

LEUCEMIA EN NIÑOS

HIPERPLASIA DE CÉLULAS DENTRÍICAS INTER-DIGITANTES Y TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA A: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO.

Jiménez Hernández E., Dueñas González MT, Díaz De León L., Cuadra García I, Ortiz Fernández A, Quintero Curiel JL, Pérez Casillas R. Servicio de Hematología Pediátrica y Patología. Hospital General Centro Médico Nacional La Raza

Las Células dentríticas están presentes en el intersticio de la mayor parte de los órganos, son abundantes en áreas ricas en células T de los ganglios linfáticos y bazo, son eficaces en la presentación de Ag proteicos a las células T CD4+, Expresan positividad P-S 100, CD68 negativas. Presentamos el caso de una niña de 17 meses de edad, que ingresa a nuestro servicio en febrero de 1996, con antecedente de múltiples procesos infecciosos, su padecimiento actual lo inicia 4 días previos, a su ingreso con fiebre, mal estado general y aumento de volumen de rodilla izquierda, catalogada como artritis séptica; se realiza artrotomía evacuadora y se encuentra hemorragia pericapsular. La paciente evoluciona con fiebre, palidez progresiva, petequias, equimosis, adenomegalias periféricas y visceromegalias. Su BH con anemia, trombocitopenia y leucocitos de 100700/ μ L con imagen leucocitoblástica; ac. úrico 7.8mg/dl, DHL 586U/L, CMV y EB IgG +; USG abdominal reporta hepatomegalia leve y esplenomegalia severa con borde inferior hasta la cresta iliaca. El A.M.O y biopsia de hueso con imagen de un proceso mieloproliferativo no clasificado, cariotipo 46XX, oncogén bcr/abl negativo. Se reporta biopsia de ganglio con Hiperplasia de Células Interdigitantes P-S100+, CD68-, sin poder precisar si es un proceso benigno o maligno. Se da tratamiento con Ciclosporina A, evolucionando con procesos infecciosos y después de 6 meses de tratamiento mejoría clínica y hematológica progresiva, con remisión completa a los 18 meses y dos años de vigilancia sin evidencia de recidiva. No encontramos en la literatura médica ningún otro caso similar al nuestro, pero tomando en cuenta la función de estas células se administró tratamiento inmunosupresor basado en ciclosporina con una respuesta satisfactoria por lo que concluimos que puede ser de utilidad en éste padecimiento.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE ANTIGENOS INTRACELULARES Y DE SUPERFICIE EN LA ASIGNACION DE LA ESTIRPE Y EL GRADO DE DIFERENCIACION CELULAR EN NIÑOS CON LEUCEMIA AGUDA.

PAREDES-AGUILERA R., ROMERO-GUZMAN L., BURBANO A.L., CAMACHO DEL MONTE O., NIETO-MARTINEZ S., LOPEZ-SANTIAGO N. INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA. MEXICO, D.F.

En el periodo comprendido entre enero de 1997 a julio de 1998 se estudiaron 100 pacientes con diagnóstico reciente de leucemia aguda para valorar la importancia de la detección de antígenos de diferenciación intracelulares y de superficie en la asignación de la estirpe y en el establecimiento del grado de diferenciación celular de acuerdo a la I Reunión de Consenso Latinoamericano de Inmunotipificación de Leucemia Aguda. Se utilizó el método de permeabilización-fijación (Fix and Perm, Caltag-USA) para la detección de los antígenos intracelulares y un citómetro de flujo Epics-XL (Coulter, USA). Se identificaron 69 pacientes con LAL de estirpe B (6 = 9% precursor de células B (PCB) CD10-, 58 = 84% PCB CD10+, 5 = 7% PRE-B), 7 pacientes con LAL-T, 7 pacientes con heterogeneidad de la estirpe, 3 con asincronía en la estirpe (2 PCB+NK+, 1 PCB con inmunofenotipo CD2/CD19) y 4 con asincronía entre las estirpes (2 PCB con expresión de 2 y 3 antígenos mieloides, 1 M5+CD10+ y 1 M3 + CD2+) y 17 casos de LAM. Se demostró expresión citoplásmica de CD79a y CD22 en todos (100%) y en 67 casos (97% de las LAL de estirpe B respectivamente), de CD3c en los 7 casos de los LAL T y de MPOc en los 17 casos de LAM. El estudio confirmó que la expresión de los antígenos intracitoplásmicos referidos son altamente específicos y representan los marcadores más precoces de sus respectivas líneas celulares.

