

AVENÇOS EN EL TRACTAMENT DELS LIMFOMES NO HODGKINIANS

J. ESTAPÉ I RODRÍGUEZ
(Hospital Clínic i Provincial. Barcelona)

I. LA PROBLEMÀTICA. — Deslligada la malaltia de Hodgkin del tronc comú dels limfomes, la resta foren agrupats entorn d'un aspecte negatiu: i així nasqué la denominació de limfomes *no* hodgkinians.

Relegat l'estudi d'aquests per l'apassionament general envers la malaltia de Hodgkin, ara es troba en una fase d'expansió. Es repeteix la història del tractament de les leucèmies agudes *no* limfoblàstiques, perseguint i imitant el previ progrés del de les leucèmies limfoblàstiques.

Els problemes fonamentals dels limfomes *no* hodgkinians són:

a) *Nomenclatura i classificació histològica*, la qual, havent transcendit la simple denominació de «limfosarcoma-reticulosarcoma», comprèn tanmateix excessives variants, la qual cosa desvirtua les correlacions pronòstiques i terapèutiques, aspectes vitals per al progrés contra les malalties neoplàstiques malignes.

b) Essent desconeguda en una bona part llur *història natural*, els estadis els són aliens, i hom accepta pragmàticament —però sense cap convicció ni entusiasme— els de la malaltia de Hodgkin.

Conseqüència d'ambdós apartats, podem deduir que les indicacions terapèutiques *no* són encara sòlidament fonamentades.

II. ELS AVENÇOS. — Ha dit, no fa gaire, SCHULLENBERGER que «en l'actualitat estem aprenent algunes lliçons fonamentals de la histologia, l'estadi, el model evolutiu i la recidiva d'aquests limfomes». El camí del progrés, però, no és mancat de fites.

a) Els limfomes nodulars tenen un millor pronòstic que *no* pas els difusos, i els limfocítics millor que *no* pas els histiocítics.

b) La *laparotomia exploradora* és utilitzada en els estadis I i II, la qual cosa contribuirà certament a fer-ne conèixer el model evolutiu intraabdominal, precisament un dels grans camps de batalla on es lluita.

c) No ha estat establerta totalment la dosi òptima per camp, però *hom ja està intent l'eradicació radioteràpica* en estadis I i II, amb tècniques semblants a les que han tingut tant d'èxit en la malaltia de Hodgkin.

d) La *poliquimioteràpia*, partint de HOOGSTRATEN, desborda la monoquimioteràpia. La seva consolidació parteix del treball (ara ja clàssic) de BAGLEY (associació de vincristina, ciclofosfamida i prednisona), que proporcionà un 57 % de remissions completes en estadis III i IV. Estimulat l'interès mèdic, sorgeixen diverses pautes (BCVP,

MABOP, MOOP, etc.) que pretenen de millorar aquells resultats. En conjunt, la poliquimioteràpia no tan sols supera els percentatges de respostes positives de la monoquimioteràpia, sinó que prolonga la durada de les remissions. En aquest terreny fonamental, cal esmentar l'aportació de DE VITA i collab., els quals, aplicant MOPP a pacients diagnosticats de limfoma histiocític difús, estadis III i IV, aconseguixen un 41 % de remissions completes, amb una durada no mantinguda entre 26 i 105 mesos des que finalitzà el tractament. DE VITA (com feren abans EASSON i RUSSELL en la malaltia de Hodgkin) planteja la curabilitat d'aquests limfomes.

e) La *immunoteràpia inespecífica* amb BCG obre una perspectiva terapèutica: la de prolongar la durada de les remissions. HOERNI en refereix els primers resultats positius.

III. QUÈ CAL FER ACTUALMENT DAVANT UN LIMFOMA NO HODGKINIÀ. — a) En el *medi ambient hospitalari* cal intentar-ne ja el guariment. És vital de profunditzar la radioteràpia eradicativa en estudis I i II i de perfeccionar tant les combinacions terapèutiques com els mitjans de valoració de les respostes.

Tal com va indicar el doctor MONTSERRAT en una reunió recent de Pethema, el protocol de limfoma no és (no pot ésser) el Protocol d'un Servei, sinó, en tot cas, d'un Hospital, pel qual motiu cal coordinar correctament les etapes diagnòstiques i terapèutiques en continuïtat.

A nivell interhospitalari és convenient de collaburar amb organitzacions com és ara Pethema (Programa per al Estudi de les Terapèutiques de les Hemopaties Malignes de l'AEHH), que actualment estudia dues pautes: 1) Vincristina-ciclofosfamida-prednisona, i 2) VM₂₆-arabinosid de citosina-prednisona.

b) En el *medi ambient extrahospitalari*, el metge general ha de *diagnosticar precoçment, dirigir amb promptitud* el pacient al centre especialitzat i *collaborar* amb aquest centre, puix que les malalties oncològiques són multidisciplinàries des del diagnòstic inicial fins al guariment o a la mort del pacient. Per tot això, és molt convenient que el metge general es familiaritzi amb els aspectes fonamentals de la terapèutica (especialment la poliquimioteràpia) i el control evolutiu dels limfomes.

IV. RESUM. — L'estudi dels limfomes *no hodgkinians* es troba en una fase d'aclariment que, un cop superada, ha de redundar en uns millors resultats terapèutics. Tanmateix, el progrés actual ja és considerable.