

TRATAMIENTO DE LOS LINFOMAS CUTANEOS

Dr. Dimas Hernández*

Las modalidades de tratamiento incluyen: radioterapia, quimioterapia tópica, PUVA, quimioterapia sistémica e inmunoterapia.

Radioterapia: la dosis total recomendada es 3000 a 3600 cGy en 8 a 9 semanas. El grupo de Stanford ha reportado una sobrevida 50% a los 15 años de los T1 (placas limitadas), y en el grupo global de 192 pacientes T1 y T3 (tumores cutáneos) una sobrevida de 32% a los 15 años.

Quimioterapia tópica: se usa la mostaza nitrogenada durante 6 a 12 meses diariamente y luego 3 veces por semana durante otros 6 a 12 meses. El 40% desarrolla reacciones de hipersensibilidad. La respuesta completa en 243 pacientes tratados fue 64%, con 75% a 80% en lesiones T1 o T2 y 54% en lesiones T3.

PUVA: el tratamiento se da 3 veces a la semana hasta desaparición de las lesiones y luego un mantenimiento cada 2 o 4 semanas. El 60% de los pacientes puede alcanzar una remisión completa pero

requiere una terapia de mantenimiento para lograr una remisión promedio de 6 a 16 meses.

Quimioterapia sistémica: el tratamiento es fundamentalmente paliativo para tratar lesiones cutáneas refractarias o enfermedad extracutánea, y aunque puede alcanzarse un porcentaje de respuesta que puede llegar a un 70%, ninguna modalidad de tratamiento es curativo.

Los agentes más activos son: ciclofosfamida, clorambucil, platino, etopósido y metotrexate con una respuesta global de un 64% (20% - 25% de respuestas completas) y una duración media de 6 meses. Se ha usado la poli-quimioterapia (bleomicina-doxorubicina-metotrexate) con terapia local (mostaza) alcanzando una respuesta completa de un 70% y una sobrevida media de 16,5 meses.

Inmunoterapia: el interferon produce unas respuestas de un 50% en pacientes refractarios a otras terapias y en un 90% de pacientes sin tratamiento previo. La duración media de la respuesta es 6 meses.

Otros tratamientos recientes incluyen: los inhibidores de la adenosina deaminasa con o sin la administración concomitante de interferon, el ácido retinoico, la ciclosporina y el aciclovir.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bunn PA, Fuks Z. Cutaneous lymphomas. In Cancer, principles and practice of oncology. VT DeVita, S Hellma, SA Rosenberg eds. 3° ed. Philadelphia 1989, pp 1799-1808.
- 2.- Bunn PA, Bunn Jr, Ihde DC, Foon KA. The role of recombinant interferon alfa-2a in the therapy of cutaneous T-cell lymphomas. Cancer 1986; 57: 1689-1695.
- 3.- Zakem MH, Davis BR, Adelstein DJ, Hines JD. Treatment of advanced stage mycosis fungoides with bleomycin, doxorubicin, and methotrexate with topical nitrogen mustard (BAM-M). Cancer 1986; 58: 2611-2616.
- 4.- Saven A, Carrera CJ, Carson DA, et al. 2-Chlorodeoxyadenosine, an active agent in the treatment of cutaneous T-cell lymphoma. Blood 1992; 80: 587.
- 5.- Piro LD. 2-Chlorodeoxyadenosine: drug development priorities. J Clin Oncol 1992; 10: 1507-1510.
- 6.- Foss FM et al. Phase II study of pentostatin and intermittent high-dose recombinant interferon alfa-2a in advanced mycosis fungoides. J Clin Oncol 1992; 10: 1907-1913.

* Profesor agregado de clínica médica B. Escuela Vargas-UCV, Adjunto del servicio medicina 2, Hospital Vargas