

SUPERVIVENCIA Y TOXICIDAD TRAS 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LINFOMA FOLICULAR EN ESTADIO AVANZADO SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS COMO TRATAMIENTO DE CONSOLIDACIÓN EN PRIMERA LÍNEA

A.C. Oliveira¹, M. Arnan¹, M. Encuentra¹, E. Domingo-Domenech¹, A. Fernández de Sevilla¹, J. Petit¹, J. Sarrá¹ y E. González-Barca¹

¹Servicio de Hematología Clínica, ICO, Hospital Duran i Reynals. Idibell. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Objetivo: Analizar la supervivencia y la toxicidad tardía de los pacientes con LF que, tras conseguir respuesta completa (RC) y respuesta clínica con QTP, recibieron TAPH de 1ª línea.

Pacientes y métodos: Entre 1994 y 1999, 15 pacientes jóvenes (< 60 años) diagnosticados de LF en estadio avanzado en RC y en respuesta clínica (adenopatías < 3 cm, linfocitosis en médula ósea < 20%, ausencia de afectación visceral) tras la QTP de 1ª línea, se sometieron a un TAPH de sangre periférica (6 casos) o de médula ósea (9 casos) tras acondicionarse con ciclofosfamida e irradiación corporal total (ICT). Las variables se compararon mediante el test exacto de Fisher y las curvas de supervivencia se realizaron por el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Las características clínicas de los pacientes al diagnóstico fueron: edad mediana 44 años (límites 23-58), varones 8 (53%), estadio IV: 15 (100%), síntomas B al diagnóstico 5 (33%), MO infiltrada al diagnóstico 13 (87%), CHOP como QTP previa al TAPH: 8 (53%), RC a la QTP previa al TAPH: 7 (47%) y respuesta parcial 8 (53%). Los pacientes con FLIPI #> 3 fueron 5/11 (46%) y con IPI #> 3 fueron 3/15 (21%). Dos (13%) pacientes fallecieron por toxicidad durante al TAPH. Con una mediana de seguimiento 10,3 años (límites 6,8-13,7), la supervivencia global (SG) es de 64% y la supervivencia libre de evento (SLE) es de 49%. Dos pacientes (13%) desarrollaron mielodisplasia y leucemia aguda secundaria a los 6,3 y 6,5 años del procedimiento y ambos fallecieron. Ningún paciente ha fallecido por progresión de linfoma.

Conclusiones: El TAPH en LF en pacientes seleccionados consigue una muy buenas tasas de SLE y SG a largo plazo. La mortalidad peritrasplante hoy día es mucho menor que la descrita en esta serie. La incidencia de displasia y leucemia aguda secundaria es alta tras recibir un régimen de acondicionamiento con ICT. Es posible que en pacientes seleccionados y con regímenes de acondicionamiento que no incluyan ICT, el TAPH sea un buen tratamiento de consolidación en primera línea.