



V-242. - LINFOMA PRIMARIO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL VERSUS RECIDIVA NEUROLÓGICA DE LINFOMA EXTRA-MENÍNGEO: VARIABLES PRONÓSTICAS Y EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE 517 PACIENTES

J. Alonso Alonso, G. Barreiro García, A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo (Vizcaya).

Resumen

Objetivos: Identificar variables pronósticas de recidiva neurológica en linfomas no Hodgkin (LNH) y evaluar su evolución frente a linfoma 1º del sistema nervioso central (SNC).

Métodos: Estudio retrospectivo de datos recogidos prospectivamente en la cohorte de pacientes con LNH tratados en el Servicio de M Interna del H.U. de Cruces desde enero de 1988 a diciembre de 2007, continuando la observación hasta diciembre de 2012. Se excluyen pacientes con SIDA y linfomas de alto grado (linfoblástico y Burkitt). Se analizan variables habitualmente relacionadas con recidiva neurológica. Se compara la evolución de ambos tipos de linfoma neurológico (1º o 2º) así como el tipo de afectación: meníngea o encefálica. Se practicó profilaxis de recidiva neurológica vía sistémica o intratecal en pacientes de riesgo (afectación histológica de médula ósea, testicular, de senos paranasales o mediastínica en linfomas de célula grande, T periférica o del manto). El tratamiento de la afectación neurológica 1ª o 2ª incluyó metotrexato y citarabina vías sistémica e intratecal (por reservorio de Ommaya o lumbar) y ocasionalmente radioterapia. Métodos estadísticos: descriptivos, t de Student, χ^2 , Fisher, ANOVA, log-rank test, Kaplan-Meier y análisis multivariante de regresión de riesgo proporcional de Cox.

Resultados: Se incluyen 517 pacientes, 51% mujeres con edad mediana de 65 años (15-88); 20% con linfomas indolentes no foliculares (LINF), 20% foliculares (LF), 45% linfomas B difusos de célula grande (LBDCG), 7% linfomas del manto (LM) y 8% linfomas T periféricos (LTP). Tuvieron afectación primaria del SNC 9 pacientes, uno con LF, uno con LTP y 7 con LBCGD. Sufrieron recaída en SNC 18 pacientes: dos con linfoma linfoplasmacítico (uno transformado), uno con linfoma de linfocitos pequeños transformado, tres LTP, 2 LM y 10 linfomas BCGD. La mediana del tiempo hasta recaída fue de 10 meses (3-180) y la mediana de supervivencia (SV) de 4,5 meses (2-13) en las recidivas y de 13 meses (6,5-180) en los primarios. Cuatro de los pacientes con linfoma cerebral primario viven más de 6 años (uno en quimioterapia por recidiva). Se detectó afectación clínica meníngea en 13 (72%) de los linfomas recidivados y encefálica en 28% de los recidivados y en todos los primarios. En el análisis multivariante solo fueron significativas, como asociadas con recidiva neurológica, más de una afectación extraganglionar (HR: 12; p: 0,001) y tratamiento con rituximab en LBCGD (HR: 0,25; p: 0,048). La SV fue superior en linfoma 1º del SNC (p: 0,004 por LRT) no encontrándose otras variables significativas en el análisis multivariante comparativo.

Discusión: La diversa extracción de los pacientes en los estudios sobre el tema puede explicar las diferentes conclusiones obtenidas, así como un tiempo de observación limitado o registros retrospectivos. Estas limitaciones pueden considerarse excluidas de nuestra cohorte. El mal pronóstico de las recidivas en SNC se explica por coexistencia habitual de linfoma extrameningeo refractario a tratamiento. Por el contrario en el linfoma cerebral primario pueden conseguirse supervivencias prolongadas con quimioterapia.

Conclusiones: Incluso en linfomas de bajo grado pueden detectarse recaídas neurológicas tardías. Se confirma más de una afectación extranodal como variable de riesgo de recaída en el SNC. La SV es superior en LF cerebral primario si bien la frecuente edad avanzada de los pacientes dificulta la administración de la quimioterapia más activa.