

<https://doi.org/10.69639/arandu.v13i2.2409>

Síndrome Trombocitopenia, Anasarca, Fiebre, Fibrosis Reticulínica y Organomegalia (TAFRO) como subtipo distintivo de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática: reporte de caso

TAFRO Syndrome as a Distinctive Subtype of Idiopathic Multicentric Castleman Disease: A Case Report

Jose Emmanuel Mendoza Orozco

viamepi01@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2224-6971>

Departamento de Medicina Interna, Hospital San José
Colombia - Bogotá

Paola Spirko

mspirko@cancer.gov.co

<https://orcid.org/0000-0003-2791-9263>

Instituto Nacional de Cancerología, Grupo de Hematología Oncológica
Universidad Nacional de Colombia
Colombia – Bogotá

Sergio Latorre Alfonso

viamepi01@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2061-5374>

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Colombia – Bogotá

Gloria Ibis Tirado Romero

gloriatirado1987@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-3759-5448>

Universidad Simón Bolívar
Colombia - Bogotá

Artículo recibido: 17 mayo 2026- Aceptado para publicación: 28 junio 2026

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

El síndrome TAFRO es una variante infrecuente y agresiva de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática, caracterizada por trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticulínica y organomegalia. Su diagnóstico continúa siendo un reto clínico debido a la ausencia de biomarcadores específicos, la superposición con otras enfermedades inflamatorias, infecciosas, hematológicas y autoinmunes, y la necesidad de integrar hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos. Se presenta el caso de una mujer de 42 años con antecedente de criptococosis diseminada, quien desarrolló síndrome constitucional, linfadenopatías generalizadas, derrames pleural y pericárdico, hepatomegalia, compromiso óseo y hallazgos

compatibles con mielofibrosis. La evaluación diagnóstica incluyó biopsias de ganglio linfático, médula ósea y hueso ilíaco, las cuales evidenciaron hallazgos compatibles con enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática tipo TAFRO, en ausencia de infección por HHV-8 y tras la exclusión de diagnósticos diferenciales como linfoma, síndrome POEMS, infecciones crónicas y enfermedades autoinmunes. Se inició tratamiento con rituximab y etopósido, asociado a profilaxis antimicrobiana, anticoagulación preventiva y medidas de soporte clínico, con respuesta parcial caracterizada por mejoría sintomática, reducción moderada de adenopatías y estabilización de parámetros inflamatorios y hematológicos. Este caso resalta la importancia de reconocer tempranamente el patrón clínico-patológico del síndrome TAFRO como una entidad diferenciada de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática clásica, debido a su curso clínico agresivo, su elevada morbimortalidad y la necesidad de un abordaje terapéutico individualizado y multidisciplinario.

Palabras clave: síndrome TAFRO, enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática, linfadenopatías, mielofibrosis, reporte de caso

ABSTRACT

TAFRO syndrome is an uncommon and aggressive variant of idiopathic multicentric Castleman disease, characterized by thrombocytopenia, anasarca, fever, reticulin fibrosis, and organomegaly. Its diagnosis remains challenging because of the absence of specific biomarkers, overlap with inflammatory, infectious, hematologic, and autoimmune disorders, and the need to integrate clinical, histopathologic, and immunohistochemical findings. We report the case of a 42-year-old woman with a history of disseminated cryptococcosis who developed constitutional symptoms, generalized lymphadenopathy, pleural and pericardial effusions, hepatomegaly, bone involvement, and findings compatible with myelofibrosis. Diagnostic evaluation included lymph node, bone marrow, and iliac bone biopsies, which showed findings consistent with idiopathic multicentric Castleman disease, TAFRO subtype, in the absence of HHV-8 infection and after exclusion of differential diagnoses such as lymphoma, POEMS syndrome, chronic infections, and autoimmune diseases. Treatment with rituximab and etoposide was initiated, along with antimicrobial prophylaxis, antithrombotic prophylaxis, and supportive care, achieving a partial response characterized by symptomatic improvement, moderate reduction in lymphadenopathy, and stabilization of inflammatory and hematologic parameters. This case highlights the importance of early recognition of the clinicopathologic pattern of TAFRO syndrome as an entity distinct from classic idiopathic multicentric Castleman disease, given its aggressive clinical

course, high morbidity and mortality, and need for individualized and multidisciplinary therapeutic management.

