

OSTEOMUSCULAR

Mieloma múltiple

Actualidad terapéutica del mieloma múltiple.

En los últimos años se ha avanzado de gran manera en el tratamiento del mieloma múltiple. Este artículo muestra el panorama actual y las posibles novedades en la terapéutica de esta enfermedad.

El mieloma múltiple es un proceso metastásico que se presenta principalmente como una enfermedad ósea destructiva. Las células neoplásicas implicadas mayoritariamente en esta enfermedad son las células B completamente diferenciadas del torrente sanguíneo, encargadas de la síntesis y la secreción de las inmunoglobulinas. La repercusión más importante del mieloma múltiple es la resorción ósea producida por un aumento de la actividad osteoclástica, la cual estaría mediada en parte por la interleukina-1 y el factor de necrosis tumoral producidos por las células malignas.

La incidencia del mieloma múltiple se está incrementando en la mayoría de los países desarrollados, lo que ha impulsado los últimos e importantes avances en la patogénesis molecular y el tratamiento de esta enfermedad. Desde los años 60, la quimioterapia con melfalán y prednisona (MP) ha sido la terapia convencional del mieloma múltiple. Ultimamente, este tratamiento ha ido perdiendo su posición predominante, en particular en pacientes con mieloma refractario o en aquellos pacientes con trasplante de médula ósea o células progenitoras de sangre periférica autóloga o alogénica que serán sometidos a quimioterapia intensiva.

En consecuencia, se ha desarrollado una amplia variedad de regímenes poliquimioterápicos de inducción, algunos de los cuales han demostrado, en comparación con la quimioterapia convencional (MP), una mejoría en la tasa y duración de respuesta, así como un aumento de la tasa de supervivencia a los 5 años. El uso prematuro de altas dosis de quimioterapia junto con células progenitoras de sangre periférica autóloga de soporte o con trasplante de médula ósea, ha incrementado significativamente la tasa de remisión completa y ha prolongado la supervivencia. El trasplante de células progenitoras de sangre periférica o médula ósea alogénica pueden considerarse buenas opciones para pacientes seleccionados con una situación de pronóstico pobre.

Por otra parte, el papel del interferón- α en el tratamiento del mieloma múltiple sigue siendo impreciso, aunque han sido muchos los años dedicados a su evaluación clínica. En ciertos estudios, el uso de interferón- α como único agente en pacientes que no recibieron otro tipo de tratamiento produjo una breve remisión en un tercio de los pacientes, resultado inferior al obtenido con MP y poliquimioterapia. Además, cuando se utilizó interferón- α junto con quimioterapia, la presencia del interferón no pareció prolongar la supervivencia de los pacientes.

La aplicación clínica de agentes quimiosensibilizantes con capacidad de inhibición de la expresión y función de la glucoproteína-P (gp-P), y en particular, el desarrollo de potentes moduladores de gp-P tales como el valspodar y elacridar, ha hecho posible la reversión de la resistencia a la politerapia en algunos pacientes refractarios, así como la mejora de la eficacia de los agentes quimioterápicos.

Los intentos inmunoterapéuticos con el fin de la purificación de células progenitoras de sangre periférica o médula ósea autóloga, o bien como terapia coadyuvante para aminorar los efectos residuales de la enfermedad, se muestran altamente esperanzadores.

Por último, un gran número de nuevas terapias específicamente diseñadas para tratar muchas de las complicaciones del mieloma múltiple están mostrando resultados positivos en la clínica y en la calidad de vida de estos pacientes.

Huang Y, Hamilton A, Arnuk O, et al. Current Drug Therapy for Multiple Myeloma. *Drugs* 1999;54:485-506.

