

EFICACIA Y SEGURIDAD DE DEPOCYTE® (CITARABINA LIPOSÓMICA) EN PACIENTES CON AFECTACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR LINFOMA NO HODGKIN (LNH)

J.A. García-Marco^a, E. Ruiz Sanz^a, G. Perez^b, B. Navarro Matilla^a, L. Palomera^c, F.J. Capote^d, C. Vallejo^a, A. Fernandez de Sevilla^e, E. Sanchez^f, A. Cantalapiedra^g, R. Pérez^h, J. Casalⁱ, J. Díaz Mediavilla^j, F.R. García^k, Y. Martín^l, A. Alvarez^m, T. Garcíaⁿ y C. Panizo^o

^aHospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; ^bHospital Severo Ochoa, Leganés; ^cHospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ^dHospital Puerta del Mar, Cadiz; ^eInstitut Catalá d'Oncologia Durán i Reynals, Barcelona; ^fHospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona; ^gHospital Rios Ortega, Valladolid; ^hHospital Gregorio Marañón, Madrid; ⁱHospital Meixoeiro, Vigo; ^jHospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid; ^kComplejo Hospitalario de Pontevedra; ^lHospital Principe de Asturias, Alcalá de Henares; ^mHospital del Mar, Barcelona; ⁿHospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ^oClínica Universitaria de Navarra.

Introducción: La meningitis linfomatosa (ML) se presenta en el 5% de los pacientes con linfoma difuso de célula grande B (LDCGB) y, con mayor frecuencia en pacientes con linfoma de alto grado. El tratamiento convencional de la ML incluye múltiples (2–3/semana) inyecciones intratecales de citarabina o metotrexato, lo que aumenta la carga que se impone a los pacientes y los profesionales sanitarios. Los objetivos del tratamiento son la prevención y mejoría de los síntomas neurológicos y el mantenimiento de la calidad de vida. DepoCyt[®] es una formulación de liberación sostenida de citarabina para administración intratecal que mantiene concentraciones terapéuticas en el líquido cefalorraquídeo (LCR) durante 2 semanas.

Metodología: Presentamos una serie de 23 pacientes (mediana de edad 43 años, intervalo 21–74; 13 varones) con ML (14 pacientes al diagnóstico y 9 en recidiva) de 17 hospitales españoles, a los que se trató con DepoCyt[®] intratecal (media 3,5 inyecciones, intervalo 1–9) desde marzo/04 hasta diciembre/05.

Resultados: Se observaron respuestas citológicas (eliminación de células del LCR) en 8 de 12 pacientes con LDCGB, 3 de 3 con LB, 1 de 1 con LL, 1 de 2 con linfoma MALT, 2 de 2 con linfoma folicular (LF), 1 de 1 con linfoma primario del SNC (LPSNC) y 1 de 2 con LNH T periférico. Se observaron respuestas neurológicas en 8 de 12 pacientes con LDCGB (6 RC, 2 EE), 2/3 con LB (1 RC, 1 RP), 1/1 con LL (RP), 1/2 con linfoma MALT (RC), 2/2 con LF (2 RC), 1/1 con LPSNC (EE) y 2/2 con LNH T periférico (1 RP, 1 EE). La tasa de respuestas globales fue del 74% tanto para la respuesta citológica como para la neurológica (43,5% RC, 13% RP, 17,5% EE). Evolutivamente, se produjo progresión de las alteraciones neurológicas en el 83% de los pacientes, incluyendo 9/12 pacientes con LDCGB, después de 7–330 meses (6 permanecían vivos en el momento de elaborar la última actualización), 3/3 con LB después de 28–90 meses (2 vivos), 1 con LL después de 30 meses (muerto), 2/2 con LNH MALT después de 8 y 95 meses (muertos), 2/2 con LF después de 150 y 300 meses (ambos vivos), 1/1 con LPSNC (muerto) y 1/2 con LNH T periférico a los 20 meses (vivo). En la actualidad, el 48% de los pacientes están vivos. La toxicidad secundaria al DepoCyt[®] fue tolerable. Así, el 52% de los pacientes no experimentó reacciones adversas, y los efectos adversos más frecuentes asociadas a la administración de DepoCyt[®] fueron cefaleas (8), vómitos (4) y náuseas (3), con un caso de fiebre y otro con alteraciones neurológicas.

Conclusiones: Los resultados preliminares de la presente serie demuestran la viabilidad, eficacia, seguridad y tolerabilidad de DepoCyt[®] en el tratamiento de la ML asociada a diferentes subtipos histológicos de LNH. La administración quincenal y consolidación mensual de DepoCyt[®] son mucho más cómodas que las alternativas convencionales. Por ello, consideramos que DepoCyt[®] podría ser el fármaco de elección en la ML.