

MEJORÍA DE LA CIFRA DE PLAQUETAS TRAS UTILIZACIÓN DE ROMIPILOSTIM A DOSIS DE 800 µg SEMANALES EN UN PACIENTE AFECTO DE CITOPENIA REFRACTARIA CON DISPLASIA MULTILÍNEA

T.J. González-López, M.I. Rodríguez Salazar, B. Pérez de Mendiguren, M. Goñi, M. Prieto, G. Hermida
Servicio de Hematología. Complejo Hospitalario Burgos

Presentamos el caso de una paciente de 80 años de edad, diagnosticada en Noviembre de 2005 de citopenia refractaria con displasia multilínea, IPSS de bajo riesgo.

La paciente inició tratamiento con 5-Azacitidina en Octubre de 2006 por pancitopenia progresiva (Hb 10,7 g/dl, 850 gránulos y 47.000 plaquetas). Se suspendió tratamiento en Junio de 2007 por alcanzarse respuesta hematológica completa (Hb 11,6 g/dl, 2680 gránulos y 302.000 plaquetas). Se reintrodujo 5-Azacitidina en Octubre de 2009 (Hb 10,1 g/dl, 680 gránulos y 50.000 plaquetas) retirándose el medicamento por ineficacia en Julio de 2010 tras 10 meses de tratamiento.

Desde entonces se observa una trombopenia muy severa (8-12.000 plaquetas) con diversos cuadros hemorrágicos acompañantes, incluyendo una hemorragia cerebral en Noviembre de 2010.

De acuerdo con la publicación de Kantarjian et al. (JCO, 2009) en la que 44 pacientes afectados de síndromes mielodisplásicos (SMD) de bajo riesgo con trombocitopenia iniciaron tratamiento con romiplostim a una dosis inicial de 300 ug subcutáneos semanales, nuestro paciente recibe el citado medicamento durante 3 semanas alcanzando una cifra de 26.000 plaquetas/ul.

La dosis de romiplostim se fue incrementando de forma paulatina siguiendo el esquema de la citada publicación alcanzando la cifra de 800 ug/semanales en un plazo de 4 semanas. Desde que se administra romiplostim a esta dosis, la paciente no presenta signos de sangrado y mantiene una cifra de plaquetas superior a las 40.000/ul.

Dada la aceptable respuesta de la enfermedad al tratamiento con romiplostim, no hemos incrementado la dosis del mismo aunque en el ensayo del MD Anderson se escalaba dosis en casos necesarios hasta 1500 ug/semanales.

La paciente recibe tratamiento con eritropoyetina a dosis elevadas. No ha presentado infecciones graves pese a mantener neutropenia grado III y estar sin tratamiento con factores estimulantes de colonias. Nunca se han observado blastos en sangre periférica.

Discusión: Romiplostim estimula al receptor de la trombopoyetina (TPO) sin inducir la producción de autoanticuerpos dada la escasa semejanza estructural del medicamento con la TPO endógena.

Numerosos estudios han demostrado su eficacia en el tratamiento de la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) al incrementar el recuento de plaquetas por períodos largos de tiempo sin mostrar taquifilaxia y con un aceptable perfil de seguridad. Kantarjian et al. (JCO, 2009) publicó un estudio con 44 pacientes afectados de SMD de bajo riesgo y trombopenia en los que 19 (46%) alcanzaron una respuesta plaquetaria duradera (establecida de acuerdo con los criterios del año 2000 del International Working Group como la independencia trasfusional de plaquetas durante al menos 8 semanas) recibiendo romiplostim a dosis de hasta 1500 ug/semanal.

Nuestro paciente lleva 9 semanas de tratamiento a la dosis de 800 ug semanal sin haber requerido de transfusiones de plaquetas y sin haber presentado sangrados.

Esta mejoría en la cifra de plaquetas apoya la idea de que romiplostim a dosis de 800 ug semana puede ser una dosis óptima en el tratamiento de la trombopenia en pacientes afectados de SMD de bajo riesgo.