

RITUXIMAB Y POLIQUIMIOTERAPIA INTENSIVA EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOMA Y LEUCEMIA DE BURKITT EN PACIENTES INFECTADOS Y NO INFECTADOS POR EL VIH

Oriol^a, J.M. Ribera^a, J. Bergua, E. Giménez Mesa, C. Grande, J. Esteve, S. Brunet, M.J. Moreno, L. Escoda, J.M. Hernández-Rivas; en nombre del grupo PETHEMA,

^aICO-Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

Antecedentes y objetivo: El protocolo PETHEMA ALL3/97 para el tratamiento de la leucemia y linfoma de Burkitt (LB) demostró una eficacia similar en pacientes infectados por el VIH y en pacientes inmunocompetentes (Haematologica 2003;88:445-453). En el presente estudio se analizó el impacto, en toxicidad y en eficacia, de la adición de rituximab al tratamiento quimioterápico intensivo, particularmente en pacientes infectados por el VIH.

Pacientes y métodos: Los pacientes diagnosticados de LB en estadios III-IV entre julio de 2003 y enero de 2006 fueron tratados con una prefase con ciclofosfamida (CPM) y prednisona (PDN), seguida de 6 ciclos de tratamiento intensivo (A1,B1,C1,A2,B2,C2), donde los ciclos A consistían en rituximab (R), ifosfamida (IFO), vincristina (VCR), dexametasona (DXM), metotrexato a altas dosis (MTX), citarabina (ARA-C) y tenipósido (VM26), los ciclos B consistían en R, VCR, MTX, CPM, DXM y doxorubicina (DOX) y los ciclos C incluían R, DXM, vindesina, MTX, ARAC y etopósido (VP16). Todos los pacientes recibían dos dosis adicionales de R una vez completado el tratamiento y profilaxis del sistema nervioso central (SNC) con un total de 8 dosis intratecales de MTX+ARA-C+DXM en los ciclos A y B.

Resultados: Se compararon los resultados de los primeros 30 adultos incluidos (15 HIV-negativos y 15 HIV-positivos). Ambos grupos fueron comparables respecto a edad, sexo, ECOG inicial, afectación de médula ósea y SNC, presencia de masas voluminosas y datos biológicos (LDH y albúmina). Todos los pacientes VIH+ recibieron tratamiento antiretroviral de alta eficacia desde antes del diagnóstico (10) o lo empezaron con el primer ciclo (5) y éste se mantuvo durante todo el tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 15 meses (rango 6-48). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en términos de tasa de remisiones completas (85% y 64% para VIH negativos y positivos respectivamente), supervivencia libre de enfermedad al año (93% y 71%) o supervivencia global (83% y 53%). La neutropenia y trombocitopenia grado 4 se presentó en todos los ciclos y duró una mediana de 7 días (rango 2 – 31). Otras toxicidades de grado 3-4 incluyeron alteración de la bioquímica hepática (8% de los ciclos), mucositis (18%) e infecciones (18%). La toxicidad extrahematológica grado 3-4 fué más frecuente en pacientes HIV+ (65% de ciclos con mucositis, $p=0.04$; 65% con infecciones, $p=0.04$ y 62% con hipertransaminasemia, $p=NS$).

Conclusiones: La adición de rituximab al tratamiento específico de la LB es también factible en pacientes HIV+: Aunque en estos pacientes la toxicidad, particularmente infecciosa y digestiva, es superior, los resultados en términos de eficacia son cercanos a los de los pacientes HIV negativos.

Con el soporte de la beca P-EF-06 de la Fundación José Carreras para la Lucha Contra la Leucemia.