Keywords: TAFRO syndrome, idiopathic multicentric Castleman disease, lymphadenopathy, myelofibrosis, case report

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

El síndrome TAFRO (trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticulínica y organomegalia) ha sido reconocido como un subtipo clínico y patológico distintivo de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática (iMCD), particularmente en pacientes negativos para el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8). A diferencia de la iMCD clásica, el síndrome TAFRO presenta un curso clínico agudo o subagudo, compromiso multiorgánico y respuesta limitada a los tratamientos convencionales, lo que le confiere un perfil clínico de mayor gravedad y evidencia la necesidad de establecer un diagnóstico e iniciar una intervención de manera temprana (Iwaki et al., 2016; Masaki et al., 2016).

La diferenciación entre la iMCD-TAFRO y la iMCD-NOS (no especificada de otra manera) es fundamental, no solo por su valor pronóstico, sino también porque puede orientar la selección de estrategias terapéuticas diferentes. El síndrome TAFRO suele presentarse con hipogammaglobulinemia, trombocitopenia grave y compromiso renal significativo, características que no se observan con la misma frecuencia o intensidad en otras formas de iMCD (Fajgenbaum et al., 2014; Fujimoto et al., 2019). Asimismo, la literatura destaca su reconocimiento progresivo fuera de Asia, con casos reportados en América y Europa, y enfatiza la importancia de aplicar criterios diagnósticos específicos y consensuados para su adecuada identificación (Fujimoto et al., 2019; Masaki et al., 2016).

La relevancia del presente caso radica en que aporta evidencia clínica adicional procedente de Colombia, una región en la que el síndrome TAFRO ha sido escasamente documentado. La coexistencia de infecciones graves recurrentes, criptococosis diseminada, lesiones óseas, derrames serosos y fibrosis reticulínica avanzada dificultó el reconocimiento de la entidad y exigió una correlación clinicopatológica exhaustiva. Su descripción contribuye a ampliar el conocimiento sobre la expresión clínica del síndrome TAFRO fuera del continente asiático y resalta la necesidad de considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de los síndromes inflamatorios multisistémicos de etiología no establecida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se elaboró un reporte descriptivo de caso clínico a partir de una revisión detallada de la historia clínica y de los registros diagnósticos disponibles. La información se consolidó cronológicamente, integrando los datos demográficos, las manifestaciones clínicas, los hallazgos del examen físico, la evolución temporal, las intervenciones realizadas y el seguimiento clínico, con el fin de reconstruir el curso de la enfermedad y documentar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

La elaboración y la presentación del reporte se realizaron siguiendo las recomendaciones de las guías CARE para reportes de caso, con el propósito de garantizar la integridad, la transparencia y la organización sistemática de la información clínica (Gagnier et al., 2014).

La evaluación diagnóstica se basó en la correlación clinicopatológica y en la aplicación de los criterios diagnósticos propuestos para el síndrome TAFRO, con verificación sistemática de los criterios mayores y menores.

Se analizaron los estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos de las muestras de biopsia de ganglio linfático, médula ósea y hueso ilíaco, incluida la confirmación de fibrosis reticulínica y la caracterización del infiltrado linfoplasmocítico mediante marcadores como CD138 y CD3. Asimismo, se evaluó la presencia de HHV-8 y, cuando estuvo indicado, se realizó la búsqueda de microorganismos en los tejidos.

De manera simultánea, se llevó a cabo un enfoque de exclusión diagnóstica para descartar entidades que pueden simular la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática/síndrome TAFRO (iMCD/TAFRO), incluidas neoplasias linfoides, síndrome POEMS, infecciones crónicas relevantes y enfermedades autoinmunes, de acuerdo con el cuadro clínico y las pruebas específicas disponibles.

La intervención terapéutica se documentó de acuerdo con los esquemas de tratamiento instaurados, incluido el inicio de rituximab y etopósido, así como las medidas profilácticas y de soporte concomitantes.

La evaluación de la respuesta se realizó mediante seguimiento clínico y paraclínico, considerando la evolución de los síntomas, los cambios en la carga ganglionar observados en los estudios de seguimiento, los marcadores inflamatorios y hematológicos, los parámetros del estado nutricional y la albuminemia, y la monitorización de la función renal. Además, se registraron los eventos adversos e infecciosos ocurridos durante el tratamiento.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito para la publicación del caso.

