

Nuevas terapias para el linfoma folicular consiguen largos períodos de supervivencia

El doctor **Maurizio Bendandi** publica una revisión de la efectividad de los tratamientos en la revista internacional de mayor impacto de la especialidad

CUN ■ El linfoma folicular - enfermedad neoplásica (oncológica) que afecta a los ganglios linfáticos- es manejado habitualmente como una enfermedad incurable. Sin embargo, una sustancial y creciente fracción de pacientes están logrando largos períodos de supervivencia libres de enfermedad. La aplicación de nuevas herramientas terapéuticas, entre las que se incluyen anticuerpos monoclonales, radioinmunoterapia y vacunas, así como nuevos y más activos agentes quimioterápicos están consiguiendo respuestas completas en la mayoría de los pacientes tratados. En algunos pacientes la enfermedad se encuentra en remi-

sión completa una década después del inicio del tratamiento.

EL FUTURO. De la investigación del conjunto de las terapias desarrolladas y aplicadas contra el linfoma folicular en los últimos tiempos, se deduce que pese al impresionante progreso terapéutico y biológico relacionado con esta enfermedad en la última década y pese a que un creciente y constante número de pacientes presentan realmente oportunidades de curarse, todavía existe bastante margen de mejora en el tratamiento.

Por otro lado, es necesario reconocer que incluso las herramientas pronósticas más

avanzadas no pueden predecir con total certeza el futuro clínico, de forma individual, de los nuevos pacientes diagnosticados de linfoma folicular.

CONCEPTO DE CURA. La ausencia de una definición consensuada de cura de la enfer-

medad, combinada con una mayor prolongación de las remisiones que se están obteniendo mediante tratamientos más agresivos complica la investigación clínica en el linfoma folicular. Sobre todo, y contrariamente a lo que es común en oncología, en el caso del linfoma folicular una remisión de la enfermedad más larga de 10 años no es sinónimo de cura. Estas consideraciones llevan al autor a proponer una definición de cura alternativa y específica para el linfoma folicular.

Una apreciación general en la investigación del linfoma folicular es que un paciente puede lograr una remisión clínica tras cada una de las posibles recaídas. Pero, con

Las nuevas herramientas terapéuticas incluyen anticuerpos monoclonales, radioinmunoterapia, vacunas y nuevos agentes quimioterápicos.

En el laboratorio GMP se realizan vacunas individualizadas para tratar el linfoma folicular.



la quimioterapia convencional, cada remisión será más corta que la anterior. Por eso, el autor propone ante todo que una nueva terapia se pueda probar en pacientes de nuevo diagnóstico siempre que se haya podido comprobar que dicho tratamiento novedoso induce, en pacientes que hayan sufrido recaída y de mal pronóstico, remisiones con duración significativamente mayor que la anterior. En la misma población de pacientes de mal pronóstico, entre la mitad y dos tercios de ellos se espera que mueran en un período comprendido entre los 5 y los 10 años posteriores al diagnóstico. En este colectivo, la cura puede ser definida como una remisión completa continua y subsecuente superior a 10 años y el doble de larga que el período anterior de remisión.

TRATAMIENTOS ESTÁNDAR ACTUALES. En principio parece razonable dar una oportunidad a los pacientes con linfoma folicular, cuya enfermedad se sitúa en las etapas iniciales, de ser curados mediante un campo de radioterapia (RT) y, en caso de recaída, reconsiderar el uso de una terapia sistémica.

Actualmente, la combinación de rituximab y quimioterapia es, en cambio, el tratamiento estándar para la mayoría de los pacientes nuevos diagnosticados de linfoma folicular en estadios avanzados, seguido en muchos casos por un tratamiento de mantenimiento inmunológico de varias tipologías: más

dosis de rituximab, interferon, o vacuna idiotipa. En esta última modalidad la Clínica se sitúa como uno de los líderes mundiales

Por otro lado, la primera recaída tras una combinación de rituximab y quimioterapia estándar se puede considerar el contexto más apropiado en el que probar nuevas, alternativas e incluso agresivas y potencialmente curativas opciones de tratamiento como el trasplante de médula, porque la duración de la respuesta a la terapia de primera línea estaría ya disponible para una eficaz comparación en todos y cada uno de los pacientes.



Maurizio Bendandi, en el laboratorio.

+
Referencia CA Cancer J Clin
 2008; 58:305-317
 DOI: 10.3322/CA.2008.0011