

## SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON INDUCIDO POR IMATINIB

N. de las Heras Rodríguez, Ó. Suárez Amor<sup>\*</sup>, D. López Cuesta, M. Barbón Fdez, E. de Cabo, S. Fdez Ferrero, M. Fuertes Núñez, V. Sandoval Guerra, MJ. Moro Sánchez.

*Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital de León. \*Servicio de Dermatología. Hospital de León.*

**Introducción:** El imatinib es un inhibidor de las tirosinasa-quinasas, siendo el agente más efectivo para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC). Aunque en general es bien tolerado, no está exento de efectos adversos, siendo los más frecuentes mielosupresión, náuseas, edema, fatiga, cefalea, calambres, artralgias, mialgias, diarrea y erupciones cutáneas.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una mujer de 63 años, diagnosticada en Junio de 2006 de LMC Ph+ en fase crónica, con índice Sokal de bajo riesgo. Inició tratamiento con Imatinib a dosis de 400 mg/día, con buena tolerancia inicial salvo edemas maleolares y palpebrales, alcanzando respuesta hematológica completa en 6 semanas. A los 2 meses la paciente presentó erupción cutánea pruriginosa en tronco (grado 2 de la OMS), iniciándose tratamiento con corticoides y antihistamínicos, y manteniendo imatinib a la misma dosis, con mejoría. Con el descenso de corticoides presentó de nuevo erupción cutánea grado 3, con úlceras en mucosa oral, lengua y vagina, lo que obligó a suspender imatinib y aumentar dosis de corticoides. El día +15 el cuadro cutáneo estaba resuelto, por lo que se reintrodujo imatinib a dosis de 300 mg, manteniendo los corticoides durante 3 semanas más. La biopsia cutánea se informó como Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). La paciente no ha vuelto a presentar reacciones cutáneas. A los 3 meses del diagnóstico, a pesar de la suspensión temporal y posterior reducción de dosis del fármaco, se objetivó respuesta citogenética completa.

**Resultados:** Aprox. el 35% de los pacientes tratados con imatinib presentan reacciones cutáneas, que en un 5% pueden ser severas. Dicha incidencia es dosis-dependiente, lo que parece indicar que están relacionadas con un efecto farmacológico de la droga más que por hipersensibilidad. En los casos de SSJ inducido por imatinib el diagnóstico precoz y la pronta supresión del fármaco es vital. La reintroducción del fármaco es un tema controvertido. De los cinco casos descritos en la literatura, en dos de ellos la reintroducción progresiva hasta dosis de 400 mg/día, con dosis inicial de 100 mg/día, no se asoció a recidiva. En otro caso la reintroducción del fármaco a dosis de 300 mg/día no produjo la recidiva sólo al añadir dosis bajas de prednisolona (30 mg/día). De igual modo ha sido eficaz la combinación de ambas estrategias. Sin embargo también existen casos de recidiva tras la reintroducción del fármaco a dosis menores. Debe tenerse en cuenta que dosis de imatinib inferiores a 300 mg/día no son aconsejables por ser subterapéuticas y conllevar el riesgo de inducir resistencias.

**Conclusiones:** En conclusión, aunque no se aconseja mantener el uso del imatinib en pacientes que desarrollan reacciones cutáneas muy severas, como es el caso del SSJ, es posible reintroducir el tratamiento mediante el uso concomitante de un ciclo corto de esteroides orales o bien reintroduciendo el fármaco mediante un incremento de dosis gradual y escalonado o mediante el empleo de ambas estrategias a la vez.