RESULTADOS

Presentación del caso

Mujer de 42 años, sin antecedentes familiares relevantes, con un cuadro clínico de cinco meses de evolución caracterizado por síndrome constitucional, linfadenopatías generalizadas, infecciones graves recurrentes, lesiones óseas líticas y blásticas inicialmente consideradas de probable origen metastásico, derrames pleural y pericárdico, hepatoesplenomegalia y sospecha de mieloptisis. Previamente había sido sometida a múltiples estudios sin obtener un diagnóstico definitivo, incluidas biopsias ganglionares y cutáneas con resultados no concluyentes.

Hallazgos clínicos

En el examen físico se identificaron adenopatías axilares y cervicales bilaterales, de morfología ovalada y sin efecto compresivo sobre las estructuras adyacentes. Los ruidos cardíacos eran rítmicos y no se auscultaron soplos. Los campos pulmonares se encontraban ventilados, con presencia de estertores bibasales. También se observó eritema, edema y aumento de la temperatura local en la mano derecha. El abdomen era blando, depresible y no doloroso a la

palpación, sin signos de irritación peritoneal. La evaluación neurológica no evidenció déficit motor ni sensitivo.

Tabla 1

Línea de tiempo

Date	Clinical event
February 2023	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> endocarditis
April 2024	Disseminated cryptococcosis
July 2024	Appendectomy
August 2024	Reticulin fibrosis (bone marrow biopsy)
September 2024	SARS-CoV-2 myocarditis
October 2024	Histologic diagnosis of iMCD-TAFRO
November 2024	Initiation of rituximab + etoposide treatment
May 2025	6 cycles of rituximab + etoposide completed; initiation of tocilizumab pending

Evaluación diagnóstica

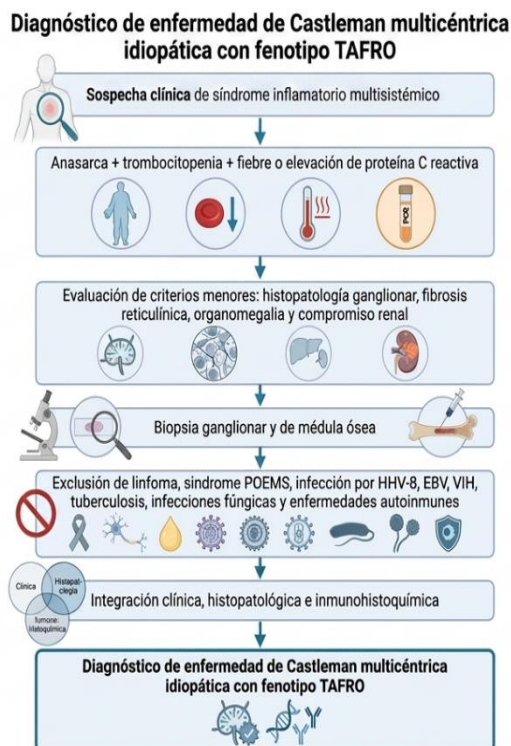
La correlación clinicopatológica fue compatible con síndrome TAFRO, de acuerdo con los criterios diagnósticos propuestos por Masaki et al. (2020), y fue corroborada mediante los hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos:

1. **Criterios mayores:** la paciente cumplió las tres categorías mayores: anasarca, evidenciada por derrames pleural y pericárdico; trombocitopenia, con recuento plaquetario inferior a 100.000/ μ L; e inflamación sistémica, manifestada por fiebre superior a 37,5 °C y elevación de la proteína C reactiva.
2. **Criterios menores:** la paciente cumplió las cuatro categorías menores: hallazgos histopatológicos ganglionares compatibles con enfermedad de Castleman, fibrosis reticulínica de la médula ósea, organomegalia e insuficiencia renal progresiva.
3. **Biopsia ganglionar:** evidenció expansión paracortical, regresión de los centros germinales, proliferación vascular e infiltrado plasmocitario policlonal CD138+, sin evidencia de infección por HHV-8.
4. **Biopsias de médula ósea y hueso ilíaco:** mostraron fibrosis reticulínica grado MF-3 según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, hematopoyesis escasa, abundantes células plasmáticas CD138+, linfocitos T CD3+ y tinciones negativas para CD56 y hongos.
5. **Diferenciación de la iMCD-NOS:** la paciente no presentó hipergammaglobulinemia ni infiltrado plasmocitario difuso, hallazgos que respaldaron su clasificación como iMCD-TAFRO y no como enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática no especificada de otra manera.
6. **Exclusión de diagnósticos diferenciales:** se descartaron linfoma, síndrome POEMS, infecciones crónicas por virus de Epstein-Barr, virus de la inmunodeficiencia humana y tuberculosis, así como enfermedades autoinmunes, mediante la evaluación clínica y las pruebas específicas disponibles.

