

QUIMIOTERAPIA ESPECÍFICA Y RITUXIMAB EN PACIENTES CON LINFOMA/LEUCEMIA DE BURKITT, INDEPENDIENTEMENTE DE LA INFECCIÓN POR EL VIH. RESULTADOS DE UN ESTUDIO EN FASE II (BURKIMAB)

J.M. Ribera, O. García, C. Grande, J. Esteve, J. Bergua, A. Oriol, B. Xicoy, J. González-Campos, P. Montesinos, J.M. Hernández-Rivas, M. Tormo, P. Miralles, D. García-Borrego, N. Alonso, S. Brunet, M.J. Moreno, J.A. Hernández-Rivas, F. Vall. Ilovera, E. del Potro, M.A. Sanz, E. Feliu, D. Hoelzer

ICO - Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Carreras. Universidad Autónoma de Barcelona y Grupo PETHEMA

Fundamento y objetivo: La adición de rituximab a la quimioterapia específica en linfoma/leucemia de Burkitt (LLB) ha deparado resultados prometedores, pero muchos estudios excluyen los pacientes VIH+. Se presentan los resultados y la toxicidad de un estudio en fase II que incluye pacientes con LLB independientemente de su estado de infección por el VIH.

Métodos: Prefase con CFM y PDN, seguida de ciclos (A, B, C) que incluyen rituximab, IFM y altas dosis de ARA-C y MTX. Los pacientes en estadios localizados recibieron 4 ciclos (A1, B1, C1 y A2) y el resto recibieron 6 ciclos (A1, B1, C1, A2, B2, C2), más 2 dosis adicionales de rituximab. Los pacientes ≥ 55 años recibieron sólo los ciclos A y B, con 50% de reducción en las dosis de MTX y ARA-C.

Resultados: Entre 2004 y 2010 se incluyeron 121 pacientes, con una mediana de seguimiento de 2 años (límites 0,4-7). Edad mediana 45 años (límites 15-83), estadios III-IV 97(80%), leucemia de Burkitt 24 (20%), LDH aumentada 108 (91%), ECOG > 2 54 (45%). IPI ajustado a edad: bajo 6 (5%), bajo-intermedio 17 (14%), intermedio-alto 48 (41%) y alto 47 (40%). La única diferencia entre los pacientes HIV- (n = 80) y HIV+ (n = 41) fue la edad (48 años vs. 42 años, p = 0,03). Resultados del tratamiento (HIV-: 73 pacientes vs. HIV+: 40): RC 63 (86%) vs. 33 (83%), muerte en inducción 4 (5%) vs. 5 (13%), resistencia 4 (5%) vs. 2 (5%), exclusión 2 (HIV-), recaídas 4 (5%) vs. 2 (5%) (MO aislada: 2, SNC aislado: 2, MO+SNC: 1, extraganglionar: 1), muerte en RC durante quimioterapia 3 (4%) vs. 5 (13%), p = 0,12. Probabilidad de SG a 4 años 79% (IC 95%: 69%-89%) vs. 67% (52%-82%) (p = 0,11), SL de enfermedad 90% (82%-98%) vs. 79% (65%-93%) (p = 0,12), y SL de evento 76% (66%-86%) vs. 62% (47%-77%) (p = 0,17). Toxicidad grados 3-4 (VIH+ vs. VIH-). En pacientes < 55 años la toxicidad hematológica (92% vs. 65%), la mucositis (31% vs. 10%) y las infecciones (41% vs. 29%) fueron significativamente más frecuentes en pacientes VIH+. Para los pacientes ≥ 55 años, sólo la neutropenia en los ciclos A (91% vs. 67%) fue significativamente más frecuente en los pacientes VIH+.

Conclusiones: Los resultados del protocolo BURKIMAB son buenos. Aunque la toxicidad hematológica, las mucositis y las infecciones fueron más frecuentes en los pacientes VIH+ la CR, SG y la SLE no fueron significativamente diferentes según el estado de infección por el VIH.

Financiado en parte por la José Carreras Leukämie-Stiftung e.V. Cooperation project DJCLS H 06/03 (GMALL-PETHEMA), RD06/0020/1056 de la RTICC, Instituto de Salud Carlos III, y P-EF/10 de la FJC.