

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON IMATINIB EN LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA PH Y BCR/ABL POSITIVA

J. Arias^a, E. Lavilla^a, E. Gómez Torreiro^b, J. López Losada^a, J.M. Paz^a, A. Cobas^b, N. Díaz Varela^a, O. Arijá^a y M.A. González^a

^aHematología. H. Xeral. Lugo. ^bHematología. H. Comarcal. Monforte.

Introducción: La historia natural de la leucemia mieloide crónica (LMC) ha cambiado desde la introducción del tratamiento (tto.) con imatinib, obteniéndose un elevado porcentaje de respuestas genéticas y moleculares. Se estudian 23 pacientes (pac) afectados de LMC Ph y bcr/abl positiva en tto. con imatinib en las áreas sanitarias de Lugo y Monforte de Lemos.

Pacientes: La mediana de edad es de 61 años (38 - 74) y la distribución por sexos es 9 V y 14 M. Fase de la enfermedad: 20 pac en 1ª fase crónica (FC) y 3 pac en fases avanzadas, 2 en fase acelerada (FA) y 1 en crisis blástica (CB). En 11 pac el imatinib ha sido tto. de 1ª línea, incluyendo uno tratado 6 años antes de Linfoma no Hodgkin T y en remisión completa (RC) continuada; 12 pac habían recibido otros ttos.: Interferón alfa 11 pac, quimioterapia tipo LMA 1 pac, trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica acondicionado con busulfán 2 pac.

Resultados: La dosis inicial de imatinib en los pac en FC es de 400 mg/día, y ésta se ha mantenido en 17 pac, necesitando escalar a 500 mg/día en 1 pac y a 600 mg/d en 2 pac.. Con una mediana de tiempo de tto. con imatinib de 28 meses (9 - 59), los 20 pac en FC se encuentran en RC hematológica (RHC) (100%), y 18 pac (90%) en RC citogenética (RCC) y remisión molecular mayor (RMM); los otros 2 pac tienen respuesta genética nula y se ha suspendido el imatinib por toxicidad (pancitopenia, neuropatía, hepatotoxicidad). Los 2 pac previamente autotrasplantados consiguieron la RMM con interferón alfa post-trasplante y actualmente la mantienen con imatinib 400 mg/día. Pac en FA: Uno inició tto. a 600 mg/día consiguiendo RHC, RCC y RMM a los 5 meses de tto; el otro comenzó a 400 mg/día, reduciéndose dosis a 300 mg/día por hepatotoxicidad y obteniendo RCC a 24 meses y RMM a 28 meses. El pac en CB no tiene respuesta tras 48 meses de tto., sin poderse aumentar dosis por encima de 400 mg/día por neutropenia y fue preciso asociar anagrelide por trombocitosis $> 1000 \times 10^9/L$.

Conclusiones: Nuestra experiencia confirma los excelentes resultados del tto. con imatinib en LMC Ph y bcr/abl positiva en pac en FC y FA, incluso manteniendo la dosis de 400 mg/día y con escasos efectos secundarios - principalmente leucopenia y hepatotoxicidad - que hayan obligado a rebajar dicha dosis. Además, en 3 pac se ha necesitado añadir EPO por anemia y la dosis máxima empleada ha sido 600 mg/día con perfecta tolerancia.