

LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULA GRANDE PRIMARIO DE MEDIASTINO CON ESCLEROSIS (LBPM): ESTUDIO DE 24 PACIENTES EN UNA ÚNICA INSTITUCIÓN.

Sancho E^a, Sancho JM^a, Mate JL^b, López L^a, Vives S^a, Piernas S^a, Flores A^a, Oriol A^a, Batlle M^a, Xicoy B^a, Ferrà Ch^a, Juncà J^a, Navarro JT^a, Millà F^a, Feliu E^a, Ribera JM^a.

^aServicios de Hematología Clínica y ^bAnatomía Patológica. Institut Català d' Oncologia-Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.

Fundamento y objetivo: El LBPM es un subtipo histológico del linfoma B difuso de célula grande con unas características específicas. Los objetivos fueron describir las características clínico-biológicas, así como la respuesta al tratamiento y la supervivencia en una serie de 24 pacientes con LBPM diagnosticados en un solo centro.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LBPM en un hospital durante 19 años (junio de 1988 a mayo de 2007). Se recogieron las características demográficas, clínicas y biológicas, así como el tratamiento realizado y la respuesta al mismo.

Resultados: Se estudiaron 24 pacientes. La mediana de edad fue de 29 años (extremos 18-70) y 18 (75%) eran mujeres. Doce pacientes (50%) presentaban síndrome de vena cava superior, 15 (62,5%) un ECOG 0-1 y 11 (45,8%) signos B. La mediana de LDH fue 245,5 UI/L (extremos 114-1148) (11 casos tenían un valor de LDH superior al normal) y la de β 2 microglobulina de 1,65 mg/L (extremos 0,8-3). Diecinueve casos (79,2%) tenían masa mediastínica voluminosa y 10 (41,7%) afectación extraganglionar. Índice Pronóstico Internacional (IPI) ajustado a la edad (23 pacientes evaluables): 0-1 en 15 enfermos (62,5%) y 2-3 en 8 (37,5%). Estadío inicial: I 6 pacientes (25%), II 7 (29,2%), III 3 (12,5%) y IV 8 (33,3%). Los regímenes de poliquimioterapia (QT) administrados fueron: Mega-CHOP en 3 enfermos (12,5%), CHOP en 7 (29,2%), Rituximab-CHOP en 9 (37,5%) y otros tratamientos en 5 (20,8%). Se realizó radioterapia complementaria sobre el mediastino en 17 pacientes (77,3%). De los 22 casos que han completado el tratamiento, se obtuvo la RC en 17 (77,4%), RP en 3 (13,6%) y fracaso en 2 (9%). No se observaron diferencias significativas en la respuesta al tratamiento entre los pacientes tratados con QT y rituximab (n=9) y los tratados únicamente con QT (n=15). En el análisis univariante, no se observó ningún factor predictivo de respuesta. Cinco pacientes (29,4%) recayeron (localmente n=2, sistémica n=3) y en 3 de ellos (60%) se obtuvo respuesta (RC ó RP) al tratamiento de rescate. No hubo diferencias en la frecuencia de recaídas en función de haber recibido radioterapia mediastínica. Con una mediana de seguimiento de 56 meses, las probabilidades de SG y SLE a los 4 años fueron del 68% (IC 95%: 47-89%) y del 78% (IC 95%: 56-100%), respectivamente. Ningún factor, ya sea aislado o agrupado en el IPI, resultó ser predictivo para la SLE y SG.

Conclusiones: En esta serie de pacientes se obtuvo una alta tasa de RC con la administración de regímenes de poliquimioterapia intensiva asociada o no a rituximab. Al igual que en otras series descritas en la bibliografía, el IPI no demostró ser un factor predictivo de respuesta al tratamiento.

Financiado en parte con la beca P-EF/06 de la FIJC.