Tabla 2*Cumplimiento de los criterios diagnósticos de síndrome TAFRO*

Tipo	Criterio	Hallazgo de la paciente	Cumplimiento
Mayor	Anasarca	Derrames pleural y pericárdico	Sí
Mayor	Trombocitopenia	Recuento plaquetario <100.000/ μ L	Sí
Mayor	Inflamación sistémica	Fiebre >37,5 °C y elevación de la proteína C reactiva	Sí
Menor	Histopatología ganglionar compatible	Regresión de centros germinales, proliferación vascular e infiltrado plasmocitario policlonal CD138+	Sí
Menor	Fibrosis reticulínica medular	Fibrosis reticulínica grado MF-3	Sí
Menor	Organomegalia	Hepatoesplenomegalia y linfadenopatías	Sí
Menor	Insuficiencia renal progresiva	Compromiso renal documentado y seguimiento por nefrología	Sí

Interpretación diagnóstica: la paciente cumplió las tres categorías mayores y las cuatro categorías menores propuestas por Masaki et al. (2020), superando el requisito de tres categorías mayores y al menos dos categorías menores para el diagnóstico de síndrome TAFRO. La histopatología ganglionar compatible y la exclusión sistemática de diagnósticos alternativos respaldaron su clasificación como enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática con fenotipo TAFRO (Figura 1).

Figura 1*Algoritmo diagnóstico aplicado para la confirmación del síndrome TAFRO en la paciente*

Nota. Elaboración propia con base en los criterios diagnósticos actualizados propuestos por Masaki et al. (2020).

Intervención terapéutica

Se inició tratamiento dirigido a la enfermedad con rituximab y etopósido. El primer ciclo fue administrado el 19 de noviembre de 2024 como estrategia inicial para una enfermedad agresiva, negativa para HHV-8, de acuerdo con la evidencia disponible para la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática con fenotipo TAFRO.

Debido al antecedente de infecciones oportunistas y al riesgo infeccioso asociado con la inmunosupresión, se indicó profilaxis antimicrobiana con fluconazol 400 mg/día, trimetoprim-sulfametoxazol y aciclovir.

Se administró profilaxis antitrombótica con dalteparina, considerando la movilidad reducida y el riesgo trombótico individual de la paciente, con vigilancia estrecha del recuento plaquetario y del riesgo hemorrágico.

Las medidas de soporte clínico incluyeron manejo del dolor óseo, corrección de las alteraciones electrolíticas, hidratación y seguimiento estrecho de la función renal.

Como parte de la ampliación diagnóstica y del seguimiento, se planificaron una tomografía por emisión de positrones combinada con tomografía computarizada (PET-CT), biopsias dirigidas de las lesiones óseas y una nueva biopsia ganglionar axilar para ampliar la caracterización histológica y molecular.

Seguimiento y desenlaces

Durante el seguimiento inicial posterior al primer ciclo de tratamiento, entre noviembre y diciembre de 2024, la paciente presentó una respuesta clínica parcial, caracterizada por mejoría progresiva de la astenia, la fiebre y el dolor óseo. Asimismo, se documentó una reducción moderada de las linfadenopatías mediante ecografía de seguimiento.

Los parámetros inflamatorios y hematológicos mostraron estabilización. La proteína C reactiva disminuyó hasta 2,1 mg/dL, el recuento plaquetario se mantuvo por encima de 90.000/ μ L y la concentración sérica de albúmina aumentó.

La paciente presentó adecuada adherencia y tolerancia al tratamiento con rituximab y etopósido, sin eventos adversos graves. Durante el periodo evaluado no se documentaron nuevos episodios infecciosos, en el contexto de la profilaxis antimicrobiana instaurada.

No fue necesaria la terapia de reemplazo renal; sin embargo, se mantuvo el seguimiento por nefrología y la vigilancia periódica de la función renal.

Se planificó la continuación del esquema de immunoquimioterapia, con evaluación multidisciplinaria para determinar la necesidad de intensificación, cambio o mantenimiento terapéutico de acuerdo con la respuesta a los ciclos posteriores. La paciente recibió educación sobre signos de alarma y acompañamiento psicosocial. Al finalizar seis ciclos de rituximab y etopósido, se encontraba pendiente la valoración para el inicio de tocilizumab.