LEUCEMIA CONGÉNITA: EXPERIENCIA DE 6 CASOS.

R.E. De León Cantú, M.G. González Villarreal, M.T. Pompa Garza. Hospital Regional de Especialidades No. 25, IMSS. Monterrey, N.L. México.

La leucemia congénita es definida como la leucemia que ocurre desde el nacimiento hasta las primeras 6 semanas de vida. Menos de 200 casos han sido reportados en literatura mundial, siendo la leucemia mieloblástica la más frecuente. Ha sido asociada a diversas cromosopatías, siendo la más común la trisomía 21.

Se presentan 6 casos diagnosticados desde enero de 1992 a diciembre de 1999. El 50% de sexo femenino y 50% masculino; 2 de ellos con trisomía 21. El 100% fueron morfológicamente linfoides, con mieloperoxidasa negativa y 2 se corroboraron por citometría de flujo. El promedio de edad al diagnóstico fue de 24 días (2 a 45). Todos presentaban hepatosplenomegalia, 5 con hiperleucocitosis y 3 con infiltración a piel. Los pacientes con trisomía 21 remitieron espontáneamente, uno permanece en remisión (3 años) y otro recayó a los 16 meses de vida y falleció. Uno de los pacientes murió a los 27 días de iniciada la quimioterapia por insuficiencia cardíaca secundaria a anemia severa por ser hijo de testigos de Jehová. El resto se trató con poliquimioterapia por progresión de la enfermedad remitiendo en promedio a los 28 días y recayeron en un promedio de 10 meses (6 a 16), el 100% falleció por falla en la respuesta a quimioterapia de rescate.

En nuestra experiencia todos los casos diagnosticados fueron leucemia linfoblástica y uno de los pacientes con trisomía 21 se presentó como verdadera leucemia y no como síndrome mieloproliferativo transitorio a diferencia de lo descrito en la literatura mundial.

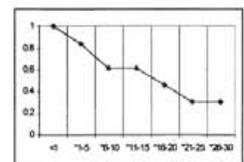
LEUCEMIA AGUDA EN NIÑOS; experiencia en el IMSS Mexicali.

(*)Romero Martínez E., De León Figueroa R., Tapia Esparza N.A.
(*)Hospital de G.P./M.F. No. 31 IMSS Mexicali, B.C., México.

OBJETIVO: Describir las características y evolución de los pacientes pediátricos con Leucemia Aguda en los últimos 30 meses. **METODOLOGIA:** Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes captados en el HGP/MF No. 31 IMSS Mexicali, en el periodo de Jun 97 a Dic 99. Se analizaron en los pacientes; edad de presentación, subtipos de leucemias de acuerdo con la FAB (criterio citomorfológico) y evolución final al momento del corte del estudio. Los pacientes fueron tratados con tres protocolos distintos y no fueron asignados aleatoriamente.

RESULTADOS: Se captaron un total de 13 pacientes, edad promedio 6±4 años. De ellos 7 (53%) tuvieron LLA; L1; 5(71%), L2 2(29%), 6(47%) LMA; M1; 0 (0%), M2; 4(67%), M3; 2(33%). Actualmente están vivos 6 (46%), con un promedio de seguimiento de 20 meses. Un paciente con LLA y otro con LMA tuvieron recaída mieloide y a SNC a los 24 y 12 meses de tratamiento respectivamente. Los dos pacientes con M3 fallecieron de hemorragia a los 24hrs. de su diagnóstico. Cuadro 1 y Grafica 1.

PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA		
Pacientes	Tipo de Leuc.	Resultado.
1	L1	RC 19m.
2	L1	RC 17m.
3	L1	Rec. 24m.
4	L1	Fall. 1m. NyF.
5	L1	Fall. 1m. NyF.
6	L2	RC 36m.
7	L2	Falla terapéutic.
8	M2	RC 24m.
9	M2	RC 25m.
10	M2	RC 3 m.
11	M2	Rec. 12m.
12	M3	Fall. 1m. Hemo
13	M3	Fall. 1m. Hemo



Grafica 1; sobrevivida pacientes con Leucemia Aguda.

CONCLUSIONES; la edad de presentación corresponde con la de otros estudios. La distribución y sobrevivida observada puede ser por

los pocos pacientes, sin embargo es recomendable continuar con estudios comparativos terapéuticos y fortalecer el intercambio de apoyo con los centros hospitalarios para considerar el TMO como otra alternativa.

LEUCEMIA EN NIÑOS

INMUNOFENOTIPO DE LAS LEUCEMIAS AGUDAS LINFOBLÁSTICA EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. INFORME PRELIMINAR. Luis-López A., Sánchez-Sosa S., Hospital para el Niño Poblano. Puebla, Pue. México.

INTRODUCCIÓN: En la actualidad es posible identificar la línea específica de origen de las células leucémicas y su nivel de maduración, utilizando un panel de Anticuerpos Monoclonales (AcMo), permitiendo reconocer en la leucemia aguda linfooblástica (LAL) varios subtipos inmunológicos. **OBJETIVO:** Analizar el inmunofenotipo de las células leucémicas en un grupo pediátrico diagnosticados de LAL, para conocer la frecuencia de los distintos subtipos inmunológicos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** En el período comprendido de febrero-diciembre de 1999 se estudiaron prospectivamente a 40 niños con diagnóstico clínico y hematológico de LAL en el servicio de hematología del Hospital para el Niño Poblano a los cuales se les realizó fenotipo inmunológico por citometría de flujo (CF) utilizando un panel de AcMo asociados o específicos de la estirpe B, T, monocito-mielocito y megacariocito-plaquetas, para clasificar la leucemia se siguieron los criterios sugeridos por el 1er. Consenso Latinoamericano para la inmunotipificación por CF de las leucemias. **RESULTADOS:** Fueron 19 pacientes del sexo femenino (47.5%) y 21 masculinos (52.5%), con un intervalo de edad de 1-15 años con una media de 10. Se identificaron siete subtipos inmunológicos expresando una serie de marcadores de superficie característicos: LAL: Común 3 (8%), Común de Alto Grado de Inmadurez (AGI) 18 (44%), B de AGI 4 (10%), B Común de AGI 5 (12%), Pre-T 1 (3%), T 4 (10%) y T de AGI 1 (3%), se presentaron 4 casos (10%) de leucemias linfooblásticas con coexpresión de antígenos asociados a línea mielóide consideradas como leucemias híbridas. **CONCLUSIONES:** Nuestros resultados demuestran que la distribución en cuanto a edad y sexo son muy similares a lo publicado en otras series en México y en otros países. De manera semejante a lo informado en otros estudios en relación a la incidencia de los distintos subtipos inmunológicos de las LAL, llamando la atención una moderada elevación en la presentación de leucemias híbridas, probablemente al número pequeño de casos presentados en forma preliminar.

TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA DE LOS NIÑOS EN EL OCCIDENTE DE MÉXICO. ANÁLISIS A 10 AÑOS DE ESTUDIO. I. Mariscal I, I. Mariscal Ramirez. Hospital Gómez Farias ISSSTE Guadalajara, México.

