

ANÁLISIS INTERMEDIO DEL REGISTRO QUIT (REGISTRO ESPAÑOL DE PACIENTES CON HEMOPATÍAS MALIGNAS QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA INTRATECAL)

J.M. Sancho, J.M. Ribera, N. Alonso, G. Deben, A. Fernández de Sevilla, P. Fernández-Abellán, R. Arranz, E. Sánchez, C. Nicolás, M. Blanes, L. Vázquez, J. Arias, J.A. García-Vela, E. Abella, C. Panizo, A. Rueda, E. Conde, en representación de los investigadores del Registro QUIT (grupos PETHEMA, GELTAMO y GOTEL)

Fundamento y objetivo: La infiltración del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con hemopatías malignas es una complicación infrecuente que comporta un mal pronóstico. La profilaxis y tratamiento de la infiltración del SNC en leucemias agudas (LA) y linfomas no hodgkinianos (LNH) no es homogénea. El objetivo del registro QUIT fue describir la práctica de la profilaxis y el tratamiento de la infiltración neuromeningea en pacientes con LA y LNH en España.

Pacientes y método: Estudio prospectivo desde junio a diciembre de 2005. Se registraron electrónicamente de forma consecutiva los pacientes adultos (≥ 18 años) diagnosticados de hemopatías malignas que recibieron quimioterapia intratecal (IT) como profilaxis o tratamiento de la infiltración en el SNC.

Resultados: Se incluyeron 242 pacientes procedentes de 27 hospitales. La media (DE) de edad fue 48 (16) años y 133 (55%) eran varones; 142 tenían LA y 100 LNH. 1. *Pacientes con LA:* 85 LAL y 57 LAM. Tratamiento de la infiltración del SNC: 17 casos, 11 al diagnóstico y 6 en el momento de la recaída (5 aisladas, 1 combinada). El tratamiento IT consistió en triple IT (TIT, MTX+ARAC+Hidrocortisona) en 14 y citarabina depot liposomal en 3 pacientes. Profilaxis sobre el SNC: 125 pacientes, TIT en 104 (83%), MTX IT en 19 (15%), ARAC IT en 1 (1%) y citarabina depot liposomal en 1 (1%) paciente. En ningún caso se administró irradiación craneal como profilaxis o tratamiento. 2. *Pacientes con LNH:* 56 B difuso de célula grande, 18 Burkitt, 5 folicular, 5 células del manto, 10 T y 6 de otros subtipos; 70% en estadio IV, 52% síntomas B, 31% enfermedad voluminosa, 79% afectación extranodal (médula ósea 43%, > 1 localización extranodal 44%), 64% LDH aumentada, 68% IPI ≥ 3 . Tratamiento de la infiltración del SNC: 24 pacientes, 16 al diagnóstico y 8 en primera (5) o sucesivas recaídas (3). El tratamiento sobre el SNC consistió en TIT en 15/24 pacientes (62%), citarabina depot liposomal IT en 8/24 (33%) y MTX IT en uno (4%). La profilaxis del SNC se administró a 76 pacientes, principalmente debido a afectación extranodal (85%), histología agresiva (66%), LDH aumentada (46%), IPI ≥ 3 (31%), enfermedad voluminosa (26%) e infección por el VIH (10%). La profilaxis IT consistió en TIT en el 88%, MTX IT en 9% y citarabina depot liposomal IT en 3%; en 3 casos (2 como tratamiento y 1 como profilaxis) se administró radioterapia sobre el SNC.

Conclusiones: En España, la profilaxis y el tratamiento de la infiltración neuromeningea en pacientes con LA son homogéneos. En cambio, en los LNH existe una disparidad de las indicaciones de la profilaxis del SNC. El TIT fue el esquema más frecuente de profilaxis y tratamiento del SNC tanto en LA como en LNH. Llama la atención la administración de nuevos fármacos, como la citarabina depot liposomal, para el tratamiento y la profilaxis en LNH y LA, así como la escasa utilización de la irradiación craneal.