

Tratamiento del Linfoma de Burkitt con el esquema PANDA-Burkitt (BFM-NHL 90 modificado). Experiencia de un centro.

Jaime Retamal-Riquelme¹, Camila Torres-García², María Francisca Bass-Maturana³, Angelia Fernández-Hermoso³, Bárbara Puga-Larraín³, María Javiera Molina-Echegoyen³, María Gabriela Proaño-Citelly³, Andrés Soto-Silva⁴, Verónica Pérez-Rivera⁵, Sebastián Mundaca-Ovalle⁶, Rafael Benavente-Aránguiz⁷

1. Residente de Hematología, Hospital Del Salvador, 2. Residente de Medicina Interna, Universidad de Chile, 3. Hematóloga, Unidad de Hematología Intensiva, Hospital del Salvador, 4. Infectólogo, Hospital del Salvador, 5. Hematóloga, Hospital de Arica, 6. Hematólogo, Hospital de Antofagasta, 7. Hematólogo, Unidad de Hematología Intensiva, Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN:

El Linfoma de Burkitt (LB) en adultos representa 1 a 2% de los LNH pero su incidencia aumenta en personas viviendo con VIH. En pacientes aptos, se recomienda el uso de esquemas intensivos, aunque la mejor opción aún es discutida. En nuestro centro se utiliza el protocolo propuesto por el Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas del Adulto (PANDA), basado en el protocolo infantil BFM-NHL 90, el cual se adapta según el riesgo y la respuesta inicial. El objetivo de este trabajo es caracterizar a los pacientes con LB tratados en nuestro centro y sus desenlaces clínicos.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo de los pacientes con LB tratados en nuestro centro entre 2018 y 2024. Se evaluaron características de los pacientes, de la enfermedad y respuesta al tratamiento. Se realizó un análisis de sobrevida global (SG) mediante el método Kaplan-Meier y se evaluó el impacto de variables clínicas de manera univariada, usando la prueba de log-rank. Para el análisis estadístico se utilizó el programa R.

RESULTADOS:

Se encontraron 20 casos, con una mediana de edad de 37 años (rango 25-56), 85% hombres. El 65% de los casos estaban asociados a la infección por VIH, de los cuales el 38% tenía CD4 <200 cel/uL al momento del diagnóstico. El 75% se encontraba en etapa 3 o 4, siendo frecuente las masas >7cm (60%) y el compromiso extranodal (80%). Un 37% tuvo infiltración de médula ósea (MO) y un 16% compromiso de sistema nervioso central. El Ki-67 promedio fue 95%. Solo el 30% contó con estudio de FISH y únicamente para t(8;14). Los pacientes fueron clasificados como de riesgo alto en un 65% según el protocolo y en 35% según BL-IPI. Todos los pacientes excepto uno (PS 3) recibieron el esquema PANDA. De éstos, todos respondieron, aunque un 40% mostró una respuesta parcial (RP) después de dos ciclos. Con una mediana de seguimiento de 18 meses, la SG a 3 años alcanzó un 72%. Hasta el momento se han registrado 4 muertes, todas ellas precoces y por recaída de la enfermedad. No se encontraron factores asociados significativamente a mortalidad, incluyendo infección por VIH, BL-IPI, compromiso de SNC ni RP al segundo ciclo. Sí se observó una tendencia no significativa a menor SG en aquellos pacientes con infiltración de MO (88% vs 57%, p=0.2).

DISCUSIÓN:

Este estudio representa hasta el momento la serie más amplia de LB en Chile, incluyendo casos esporádicos y asociados a VIH. El predominio de presentaciones en etapas avanzadas con compromiso extranodal refleja el comportamiento agresivo característico de esta neoplasia. La SG obtenida con el esquema PANDA es comparable a otros protocolos internacionales. Las recaídas cuando ocurren son precoces, y parecen especialmente frecuentes en pacientes con infiltración medular. Sin embargo, el tamaño muestral limita la generación de conclusiones definitivas requiriendo estudios multicéntricos para confirmar estos hallazgos.