

TRATAMIENTO CON GEMCITABINA EN NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

D. Bardán, M.O. García, I. Ballesteros, A.R. Martín, P. Galera, M. Alcalá, M. Barrios y A.I. Heiniger

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Carlos Haya. Málaga.

Introducción: La Gemcitabina es un antineoplásico antagonista de las pirimidinas de administración intravenosa. Su uso como monoterapia ha demostrado efectividad en el tratamiento de la Enfermedad de Hodgkin. En el presente estudio evaluamos su uso en combinación con otros antineoplásicos en distintas patologías hematológicas.

Pacientes y método: Se han evaluado 12 pacientes, 6 varones y 6 mujeres, con una media de edad de 36 años (rango: 12-63), con los diagnósticos de: Linfoma No Hodgkin de Células Grandes (3 casos), Enfermedad de Hodgkin (4), Linfoma Folicular (1), Linfoma del Manto (1), Anemia Refractaria con Exceso de Blastos en Transformación (1), Leucemia Linfoblástica Aguda (1) y Leucemia Mieloblástica Aguda (1). Previamente a la administración de Gemcitabina los pacientes habían recibido una mediana de 2 líneas de tratamiento (rango: 1-5) y tres pacientes fueron receptores de un Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos Autólogo. Los pacientes recibieron una mediana de 3 ciclos con Gemcitabina (rango: 1-8). La Gemcitabina se asoció a Cisplatino y Dexametasona (GPD) en 8 pacientes, en 2 pacientes se añadió además Rituximab (R-GPD), en 1 caso se combinó con Fludarabina y otro caso con Mitoxantrone. La dosis de Gemcitabina usada fue de 1000 mg/m². En el momento de recibir tratamiento con Gemcitabina, 3 pacientes se encontraban en recaída de su enfermedad de base, 8 con enfermedad activa y 1 paciente se encontraba en remisión parcial.

Resultados: Tras el tratamiento con Gemcitabina, 2 pacientes obtuvieron Remisión Completa de su enfermedad de base (ambos con la asociación GPD), 4 Remisiones Parciales (3 con GPD y uno con R-GPD) y 7 casos fueron Resistentes (5 con GPD y uno asociando Gemcitabina con mitoxantrone y uno con Fludarabina). Se produjo toxicidad hematológica (neutropenia y/o plaquetopenia) en 8 pacientes (66%) y toxicidad no hematológica en 5 pacientes (41%). De entre los casos de toxicidad extra-hematológica cabe destacar casos de afectación hepática con elevación de transaminasas, hipomagnesemia y cuadros infecciosos que cursaron con Síndrome Febril con buena evolución posterior en todos ellos. Fue necesario reducir la dosis de Gemcitabina a causa de la toxicidad en 3 casos y 6 de los pacientes requirieron Filgastrim por la neutropenia producida.

Conclusiones: Se hace necesario realizar más estudios sobre la Gemcitabina para valorar su verdadera efectividad sobre la patología hematológica. La asociación con otros fármacos aún está por definir aunque parece una opción válida su uso en combinación con Cisplatino y Dexametasona. No puede establecerse con seguridad cuál sería su valor como tratamiento de primera línea ya que en los pacientes presentados en este estudio nunca ha sido utilizado como tal.