



ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN LINFOMAS CUTÁNEOS

Reunión del Grupo Español de Linfomas cutáneos Palma de Mallorca, 10 de mayo de 2018

1. BRENTUXIMAB VEDOTIN EN EL TRATAMIENTO DE LINFOMA CUTÁNEO T

L. García Colmenero^a, F. Gallardo^a, A. Salar^a, B. Sánchez^a, O. Servitje^b, C. Muniesa^b, M.M. Andrade Campos^b, P. García Muret^c, T. Estrach^d y R. Pujol^a

^aHospital del Mar. ^bHospital de Bellvitge. ^cHospital Sant Pau. ^dHospital Clínic. Barcelona. España.

Introducción. Brentuximab vedotin es un anticuerpo anti-CD30 aprobado para el tratamiento del linfoma de Hodgkin refractario o en recaída y el linfoma anaplásico de células grandes CD30+ sistémico. Recientemente en un estudio randomizado fase III, se ha descrito como una alternativa eficaz en el tratamiento del linfoma cutáneo de células T primarios con expresión de CD30 (linfoma anaplásico CD30+ y micosis fungoide en fases avanzadas).

Objetivos. Revisar las características clínicas de los pacientes con linfoma cutáneo de células T (LCCT) tratados con brentuximab vedotin y evaluar la respuesta a dicho tratamiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados LCCT tratados con brentuximab vedotin en 4 centros de Cataluña. Se han revisado las características clínicas de los pacientes, los tratamientos previos, la indicación, la respuesta a brentuximab y los efectos secundarios.

Resultados. Describimos 10 casos de LCCT refractarios a otros tratamientos tratados con brentuximab (3 linfomas anaplásicos de células grandes CD30+, 6 micosis fungoide (estadios IB, IIB, IVA y IVB) y 1 síndrome de Sézary (IVA). Ocho pacientes eran varones con una edad media de 51 años (rango 42-76). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fueron 81 meses (rango 240-20). El porcentaje de células CD30 en la biopsia oscilaba entre 10-75%. Ocho de los pacientes presentaron respuesta clínica completa o casi completa entre el 1.º y el 8.º ciclo, un paciente que aún está en tratamiento presenta una respuesta parcial y un paciente fue éxito por la progresión del linfoma. El efecto secundario más frecuentemente observado fue una neuropatía periférica (50%).

Conclusiones. Brentuximab vedotin puede ser una alternativa terapéutica para el tratamiento de pacientes con LCCT CD30 positivo, incluso en pacientes con un bajo porcentaje de células CD30 en la biopsia. La incorporación de brentuximab vedotin en el arsenal terapéutico de los LCCT en fases avanzadas debe permitir en un futuro valorar su eficacia terapéutica en la práctica real, la duración de la respuesta terapéutica y el manejo de sus potenciales efectos secundarios.

2. EXPERIENCIA CON BEXAROTENO EN EL LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES CUTÁNEO PRIMARIO: PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS

M. Morillo Andújar^a, O. Servitje Bedate^c, C. Muniesa Montserrat^c, F. de la Cruz Vicente^b y R. Fernández de Misa Cabrera^d

^aServicio Dermatología. ^bServicio de Hematología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ^cServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ^dServicio de Dermatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.

Introducción. El linfoma anaplásico de células grandes (LACG) CD30+ es junto con la papulosis linfomatoide (PL) el segundo linfoma cutáneo de células T más frecuente tras la micosis fungoide. Se caracteriza por una proliferación de células anaplásicas. Por definición, más del 75% del infiltrado tumoral debe expresar CD30. La mayoría de los pacientes presentan lesiones únicas o localizadas en un área corporal y tan solo el 15-20% de pacientes desarrollan lesiones multifocales y mayor riesgo de desarrollar enfermedad extracutánea. El tratamiento de elección cuando la enfermedad es localizada es la radioterapia o la cirugía. Si las lesiones son multifocales, la primera línea de tratamiento suele ser el metotrexato. En las lesiones refractarias a estos tratamientos, estarían indicados otros fármacos como el bexaroteno, el IFN o la poliquimioterapia CHOP. El brentuximab es un anticuerpo anti-CD30 con resultados prometedores en los ensayos clínicos y que probablemente suponga una alternativa fundamental en el futuro próximo. El bexaroteno es un retinoide con acción inmunomoduladora, de habitual manejo en las unidades de linfomas cutáneos por su indicación en micosis fungoide aunque en el LACG hay escasa experiencia y con muy pocos casos publicados.

Casos clínicos. Se presentan cuatro casos clínicos de LACG cutáneo primario con lesiones multifocales tratados con bexaroteno oral. Los casos se extrajeron de entre los 58 LACG recogidos en un estudio multicéntrico del Grupo Español de Linfomas Cutáneos (GELC). Todos los pacientes tenían lesiones cutáneas múltiples al iniciar el bexaroteno y una evolución de la enfermedad superior a los 3 años. Las lesiones en tres de los casos habían sido refractarias a metotrexato y en dos pacientes además, recidivantes tras radioterapia y poliquimioterapia. Tras la introducción del bexaroteno, en tres pacientes se consiguió remisión completa (aunque uno de ellos falleció a los doce meses de inicio del tratamiento por otra causa) y en el cuarto paciente se obtuvo remisión parcial durante veinte meses. Se analizan factores a tener en cuenta en el tratamiento del

LACG, ventajas y desventajas observadas en estos casos tratados con bexaroteno con respecto al resto de tratamientos.

