

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA PH POSITIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: INHIBIDORES DE LA TIROSIN-KINASA VERSUS ALO-TPH

M.S. Díaz Gallardo, A. Contento Gonzalo, M.R. Prieto, M. Alcalá Peña, M.E. González, A. Jiménez, A.I. Heiniger
Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Hospital Pediátrico). Málaga

Introducción: El cromosoma Ph es poco frecuente en LLA en niños pero está asociado a un peor pronóstico. Hasta la aparición de los inhibidores de la tirosin-kinasa (ITK), el alo-TPH en ha sido el gold estándar en estos pacientes. Actualmente, los ITK en combinación con quimioterapia (QT) son el tratamiento de primera línea elegido en la mayoría de los centros. No está claro aún si aquellos niños que alcanzan una respuesta molecular precoz tras ITK+QT se benefician del alo-TPH o de continuar tratamiento con ITK.

Material y métodos: Estudiamos 5 pacientes diagnosticados de LLA ph+ en nuestro centro entre 1995 y 2011. El diagnóstico se realizó mediante citogenética y biología molecular. Los pacientes fueron tratados según esquema PETHEMA AR 2005 o LLA/89. El objetivo de nuestro estudio fue comparar aquellos pacientes sometidos a TPH tras conseguir una RC frente a los tratados solamente con ITK+QT.

Resultados: La media de edad al diagnóstico fue de 8.6 años (rango 1-14). Todos fueron tratados con esquemas de QT de alto riesgo asociados en un 80%(4) a ITK (imatinib). Tres pacientes de los 4 que recibieron ITK y el que no lo recibió alcanzaron RC en el día +35, aunque en un 100% (5) el bcr-abl continuaba siendo positivo. Un 60% (3) ha sido sometido a alo-TPH (2 de donante emparentado HLA idéntico y 1 de SCU). De estos, sólo 1 ha recibido ITK post-TPH. De los otros 2 que no han recibido ITK, 1 recayó en el post-TPH inmediato y otro ha presentado EICH crónico como complicación. Falleció 1 paciente por recaída y los otros 2 permanecen en RC. El 40% (2) de los pacientes no sometidos a alo-TPH que fueron tratados con ITK+QT permanece en RC. Un 20%(1) falleció por recaída y el 80% (4) restante está vivo tras un seguimiento medio de 53.8 meses (3-203) Un 60% (3) presentó efectos adversos (EA) relacionados con imatinib (edemas en 2 pacientes y bicitopenia en 1) y en dos de ellos se reintrodujo sin que se volviese a observar ningún EA.

Conclusiones: A pesar de que el TPH sigue siendo la única opción curativa en estos pacientes, los ITK permiten alcanzar remisiones moleculares logrando SG similares al grupo de los sometidos a TPH. Es necesario series prospectivas y multicéntricas para confirmar estos resultados.