

REGISTRO DE DIAGNÓSTICO DE LAS LEUCEMIAS AGUDAS DE MADRID. EXPERIENCIA ACUMULADA ENTRE 2001-2005 EN UNA BASE ON-LINE SOBRE 1192 CASOS. ANÁLISIS DE LAS CLASIFICACIONES FAB, EGIL Y DE LA OMS. PROPUESTA PARA SU DECLARACIÓN OBLIGATORIA

L. García-Alonso^a, M. Morado, C. Soto, J. Sánchez-Guilarte, M.P. Ricard, C. Pérez-Pons, M.L. del Castillo, P. Martínez, J. Martínez, R. Ayala, A.M. Martín-Ramos, C. Burgaleta, H. Bañas, J. Villarrubia, J. Loscertales, I. Pérez-Sánchez, S. Gil, A.M. Villegas, A. Bermejo y M.C. Jiménez^b

^aSecretario del RLA-CCHM. ^bPresidenta del CCHM. <http://www.webccmc.com/registro/html/index.htm>

El registro de diagnóstico de las leucemias agudas (RLA) se diseñó para las jornadas del club de citología de Madrid CCHM de 2003 con el fin de revisar nuestra propia experiencia.

Objetivos: 1) Realizar un registro exhaustivo de la incidencia de LA en Madrid (CAM), 2) Explorar la existencia de subgrupos con incidencias diferentes a las comunicadas, 3) Evaluar un sistema centinela y la dificultad de implantarlo, 4) Analizar criterios diagnósticos y clasificaciones habituales

Material y métodos: El RLA-CCHM es un registro on-line, restringido en cada nivel de acceso, interactivo y sometido a la ley de protección de datos. En cada centro un hematólogo dedicado al diagnóstico inscribía los casos fijando su procedencia. Dispone de sistemas de gestión de participación y de un sistema centinela que alertaría de agrupamientos temporales, por áreas o subtipos de LA. en un registro continuo. Solo algunos centros cumplieron este objetivo, realizando el resto actualizaciones periódicas. En el período de 2001-2005 se registraron 1213 casos de 15 hospitales del IMSALUD, siendo prospectivo desde ene-03. Se depuraron los registros erróneos y las duplicidades.

Resultados: 1192 casos de LA (215, 216, 265, 250 y 246 por año). El ascenso fue paralelo al aumento de la inmigración en la CAM. Por grupos: 71% LANL, 25% LAL 4% Otros. Ratio v/m para LAL y LANL: Adultos 1,18 y 1,23; Menores de 15 años 1,79 y 0,66. Analizamos el reparto por áreas sanitarias y en cada centro. Su distribución por edad y subtipos fue la habitual.

La clasificación **FAB** se amplió analizando las categorías M0 = 46, M1 = 108, M2 = 109, M3h = 80, M3v = 21, M4 = 73, M4e = 14, M5x = 93, M5a = 25, M5b = 40, M6 = 25, M7 = 7, MS = 77, MX = 202. AREBT = 30. L1 = 64, L2 = 101, L3 = 35, LS = 3, LX = 39. Hubo un agrupamiento de M3 en la zona sur de la CAM en abril-03.

La clasificación **EGIL** se aplicó al 82% de LAL-B (B1 = 22 B2 = 100 B3 = 16 B4 = 19) y al 46% de LAL-T (T1 = 4 T2 = 1 T3 = 17). Dicha clasificación está poco implantada. Precisa redefinirse incluyendo otras categorías (NK = 4) y una contrapartida para LANL.

Los subgrupos de la **OMS** más comunicados fueron: 9835/3 (n = 161), 9895/3 (n = 144) y 9891/3 (n = 103). Solo hubo 3 casos 9897/3 (alt 11q23). Esta clasificación fue difícil de aplicar debido a su escasa implantación, a la ausencia de datos para ello y a la dificultad de interpretarlos correctamente sin un estrecho contacto con la clínica y las técnicas especiales.

Conclusiones: Los objetivos del RLA-CCHM se han cumplido y ponen de manifiesto la necesidad de crear una red profesional para el diagnóstico de las LA. La complejidad de la LA exige un sistema de gestión de la información que coordine las áreas diagnósticas y clínicas. La "declaración obligatoria" de las LA en el momento de su diagnóstico facilitaría la sistematización de este trabajo