

TRATAMIENTO PROMETEDOR EN LNH-B DE BAJO GRADO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M. Callejas, H. Guillén, N. Curto, J. García Suárez, J.J. Gil, E. Magro, M.A. Calero, M. López Rubio, Y. Martín, T. Pascual, C. Burgaleta

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid)

Introducción: Bendamustina se caracteriza por una actividad bifuncional: induce a la apoptosis debido a su actividad alquilante e inhibe la división celular por su efecto similar a los antimetabolitos. En varios estudios, ha demostrado ser eficaz en pacientes diagnosticados de linfoma no Hodgkin B (LNH-B).

Objetivos: Analizar los resultados de eficacia y toxicidad de Bendamustina en pacientes diagnosticados de LNH-B de bajo grado y linfomas de células del manto en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 20 pacientes tratados desde Junio de 2007 a Noviembre de 2010. La distribución del subtipo histológico fue: 11 folicular, 4 marginal, 3 tipo MALT y 2 de células del manto. El estadio Ann Arbor al diagnóstico fue: I (1/20), II (4/20), III (1/20), IV (14/20) con un IPI/FLIPI de 0 (4/20), 1 (4/20), 2 (4/20), 3 (6/20) y 4 (2/20). La mediana de edad fue de 65.5 años (29-81). La mediana de líneas de tratamiento previas fue de 2 (0-6). La mayoría presentaban un ECOG 0-1 (90.5%). Los esquemas de tratamiento más usados fueron: 11 B-R (Rituximab), 5 BOP-R (Vincristina y Prednisona), 2 B-Mitoxantrone-R, 1 B-D (Dexametasona) y 1 B en monoterapia. La mediana de ciclos recibidos fue de 4.5 (2-7). La dosis más usual utilizada fue de 90 mg/m² (81%) 2 días consecutivos cada 28 días. 10 pacientes (50%) requirieron G-CSF entre ciclos, con una mediana de 1 (0-7).

Resultados: La tasa de respuestas de los pacientes fue la siguiente: 10 (50%) remisiones completas (RC), 2 (10%) remisiones parciales (RP), 2 (10%) no respuestas (NR) y 6 (30%) progresiones (PR).

Cabe destacar que los pacientes que progresaron tenían datos de transformación a alto grado y, algunos de ellos, habían sido refractarios a líneas previas (>2 líneas). La mediana de seguimiento sin progresión de los pacientes que alcanzaron RC+RP fue de 9.5 m (1-23 meses); y ninguno ha requerido una nueva línea de quimioterapia posterior.

El 35% de los pacientes (7/20) fallecieron por progresión: los 6 que progresaron (PR) tras Bendamustina y 1 de los que no alcanzó respuesta (NR).

El otro paciente que no alcanzó respuesta tiene enfermedad estable con otro esquema terapéutico.

Los efectos secundarios más frecuentemente observados fueron hematológicos: neutropenia grado III/IV: 50% (10/20), anemia grado III/IV: 10% (2/20) y trombopenia grado III/IV: 20% (4/20). No se observó alopecia, mucositis ni dermatitis tóxica secundaria. 12/91 ciclos (12%) en 8 pacientes fueron retrasados por neutropenia y 7 ciclos (7.7%) requirieron ingreso hospitalario por neutropenia febril.

Conclusiones:

- En nuestra serie, aunque corta, se alcanza una tasa de respuestas (RC+RP) del 60%; superiores cuantas menos líneas de tratamiento previas haya recibido el paciente.
- El esquema de tratamiento con Bendamustina + Rituximab puede convertirse en los próximos años en terapia de primera línea para linfoma folicular, linfoma de células del manto, y otros linfomas indolentes de células B; debido a su excelente tolerancia, escasa toxicidad y buena calidad de respuesta.