

LA ADICIÓN DE RITUXIMAB A LA QUIMIOTERAPIA AUMENTA LA TASA DE RESPUESTAS Y LA SUPERVIVENCIA EN UNA SERIE DE 64 PACIENTES CON LINFOMA PRIMARIO DE MEDIASTINO (LPM)

O. Salamero, L. Arenillas, A. Gaya, S. Mercadal, G. Gutiérrez, F. Bosch, A. Muntañola, E. Giné, A. Martínez-Pozo, L. Colomo, E. Campo, E. Montserrat y A. López-Guillermo

Instituto de Hematología y Oncología (ICMHO), Unidad de Hematopatología, Servicio de Hematología, IDIBAPS, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Objetivo: Analizar las características clínicas y biológicas, los factores pronósticos y en particular el impacto de la adición de rituximab al tratamiento en una serie de pacientes con LPM diagnosticados en una única institución.

Pacientes y métodos: Sesenta y cuatro pacientes (29V/37M; edad mediana: 37 años), diagnosticados de LPM según los criterios de la OMS en un solo centro en un periodo de 15 años. Se estudiaron las principales características clínicas (edad, sexo, estado general, enfermedad voluminosa, estadio, afección ganglionar y extraganglionar, cifras séricas de albúmina, LDH y beta2-microglobulina e IPI) y biológicas (entre ellas, la expresión de CD30, bcl-2 y bcl-6), así como el impacto del tratamiento en la evolución de estos pacientes.

Resultados: todos los casos analizados expresaban CD20, mientras que la proporción de casos positivos para CD79a, CD30, bcl-2 y bcl-6 fue de 50%, 25%, 57% y 30%, respectivamente. El índice proliferativo (Ki67) fue elevado en el 98%. Todos los pacientes presentaban masa mediastínica. 40 enfermos (63%) se hallaban en estadio localizado, mientras que 35 (54%) presentaban afección extraganglionar (pulmón, 12; pleura/pericardio, 12; partes blandas, 4; hígado, 2; ovario, 2; y estómago, páncreas, tráquea, suprarrenal, hueso, tiroides y mama, 1 cada uno). La distribución según el IPI fue la siguiente: riesgo bajo, 22 pacientes; intermedio/bajo, 15; intermedio/alto, 15 y alto, 12. El tratamiento se basó en quimioterapia con adriamicina (CHOP estándar o intensificado) hasta 2002 (N=49) y los mismos regímenes con rituximab desde ese momento (N=12). Tres enfermos recibieron regímenes sin adriamicina. Tras la quimioterapia se realizó radioterapia sobre mediastino en la mayoría de sujetos. La respuesta al tratamiento, valorable en 63 casos, fue la siguiente: RC, 42 pacientes (67%); RP, 5; fracaso terapéutico, 16 (entre ellos, dos pacientes fallecidos durante el tratamiento). Tras un seguimiento mediano de 7 (0-15) años, 11 de 42 pacientes en RC recayeron, con un riesgo de recidiva de 24% (IC 95%: 10-38) a los 5 años. 26 pacientes han fallecido (24 por progresión del LPM y 2 por neoplasias secundarias). La supervivencia a los 5 años fue del 56% (IC 95%: 44-68%). En la tabla se detallan la respuesta, riesgo de recaída y supervivencia según el tratamiento:

	QT sin Rituximab (N=49)	QT con Rituximab (N=12)
Seguimiento mediano (años)	7	2
Tasa RC (%)	67	82
Pacientes primariamente refractarios (%)	27	0
Recaída a 3 años (%)	27	12
Supervivencia a 3 años (%)	54	90*

*p=0,05

Las únicas variables con valor pronóstico desfavorable para la supervivencia fueron la edad >60 años, la afección extraganglionar y el tratamiento sin rituximab.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes es pequeño, las diferencias en cuanto a la tasa de RC y la supervivencia en los enfermos tratados con rituximab sugieren que, al igual que ocurre con otros tipos de linfoma, también los pacientes con LPM se benefician del tratamiento quimio-inmunoterápico.