

MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CITARABINA LIPOSOMAL INTRATECAL POR CITOMETRÍA DE FLUJO

D. Subirá, I. López San Román, I. Izquierdo¹, D. de Miguel Llorente, N. Golbano, J. Arbeteta, S. Herrero, M. Díaz-Morfa, B. Pinedo

Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Guadalajara. ¹Servicio de Hematología.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

El paciente con neoplasia hematológica puede presentar clínica neurológica por muchos motivos. La toxicidad secundaria a fármacos de administración intratecal es uno de ellos.

Objetivo: Describir a través de 2 casos clínicos una nueva aplicación del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) por citometría de flujo (CMF). **CASO 1:** leucemia aguda bifenotípica que recibe protocolo PETHEMA LAL alto riesgo 2003. Alcanza remisión completa (RC) tras 3^{er} bloque de consolidación. Antes del mantenimiento tiene una crisis comicial generalizada, sin hallazgos patológicos ni en LCR ni en el TAC craneal. La RM cerebral aprecia un realce que se interpreta como infiltración leucémica. Inicia metotrexate (MTX), thiotepe, vincristina (VCR, 4 ciclos) y citarabina liposomal intratecal (CLI) x6, cada 21 días. Al finalizar presenta incontinencia urinaria y fecal y alteración de la sensibilidad en área genital y perianal. La valoración neurológica señala polirradiculopatía lumbosacra. No hay células en el LCR ni lesiones en la RM cerebral/columna. **CASO 2:** mieloma múltiple con citogenética de mal pronóstico. Recibe 5 ciclos de bortezomib (BZ)/ciclofosfamida (CF)/dexametasona (DX) y alcanza RC (inmunofijación negativa). Tras movilización para TASPE aparecen nódulos subcutáneos (plasmocitoma en biopsia) y neuropatía periférica. El LCR confirma meningitis mielomatosa sin recaída medular. Inicia topotecan, VCR, MTX, talidomida (TL), CLI (días 1, 14, 28) y DX intratecal (días 1,14). La respuesta clínica fue lenta con reaparición de enfermedad en el LCR al espaciar las dosis de CLI. A los 2 meses desaparece el cuadro neurológico y el LCR se negativiza. La RC (incluido PET-TC corporal) llega tras TASPE. Tras 2 meses de mantenimiento con TL reaparecen los nódulos subcutáneos. Inicia tratamiento de rescate con BZ, lenalidomida, DX, cisplatino, doxorubicina, CF, VP-16 y 10 dosis de CLI que se suspenden por aparición de un síndrome de cola de caballo. Se descarta infiltración en el LCR y lesiones en la RM cerebral/columna.

Resultados CMF: El resultado del estudio seriado del LCR es similar en los 2 casos: recuento celular bajo, ausencia de infiltración e incremento progresivo de eventos que cruzan en diagonal la imagen de tamaño/complejidad. No aparecían en el LCR obtenido al diagnóstico de la enfermedad y su mayor densidad coincide con la aparición de clínica neurológica. Se interpretan como liposomas de citarabina y el microscopio lo corrobora.

Conclusiones: La evaluación seriada del LCR de pacientes que reciben CLI permite vigilar el acúmulo de liposomas a este nivel. Así se puede distinguir un cuadro neurológico debido a toxicidad del fármaco del producido por infiltración tumoral.