

## TRATAMIENTO CON BENDAMUSTINA-RITUXIMAB EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

A. Rodríguez Fernández, I. Fernández Román, M. García Díez, E. Arbelo, J.A. Vera Goñi, A. Figuredo Manrique  
*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

La leucemia Linfática Crónica es un síndrome linfoproliferativo que representa el 30% de las Leucemias. Su incidencia es de 5 casos por 100.000 habitantes. Es especialmente frecuente en ancianos, no llegando los menores de 40 años al 10% (edad media 70 años). Actualmente el tratamiento estándar en pacientes jóvenes y sin comorbilidad es Fludarabina, Ciclofosfamida y Rituximab. Para pacientes que no reúnan estas características no existe tratamiento estándar. En ancianos y en casos de anemia hemolítica autoinmune (AHAI) el uso de Fludarabina es cuestionable.

Comunicamos 4 casos en los que por diferentes motivos (edad, comorbilidad, Anemia hemolítica autoinmune) se ha elegido el régimen Bendamustina –Rituximab (B-R).

**Caso 1:** mujer de 62 años con Insuficiencia Cardíaca NYHA II. Durante 3 años estuvo en tratamiento observacional; posteriormente recibió Clorambucilo y ante la falta de respuesta se cambió a Fludarabina y Ciclofosfamida. Recibiendo este tratamiento desarrolló AHAH que obligó a suspenderlo, recibir corticoides y esplenectomía. Ante nuevos datos de progresión se decide nueva línea de tratamiento con B-R. En la actualidad la paciente con 2 ciclos presenta respuesta parcial sin toxicidad hematológica ni extrahematológica.

**Caso 2:** varón de 63 años con Diabetes Mellitus 2 (DM2), TEP bilateral e infecciones de repetición en tratamiento observacional durante 5 años, comenzó quimioterapia por AHAH de repetición resistente a corticoterapia. Inicialmente recibió 6 CVP pasando posteriormente a Ciclofosfamida, Rituximab y Dexametasona (2 ciclos). Un año después presenta adenopatías retroperitoneales que obligan a nueva línea de tratamiento con B-R. Tras un primer ciclo no se han detectado toxicidades y las respuestas son aceptables incluyendo el control de la hemólisis.

**Caso 3:** Varón de 57 años sin antecedentes en tratamiento observacional durante 10 años. Debuta con crisis hemolítica de difícil control con corticoterapia y gran linfocitosis (400000/mc) por lo que comienza quimioterapia con B-R en primera línea, 4 ciclos hasta la actualidad, con excelente tolerancia y desaparición de la linfocitosis pero con persistencia de anemia (hemolítica + aplásica).

**Caso 4:** mujer de 79 años con DM2, Fibrilación auricular en tratamiento observacional durante 3 años y posteriormente con Clorambucil (1 año) sin respuesta. Se cambia de línea de tratamiento a B-R habiendo finalizado los 6 ciclos previstos y alcanzando respuesta completa. Escasa toxicidad, únicamente 2 episodios de neutropenia sin fiebre ni infección evidente.

**Conclusiones:** La utilización de B-R es una alternativa bien tolerada en pacientes con AHAH de difícil control. Confirmamos en nuestros pacientes que provoca escasa neutropenia y episodios de infecciones (ya descritos en linfomas foliculares). En el poco tiempo de tratamiento que llevan la mayoría de estos pacientes se puede decir que presentan una buena respuesta inicial con control de la carga tumoral y buena tolerancia al tratamiento. El control de la hemólisis se ha producido en 2/3 de nuestros pacientes por lo que se necesitan más estudios para valorar la eficacia de esta combinación en casos de AHAH.