

LINFOMAS ASOCIADOS A INFECCIÓN POR VIH. REVISIÓN A PROPÓSITO DE 27 CASOS

C. Gorcea, J.L. López, E. Prieto, M. Pérez, E. Askari, I. Mahillo, P. Llamas

Servicio de Hematología y Hemoterapia. IIS Fundación Jiménez Díaz. Universidad Autónoma. Madrid

Introducción: La infección VIH predispone a desarrollar enfermedades malignas, incluyendo diferentes subtipos de linfoma. Por otro lado el diagnóstico de linfoma puede ser el punto de detección de infección VIH. Los avances en la terapia antirretroviral han disminuido la inmunosupresión, contribuido a la mejora del pronóstico y cambiado el espectro de neoplasias linfoides asociadas.

Objetivo: Analizar una serie de pacientes con linfoma e infección VIH diagnosticados en nuestro centro entre 2006-2011.

Pacientes y métodos: 27 pacientes VIH con linfoma: 24H y 3M, edad media 45 años (r: 18-57). Se analizó: fecha del diagnóstico VIH, tto antirretroviral, carga viral (CV) y no CD4. En relación con el linfoma: subtipo histológico, estadio, IPI, LDH, B2microglobulina, tratamiento y evolución.

Resultados: La media de edad al diagnóstico de VIH fue 35 años, momento en que la mayoría inició tto. antirretroviral. En 8/27 el diagnóstico se realizó conjuntamente, iniciándose el tto antirretroviral entonces. Los subtipos más frecuentes fueron: Linfoma B difuso de célula grande 11/27; Linfoma Hodgkin (LH) 7/27; Burkitt 6/27; Linfoma de cavidades 2/27. Presentaban afectación extraganglionar 24/27 y 18/27 tenían un estadio IV al diagnóstico con una mediana de IPI de 3. Utilizamos los siguientes esquemas de QT: Burkimab 5, CHOP-R 9, ABVD 7, Hyper-CVAD 2, CHOP 2, otros esquemas 2. En el subgrupo de LH, 2/7 eran subtipo celularidad mixta, 1/7 esclerosis nodular, 1/7 variante extranodal clásica y 3/7 de difícil tipificación histológica. Presentaban afectación extraganglionar 5/7 y la respuesta al tto fue: 4/7 RC, 2 *éxitus* y en 1 se perdió el seguimiento. Globalmente, alcanzaron RC 15/27, todos manteniendo la respuesta con una mediana de seguimiento de 23.5 meses. Fallecieron 11/27 pacientes, 5 por refractariedad/progresión, 4 por toxicidad/complicaciones infecciosas de forma precoz y 2 tras recaída. La tasa de mortalidad precoz al mes fue del 2% y la tasa de mortalidad global de 40%. La probabilidad de sobrevivir hasta 40 meses fue del 50%.

Conclusiones: La distribución de edades, subtipos y resultados en nuestros pacientes es similar a la descrita en otras series. Se trata de enfermedades con factores de mal pronóstico (IPI elevado) con resultados similares a población no VIH. Los esquemas de tto. utilizados son los convencionales y las respuestas son las esperables. La toxicidad/complicaciones infecciosas son un problema importante a mejorar. También se requieren esquemas más eficaces para mejorar el control de la enfermedad.