

Comentarios y conclusiones de la mesa sobre Leucemia Linfocítica Crónica, Mieloma Múltiple y Macroglobulinemia

Sánchez Avalos JC (Coordinador),
Huberman A y Bezares RF (Secretarios),
Aggio M, Albina R, Amoroso Copello MP,
Corrado C, Fantl D, Marín C y Rendo P.

*Primera Reunión Científica de la Sociedad Argentina de Hematología -
Realizada en colaboración con E.S.O.-Buenos Aires, 26 de marzo de 1998.*



ARTICULO
ESPECIAL

HEMATOLOGIA, Vol. 2 N° 2: 68-69
Mayo - Agosto

1) Criterios de tratamiento, en primera línea, en la LLC:

En los pacientes sin enfermedad activa es aconsejable no administrar tratamientos citorreductores, y sólo realizar controles clínico-hematológicos periódicamente. Este criterio se aplica especialmente en los estadios iniciales de la enfermedad (Rai: O-I; Binet: A). Ocasionalmente, pacientes en estadios más avanzados pueden presentarse sin signos de actividad.

En pacientes con enfermedad activa (síntomas B, adeno y/o hepatoesplenomegalia progresiva, tiempo de duplicación de los linfocitos menor de 12 meses, citopenias por infiltración medular), es conveniente iniciar tratamiento para evitar la progresión de la enfermedad y procurar obtener la remisión. De acuerdo con las características clínicas del paciente (edad, "performance status", factores de pronóstico, tratamientos anteriores, etc.) se recomienda utilizar agentes alquilantes (Clorambucil o Ciclofosfamida, con o sin corticoesteroides), quimioterapia combinada (ej. COP; CHOP) o Fludarabina.

La Fludarabina permite obtener, en forma más rápida, mayor número de remisiones y mayor duración de las mismas. Sin embargo, como monodroga no ha demostrado prolongar significativamente la vida de los pacientes. Se recomienda un estricto control de la eventual aparición de manifestaciones autoinmunes, ya que esta medicación puede inducir y agravar las mismas (ej. AHA, PTA).

2) Criterios de tratamiento en la LLC en recaída o resistente a tratamientos de primera línea. Indicaciones del auto y alotransplante de CPH:

En los pacientes que han recibido agentes alquilantes se aconseja el tratamiento con Fludarabina. También se

han comunicado resultados favorables con 2-CDA (2-clorodeoxiadenosina).

En los pacientes en recaída luego de tratamiento con Fludarabina, se puede intentar la asociación Fludarabina-Ciclofosfamida.

En pacientes menores de 50 años, en recaída y resistentes a tratamientos de primera línea y de rescate, puede considerarse la administración de altas dosis de quimioterapia y el alotransplante de células progenitoras hemopoyéticas (CPH), si bien se sabe que este procedimiento tiene una mortalidad elevada.

El autotransplante de CPH en la LLC se halla en etapa experimental y, por el momento, debe ser considerado en el contexto de un protocolo de investigación.

3) Criterios de tratamiento en el Mieloma Múltiple. Indicaciones para el auto y el alotransplante de CPCH:

Para la indicación del tratamiento, en el Mieloma Múltiple, es necesario tener en cuenta la edad y las características clínicas del paciente, así como los factores de pronóstico.

En el MM "indolente" no se aconseja administrar tratamiento hasta que se demuestre progresión de la enfermedad. Se aconseja mantener un estricto control de la evolución de estos enfermos.

En pacientes con MM en progresión y edad avanzada (mayores de 70 años), independientemente de los factores de pronóstico, el esquema de tratamiento inicial aconsejable es Melfalan-Prednisona. Si la afección presenta características de agresividad y/o rápida progresión (ej. insuficiencia renal, gran masa tumoral,

etc.) puede utilizarse VAD (si la función cardíaca es normal), o Dexametasona en dosis altas.

En el MM en progresión, en menores de 70 años, se utiliza la combinación Melfalan-Prednisona u otros esquemas de quimioterapia combinada. En pacientes sensibles al tratamiento, cuando se plantea la indicación de altas dosis de quimioterapia seguida de autotrasplante de CPH, es aconsejable utilizar VAD para inducir la remisión de la enfermedad previamente. La quimioterapia seguida de autotrasplante, si bien permite obtener períodos de remisión prolongados, no conduce a la curación de la enfermedad y por ese motivo es aconsejable utilizarla en el contexto de un "protocolo de estudio controlado".

La quimioterapia mieloablativa seguida de alotrasplante de CPH tiene actualmente una elevada mortalidad, encontrándose aún en etapa experimental.

4) Tratamientos de elección en la Macroglobulinemia:

En los pacientes con Macroglobulinemia "indolente" se aconseja control periódico, clínico y hematológico, hasta progresión de la enfermedad.

Cuando la enfermedad muestra signos de actividad,

con factores de pronóstico favorables, se aconseja el tratamiento con agentes alquilantes (Clorambucil, Ciclofosfamida, solos o asociados con corticosteroides).

En pacientes con factores de pronóstico desfavorables o en recaída, o resistentes al tratamiento con agentes alquilantes, se aconseja utilizar esquemas de poliquimioterapia (ej. M2) o análogos de las purinas (2-CDA, Fludarabina). Las experiencias con 2-CDA muestran mejores resultados en esta patología, en la actualidad.

En casos de "síndrome de hiperviscosidad" es necesario realizar plasmaféresis, en número y frecuencia variable según la respuesta clínica.

5) Otras consideraciones terapéuticas:

Tanto en LLC, como en el MM y en la Macroglobulinemia, los tratamientos con anticuerpos monoclonales, la inmunoterapia, el autotrasplante de CPH en pacientes resistentes a las terapéuticas conocidas, el alotrasplante de CPH "no mieloablativo", así como el uso de nuevos agentes quimioterápicos aún en fase experimental, deben ser considerados en el contexto de "protocolos de estudio controlados". Por ello no han sido considerados en estas recomendaciones.