

LINFOMA NO HODGKIN NK-T.EXPERIENCIA EN UN CENTRO

García Iglesias L^a., Noriega V^a., Martín S^a., Muñoz S^a., Deben G^a.,Alvarez A^b., Torres JP^a., Varela R^a., Batlle J^a.

^aServicios de Hematología y ^bA. Patológica. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Los LNH NK presentan baja incidencia en Europa. Edad media de presentación entre la 4^a y 6^a década, varones–mujeres (1.5-1). Se diferencian 4 tipos histológicos, célula pequeña, mediana, grande y pleomórfica con similar distribución y pronóstico. Se asocia en un 95-100% de los casos con el VEB. El inmunofenotipo es positivo para marcadores linfoides NK y T. Se localizan inicialmente en la cavidad nasal y rinofaringe invadiendo estructuras adyacentes. La diseminación ocurre en aproximadamente un 22% de los pacientes, preferentemente al SNC y piel; afectación de médula ósea y leucemización son excepcionales. Las primeras manifestaciones suelen ser obstrucción nasal, epistaxis o afectación ocular . 13-34% de los pacientes presentan síntomas B. El tratamiento más eficaz no está aun establecido, aunque si es aconsejable profilaxis intratecal. Tampoco está establecido el papel del Transplante de progenitores hematopoyéticos(TPH).

Pacientes y método: Se hace una revisión de pacientes diagnosticados de LNH NK en nuestro Servicio entre 1996-2007. **Caso 1:** Varón, 39a, obstrucción nasal sin síntomas B, ocupación de fosas nasales, diseminación hepática y ganglionar. Recibió CHOP x 6, con refractariedad. Rescate ESHAP, ICE y AutoTPH alcanzando remisión completa (RC) en octubre 2005 que se mantiene hasta el momento. **Caso 2:** Varón, 30a: lesión costo-necrótica en pulpejo de 3º dedo de mano derecha de 2 meses de evolución, sin síntomas B. No infiltración a distancia Se trató CHOP x 6 con buena evolución, alcanzando RC que se mantiene desde hace 7 meses. **Caso 3:** Mujer, 25a con cefalea y tumefacción en cara. Adenopatías regionales, sin otro dato de diseminación. Tratamiento: 42 Gy de radioterapia(RT), CHOP x 3, con progresión; rescate con ESHAP x 1 y AutoTPH con RC en el año 2000 hasta la actualidad. **Caso 4:** Varón, 60a, clínica de 2 meses de evolución de obstrucción nasal y epistaxis, no síntomas B. Tratamiento: CHOP x 6 y 40 Gy de RT alcanzando RC, se mantiene 120 meses. **Caso 5:** Varón, 48a, con afectación ganglionar diseminada y síntomas B. Tratamiento: MegaCHOP x 6 y AutoTPH con mala respuesta, no alcanzando RC, progresión y éxitus. **Caso 6:** Mujer, 47a: diplopía y ptosis ocular por afectación de seno maxilar derecho, no extensión a distancia. Se trató con 40 Gy de RT, CHOP x 2 y ESHAP x 1, con leucemización y éxitus. **Caso 7:** Mujer, 47a: ceguera ocular derecha y parálisis VI par, infiltración craneal extensa y afectación de LCR. Se trató con 60 Gy RT y CHOP14 x 8. Pendiente de realizar AutoTPH.

Conclusión: Aunque no está establecido el régimen terapéutico más eficaz para este tipo de Linfomas, en nuestra experiencia, los casos que se han tratado de manera conjunta con radio y quimioterapia seguido de manera inmediata a AutoTPH, han tenido más remisiones completas continuas.