

RECUESTO DE LINFOCITOS T Y CÉLULAS NK EN RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA

J. Contesti, A.P. González, A.J. González, M.E. González, V. Robles, C. Fernández, C. Palicio, E. Arija, L. Huergo, S. González

<sup>1</sup>Servicio de Hematología. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). <sup>2</sup>Unidad de Inmunología Tumoral. IUOPA. Universidad de Oviedo. <sup>3</sup>Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**Introducción:** La teoría de la inmunovigilancia postula que el sistema inmunitario a través de los linfocitos T y células NK es capaz de eliminar células tumorales. Aunque los linfocitos T en la Leucemia Linfática Crónica (LLC) no forman parte del clon maligno y parecen morfológicamente normales, están descritas numerosas alteraciones en esta población: aumento del número absoluto de linfocitos T, la inversión de la ratio CD4/CD8 y el aumento del número de células T CD4 y CD8 con características fenotípicas de activación.

**Objetivos:** Analizar las subpoblaciones linfocitarias T y NK al momento del diagnóstico en pacientes con LLC y correlacionarlos con la evolución clínica.

**Métodos:** Realizamos un estudio epidemiológico observacional analítico de casos. Se incluyeron en el estudio 59 pacientes consecutivos que acudieron a nuestra consulta, caucásicos, diagnosticados de LLC con más de tres meses de seguimiento desde el momento diagnóstico. Se clasificó a los pacientes según presentasen Enfermedad Estable o Progresiva siguiendo los siguientes criterios: tiempo de duplicación linfocitario menor a 1 año, progresión a un estadio clínico más avanzado (Rai), desarrollo de síntomas sistémicos (fiebre, sudoración importante o pérdida de peso mayor al 10% de su peso basal), desarrollo de un síndrome de Richter, disminución de la concentración de hemoglobina o del recuento absoluto de plaquetas (Hb <13,5 g/dL para hombres y Hb <11,5 g/dL para mujeres, plaquetas <150x10<sup>9</sup>/L). Ante la presencia de una o más de estas características se consideró al paciente como Enfermedad Progresiva. Se calcularon: 1) Valores absolutos de las subpoblaciones linfocitarias (TCD4 y CD8) y células NK al diagnóstico. 2) Ratio entre los valores absolutos de linfocitos T, CD4, CD8 y células NK en relación con los valores absolutos de linfocitos B (ej. T/NK:B).

**Resultados:** Según nuestros criterios 34 pacientes (58%) fueron clasificados como enfermedad estable y 25 (42%) como enfermedad progresiva. Ambos grupos sin diferencias significativas en cuanto a la media de edad y del tiempo de seguimiento desde el diagnóstico. Se observó que los pacientes con enfermedad progresiva tienen un menor número de células NK y ratio NK/B en el momento del diagnóstico respecto a los pacientes con enfermedad estable. No se encontró diferencias significativas para el resto de las subpoblaciones linfocitarias estudiadas (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación del número absoluto y relativo de las subpoblaciones linfocitarias T CD4, CD8 y células NK entre pacientes con enfermedad estable y progresiva			
	Estables n = 34 (58%)	Progresivas n = 25 (42%)	P
Linfocitos (x10 <sup>9</sup> /L)	15,705	15,670	ns
Linfocitos B (x10 <sup>9</sup> /L)	12,023	12,965	ns
Linfocitos T (x10 <sup>9</sup> /L)	2,426	2,271	ns
CD4	1,372	1,245	ns
CD8	0,925	0,883	ns
CD4/CD8	1,98	1,55	ns
Células NK (x10 <sup>9</sup> /L)	0,757	0,428	0,041
Ratios			
LT/B	0,42	0,31	ns
CD4/B	0,24	0,16	ns
CD8/B	0,15	0,13	ns
NK/B	0,13	0,06	0,028

**Conclusiones:** Estos datos podrían sugerir que los pacientes con una mayor capacidad de respuesta inmunitaria para controlar el clon neoplásico, representada por un mayor incremento de las células NK al inicio de la enfermedad, tendrían una evolución más indolente de su enfermedad relacionada con su función de inmunovigilancia.