

TROMBOCITEMIA ESENCIAL. EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE 55 PACIENTES.

Nebro Luque MM, Rodríguez Fernández A, Muñoz García MC, Madrigal Toscano MD, García Díez M, Portero Frías MA, Figueredo Manrique A, Duro Millán R, Constantino Bermejo M.

Servicio de Hematología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La trombocitemia esencial (TE) se define como un síndrome mieloproliferativo crónico caracterizado por el incremento persistente de la cifra de plaquetas con hiperplasia megacariocítica de la médula ósea. Las manifestaciones clínicas comprenden procesos trombóticos, hemorrágicos o ambos aunque la clínica trombótica es más frecuente.

Podemos diferenciar pacientes de bajo riesgo (menores de 60 años, sin antecedentes de trombosis ni hemorragia, plaquetas $< 1.500.000/\text{mm}^3$) y de alto riesgo (mayores de 60 años o historia previa de trombosis y/o hemorragia o plaquetas $> 1.500.000/\text{mm}^3$). En cuanto al tratamiento, en pacientes de alto riesgo, la primera opción terapéutica es la hidroxiurea y como segunda opción interferón o anagrelide asociado a aspirina. En el grupo de bajo riesgo la primera opción es no administrar tratamiento citoreductor.

Material y métodos: Contamos con 55 pacientes diagnosticados de TE, de los que 41 reunían criterios de alto riesgo y 14 de bajo riesgo. La media de edad es de 61,2 años y existe un predominio femenino (1,38/1).

Entre sus antecedentes personales al diagnóstico: 5 pacientes tuvieron procesos trombóticos, 2 pacientes procesos hemorrágicos, 8 pacientes síntomas vasomotores, 19 pacientes con factores de riesgo y 21 sin antecedentes destacables.

En la actualidad el grupo de pacientes de alto riesgo está en tratamiento con: 24 hidroxiurea, 7 anagrelide, 7 aspirina, y 3 sin tratamiento.

El grupo de bajo riesgo: 1 hidroxiurea, 3 anagrelide, 4 aspirina, 6 sin tratamiento.

El tratamiento de elección con hidroxiurea se realizó a 15-30 mg/kg/día vía oral con posterior ajuste según control hematológico. Los efectos secundarios descritos en la literatura son leucopenia (dosis-dependiente), náuseas y estomatitis. El principal que obliga a suspender tratamiento son las úlceras en piernas y aftas bucales. El anagrelide se comenzó a dosis de 0,5 mg/12 horas y posteriormente se fue subiendo la dosis cada semana hasta obtener respuesta (máximo 3-3,5 mg/día). Los efectos secundarios descritos en la literatura son: cefaleas (37%), taquicardia (26%), diarrea (25%), retención de líquidos (14%).

Resultados: 1. Diez pacientes están en tratamiento con anagrelide de los que el 80% han tenido respuesta completa al tratamiento. Estos pacientes tuvieron línea previa de tratamiento con hidroxiurea sin respuesta. 2. Tres pacientes suspendieron anagrelide por efectos secundarios (edemas, y crisis hipertensiva) y pasaron a la línea de hidroxiurea. 3. El tratamiento con hidroxiurea se suspendió en un caso por úlceras en miembros inferiores. 25 pacientes están en tratamiento con hidroxiurea en la actualidad. Se han presentado casos de leucopenias que se han resuelto con ajuste de dosis. 4. En la literatura hay descritos casos de transformación a leucemia mieloide aguda del 2% y a mielofibrosis del 4%. Ninguno de nuestros pacientes ha tenido esta evolución.