Conclusión. El bexaroteno puede ser eficaz en el tratamiento de los LACG con lesiones múltiples o multifocales, aunque debido a los pocos casos encontrados en la base de datos del GELC y los cuatro únicos casos publicados en la literatura es difícil obtener conclusiones definitivas. Otro factor limitante para medir la efectividad de los tratamientos en el LACG y la PL es la capacidad de resolución espontánea parcial o completa de las lesiones en aproximadamente un 20% de los casos, más frecuente en lesiones solitarias, y el que las recidivas ocurran hasta en un 40% de pacientes.

3. MICOSIS FUNGOIDE PALMOPLANTAR COEXISTIENDO CON LINFOMA ANAPLÁSICO CD30+ EN PACIENTE TRATADO CON CICLOSPORINA

E. Acebo Mariñas, A. Fernández de Larrinoa^a, V. Velasco Benito^a, O. Lasa Elgueza y N. Agesta Sánchez

Servicio de Dermatología y ^aAnatomía Patológica. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Bizakaia. España.

Varón de 39 años trabajador en taller de neumáticos, que acudió a nuestra consulta por lesiones eczematosas en manos y pies, muy pruriginosas, de 15 años de evolución. Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar y de gomas negras que resultaron negativas. Precisa un mínimo de 10 mg/día de prednisona para control parcial de su enfermedad por lo que inició ciclosporina, desarrollando 6 meses después lesiones tumorales ulceradas en pulpejo del pulgar y en la muñeca derecha. Tras múltiples biopsias se diagnosticó como una micosis fungoide palmoplantar con linfoma anaplásico CD30+ primario cutáneo asociado con estudio de extensión negativo. Tras tratamiento con interferón y RT el paciente permanece en remisión completa 15 meses tras el diagnóstico. Se discutirá la MF palmoplantar, la relación del linfoma anaplásico/MF con transformación con la ciclosporina y la dificultad para distinguir la MF tumoral con transformación a célula grande del linfoma anaplásico CD30+.

4. RITUXIMAB SISTÉMICO EN LOS LCCB

C. Muniesa^a, E. Domingo^b, M.T. Estrach^c, F. Gallardo^d, L. García-Colmenero^d, R.M Pujol^d, J. Marcoval^a y O. Servitje^a

Servicios de Dermatología. ^aHospital de Bellvitge. ^cHospital Clínic. ^dHospital del Mar. ^bServicio de Hematología. Institut Català d'Oncologia. Barcelona. España.

Introducción. Los linfomas B centrolímbicos (LBCF) y los linfomas B de la zona marginal (LBZM) suponen el 96% del total de los linfomas primarios cutáneos de células B (LPCCB). Ambos grupos tienen un buen pronóstico, con una supervivencia cercana al 100%, aunque con tendencia a las recidivas. El enfoque terapéutico es similar. Las lesiones únicas o regionales (estadios T1 y T2) se tratan habitualmente con intervención quirúrgica o radioterapia local. Mientras que en los casos refractarios o ante lesiones multifocales (estadios T3), estaría indicado el rituximab intraleisional o sistémico (solo o en combinación con análogos de las purinas -fludarabina o bendamustina-). Existe escasa literatura acerca del tratamiento con rituximab sistémico en los LPCCB. Únicamente existen 55 casos de LBCF y 18 casos de LBZM tratados con rituximab sistémico.

Objetivos. Analizar la tasa de respuesta, la recidiva, el tiempo libre de progresión y la duración de la respuesta del tratamiento con rituximab sistémico en los LPCCB (LBCF y LBZM). Ver si existen diferencias entre ambos grupos o diferencias entre los pacientes tratados con rituximab en monoterapia versus rituximab combinado con análogos de las purinas.

Material y métodos. Revisión de los LBCF y LBZM tratados con rituximab sistémico en 3 hospitales universitarios de Barcelona. Recogida de datos demográficos (sexo, edad al diagnóstico), estadio previo al inicio del tratamiento con rituximab, número de ciclos, respuesta al tratamiento, fecha de la respuesta, recidiva, fecha de la recidiva, fecha y estado en el último control.

Resultados. Se analizaron un total de 36 pacientes con LCCB (23 LBCF y 13 LBZM), de los cuales fueron 29 hombres y 7 mujeres con una edad media de 53 años. De los 36 pacientes tratados con rituximab sistémico: 30 lo recibieron en monoterapia, 5 en combinación con fludarabina y 1 con bendamustina. Veintisiete casos (75%) alcanzaron remisión completa de las lesiones, 7 (19%) remisión parcial y 2 enfermedades estables. En 15 casos (42%) se observaron reacciones locales con exacerbación de la lesiones tras la infusión. En ningún caso se constató una reacción adversa grave. La duración de la respuesta del rituximab en monoterapia fue de 13 meses (15m LBCF y 12m LBZM), mientras que para rituximab en combinación con fludarabina fue de 28 meses.

Conclusiones. El tratamiento de los LCCB con rituximab sistémico es eficaz y seguro. No existen diferencias entre los LBCF y LBZM en cuanto al tiempo hasta la recidiva o progresión y la duración de la respuesta. Se objetiva una mayor duración de la respuesta en el grupo tratado con rituximab y fludarabina.