DISCUSIÓN

El síndrome TAFRO es una forma infrecuente de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática, caracterizada por un curso rápidamente progresivo y potencialmente fatal. Su diagnóstico se basa en la integración de criterios clínicos y patológicos y requiere la exclusión sistemática de entidades como el lupus eritematoso sistémico, los linfomas de células T, los síndromes mielodisplásicos, las infecciones crónicas y otras enfermedades inflamatorias, debido a la ausencia de biomarcadores específicos (Igawa & Sato, 2018; Paydas, 2018).

La fisiopatología se relaciona con una respuesta inflamatoria sistémica mediada por citocinas, con participación de la interleucina 6, el ligando 10 de quimiocinas con motivo C-X-C (CXCL10/IP-10) y el factor de crecimiento endotelial vascular. A diferencia de otras formas de enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática, las concentraciones de inmunoglobulinas en el síndrome TAFRO suelen ser normales o bajas, y las linfadenopatías pueden ser de pequeño volumen, características que dificultan su reconocimiento temprano (Igawa & Sato, 2018).

No existe un protocolo terapéutico universalmente estandarizado para el síndrome TAFRO. Entre las opciones utilizadas se encuentran los corticosteroides, los inmunosupresores como la ciclosporina A, el rituximab y los agentes dirigidos contra la interleucina 6, como el tocilizumab y el siltuximab. Sin embargo, la respuesta terapéutica es heterogénea (Akiyama et al., 2020; Igawa & Sato, 2018).

En una revisión sistemática, el 51,6 % de los pacientes tratados con tocilizumab alcanzó una respuesta completa, mientras que los demás presentaron una respuesta parcial o ausencia de respuesta, especialmente en presencia de anasarca persistente, trombocitopenia y compromiso renal, según Akiyama et al. (2020). Esta variabilidad sugiere que la interleucina 6 no constituye el único mediador involucrado y respalda la necesidad de individualizar el tratamiento. La mortalidad reportada se encuentra aproximadamente entre el 11 % y el 13 %, lo que evidencia la necesidad de establecer recomendaciones clínicas sustentadas en evidencia de mayor calidad (Akiyama et al., 2020; Igawa & Sato, 2018).

El caso presentado corresponde a una mujer de 42 años con manifestaciones cardinales del síndrome TAFRO y hallazgos histopatológicos compatibles. La coexistencia de infecciones graves previas, lesiones óseas, derrames serosos, fibrosis reticulínica avanzada y estudios iniciales no concluyentes incrementó la complejidad diagnóstica y exigió una exclusión cuidadosa de enfermedades infecciosas y neoplásicas.

El tratamiento con rituximab y etopósido permitió alcanzar una respuesta clínica parcial, acompañada de la estabilización de los parámetros inflamatorios y hematológicos. La profilaxis antimicrobiana, el seguimiento de la función renal y las demás medidas de soporte fueron componentes relevantes del abordaje. Aunque se consideró el uso posterior de tocilizumab, su

inicio se encontraba pendiente durante el periodo descrito; por tanto, no es posible atribuirle la respuesta observada.

Este abordaje multidisciplinario resalta la importancia de la intervención temprana y, al mismo tiempo, evidencia la ausencia de un estándar terapéutico uniforme. El caso ilustra la diversidad fenotípica del síndrome TAFRO y las dificultades para establecer una estrategia terapéutica única para una enfermedad grave y todavía insuficientemente comprendida (Igawa & Sato, 2018; Paydas, 2018).

Los casos de síndrome TAFRO descritos en América Latina continúan siendo escasos. Freire José et al. (2017) reportaron en Brasil el caso de una paciente con fiebre, anasarca, trombocitopenia, esplenomegalia, deterioro renal y falla multiorgánica, quien presentó una respuesta favorable al tratamiento combinado con corticosteroides, tocilizumab y rituximab. En comparación, la paciente del presente reporte presentó un curso clínico más prolongado, antecedentes de infecciones graves recurrentes, lesiones óseas y fibrosis reticulínica grado MF-3, y alcanzó una respuesta parcial con rituximab y etopósido sin requerir terapia de reemplazo renal.

En Colombia también se ha comunicado un caso de síndrome TAFRO que inicialmente simuló lupus eritematoso sistémico, lo que demuestra la capacidad de esta entidad para superponerse con enfermedades autoinmunes y otros síndromes inflamatorios (Puerta et al., 2022). El presente caso se diferencia por el antecedente de criptococosis diseminada y por la dificultad para distinguir entre una infección persistente y una enfermedad inflamatoria asociada con la enfermedad de Castleman. Estas diferencias resaltan la heterogeneidad clínica del síndrome y la necesidad de incrementar su reconocimiento en América Latina.

