg comprimidos EFG. Ficha técnica [Internet]. Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); [cited 2026 Jan 20]. Available from:

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/84085/FT_84085.html

Fasturtec 1,5 mg/ml polvo y disolvente para concentrado para solución para perfusión. Ficha técnica [Internet]. Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); [cited 2026 Jan 20]. Available from:

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/00170001/FT_00170001.html

Febuxostat Stada 120 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Ficha Técnica. [Internet]. Centro de Información online de Medicamentos (CIMA). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); [cited 2026 Jan 20]. Available from:

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/82898/FT_82898.html

Jones GL, Will A, Jackson GH, Webb NJ, Rule S; British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the management of tumour lysis syndrome in adults and children with haematological malignancies on behalf of the British Committee for Standards in Haematology. Br J Haematol. 2015 Jun;169(5):661-71. doi: 10.1111/bjh.13403. Epub 2015 Apr 15. PMID: 25876990.

Bociek RG, Lunning M. Tumor Lysis Syndrome. N Engl J Med. 2025 Sep 18;393(11):1104-1116. doi: 10.1056/NEJMr2300923. PMID: 40961427.