Perspectiva de la paciente

“La experiencia fue muy difícil. Al principio no entendía lo que me estaba sucediendo; pasé por muchos exámenes, hospitales e infecciones. Finalmente, el diagnóstico me dio algo de claridad. Estoy agradecida con el equipo médico que no se rindió. Aunque todavía continúo en tratamiento, me siento más fuerte”.

Consentimiento informado

La paciente otorgó consentimiento informado escrito para la publicación de este reporte de caso y de la información clínica anonimizada.

CONCLUSIONES

El síndrome TAFRO constituye una variante infrecuente, agresiva y potencialmente fatal de la enfermedad de Castleman multicéntrica idiopática, cuyo reconocimiento temprano continúa siendo un desafío debido a la ausencia de biomarcadores específicos y a su superposición clínica con enfermedades infecciosas, autoinmunes y hematológicas. La integración de criterios clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos es fundamental para establecer el diagnóstico y diferenciarlo de otras formas de enfermedad de Castleman multicéntrica.

Este caso resalta la importancia de sospechar síndrome TAFRO en pacientes con trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticulínica, organomegalia, compromiso renal o inflamación sistémica persistente, especialmente cuando se han descartado diagnósticos diferenciales como linfoma, síndrome POEMS, infecciones crónicas y enfermedades autoinmunes. La biopsia ganglionar y la biopsia de médula ósea resultan esenciales para documentar los hallazgos compatibles y orientar el abordaje diagnóstico.

El tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinario, dado que no existe un esquema terapéutico universalmente estandarizado. En este caso, el uso de rituximab y etopósido, acompañado de soporte clínico integral y profilaxis antimicrobiana, permitió alcanzar una respuesta parcial inicial. La evolución clínica evidencia la necesidad de seguimiento estrecho, evaluación continua de la respuesta terapéutica y consideración de estrategias adicionales, como terapias dirigidas contra IL-6, según la progresión y tolerancia de la paciente.

La experiencia obtenida con este caso tiene implicaciones para la práctica clínica, ya que demuestra la necesidad de considerar tempranamente el síndrome TAFRO en pacientes con inflamación sistémica persistente, citopenias, anasarca y compromiso multiorgánico sin una causa definida. Debido a la escasez de evidencia disponible, especialmente en América Latina, se requieren registros multicéntricos, series de casos y estudios prospectivos que permitan caracterizar mejor su presentación clínica, evaluar la efectividad de las diferentes estrategias terapéuticas e identificar factores asociados con la respuesta y el pronóstico.

REFERENCIAS

- Akiyama M, Kaneko Y, Takeuchi T. Tocilizumab for the treatment of TAFRO syndrome: a systematic literature review. *Ann Hematol.* 1 de noviembre de 2020;99(11):2463-75.
- Fujimoto S, Sakai T, Kawabata H, Kurose N, Yamada S, Takai K, et al. Is TAFRO syndrome a subtype of idiopathic multicentric Castleman disease? *Am J Hematol.* septiembre de 2019;94(9):975-83.
- Fajgenbaum DC, van Rhee F, Nabel CS. HHV-8-negative, idiopathic multicentric Castleman disease: novel insights into biology, pathogenesis, and therapy. *Blood.* 8 de mayo de 2014;123(19):2924-33.
- Iwaki N, Fajgenbaum DC, Nabel CS, Gion Y, Kondo E, Kawano M, et al. Clinicopathologic analysis of TAFRO syndrome demonstrates a distinct subtype of HHV-8-negative multicentric Castleman disease. *Am J Hematol.* febrero de 2016;91(2):220-6.
- Masaki Y, Kawabata H, Takai K, Kojima M, Tsukamoto N, Ishigaki Y, et al. Proposed diagnostic criteria, disease severity classification and treatment strategy for TAFRO syndrome, 2015 version. *Int J Hematol.* junio de 2016;103(6):686-92.
- Paydas S. TAFRO syndrome: Critical review for clinicians and pathologists. *Crit Rev Oncol Hematol.* 1 de agosto de 2018;128:88-95.
- TAFRO Syndrome. [Internet]. [citado 20 de agosto de 2025]. Disponible en: https://reference.medscape.com/medline/abstract/29157612?utm_source=chatgpt.com