En 1996 se presentaron los resultados del protocolo PILAC GDL 85-01 para niños con LAL y se reportó una SLE a 7 años de 69%, mencionándose que los desnutridos tuvieron un pronóstico pobre. Ahora el análisis de ese mismo grupo muestra, a una media de seguimiento de 10 años, SLE de 70 ± 10 , 62 ± 8 y 28% para niños eutróficos, el grupo y los desnutridos, respectivamente. La asignación de los pacientes a los grupos de riesgo fue efectuada con base a criterios clínicos y datos de la médula ósea; por razones de disponibilidad y económicos no se practicaron inmunotipificación, estudios cromosómicos u otros. Entre los eutróficos la SLE fue similar para los grupos de riesgo promedio o alto (72 ± 10 y 69 ± 10 PNS). Las recaídas se presentaron en 13 pacientes; en 9 mientras estaban en tratamiento y en 4 a los 24, 23, 20 y 4 meses de haberlo concluido. Se rescataron 2 enfermas en 1ª y 3ª recaídas, ambas postquimioterapia y actualmente están 5 y 3 años fuera de tratamiento. Una paciente falleció por varicela diseminada en remisión completa. No se han observado casos de recaídas después de 2 años de haber concluido la quimioterapia. El índice de deserción precoz del tratamiento fue de 8% por debajo de la media nacional a lo que contribuyó el apoyo psicosociocultural ofrecido a la familia. Dos pacientes han contraído matrimonio, a los 6 y 7 años de haber concluido quimioterapia, la 1ª ha concebido 2 hijos y el 2º ya procreó su primera hija. Los tres productos nacieron sanos y sin anomalías. En conclusión: con el protocolo empleado, la SLE a una media de seguimiento de 10 años es de 70 ± 10 para los eutróficos, 62 ± 8 para el grupo y de 28% para los desnutridos. La inmunotipificación y estudios especiales son útiles para avanzar en el conocimiento de la enfermedad pero al parecer no indispensables para establecer los grupos de riesgo. Fue posible rescatar al 17% de los pacientes que tuvieron recaídas. En países en desarrollo es indispensable el soporte a la familia para evitar abandonos precoces del tratamiento. Los 2 pacientes que se han casado muestran fertilidad normal.

DETERMINACIÓN DEL IDNA POR CITOMETRÍA DE FLUJO EN NIÑOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

ROMERO L., PAREDES R., RANGEL A., ORFAO A.***

* INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, MÉXICO, D.F.

** ESCUELA NACIONAL DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, IPN, MÉXICO, D.F.

*** SERVICIO GENERAL DE CITOMETRÍA DE FLUJO, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA, ESPAÑA.

La leucemia linfooblástica aguda (LLA) surge como consecuencia de la proliferación clonal de progenitores linfoides en alguno de los diferentes estados de maduración. Las alteraciones en el DNA de las células leucémicas pueden determinarse por citometría de flujo (CMF) después de la tinción del DNA con fluorocromos específicos y mediante el cariotipo de dichas células. En diversos países se han publicado numerosos estudios en los que se demuestra la importancia pronóstica que tienen como factores independientes, así mismo se ha demostrado que los pacientes con una clona celular hiperdiploide presentan un pronóstico favorable.

OBJETIVO: Determinar el índice de DNA por medio de CMF en niños con diagnóstico reciente de LLA.

METODOLOGÍA: Se estudiaron 60 pacientes, durante el periodo de abril de 1998 a marzo de 1999. Se realizó la clasificación citomorfológica de acuerdo al grupo FAB y el inmunofenotipo por CMF. Se determinó el IDNA mediante la técnica de Vindelov L, a la sangre de un control normal y a la muestra de médula ósea de los pacientes en cada ocasión. Fueron utilizados eritrocitos de pollo como estándar externo. Simultáneamente se realizó estudio citogenético.

RESULTADOS: Se estudiaron 60 pacientes con diagnóstico confirmado de LLA (38 masculinos y 22 femeninos). La edad más frecuente fue de 2-6 años; el promedio de blastos fue de 89.7%. La clasificación FAB presentó: L1 = 54/60, L2 = 5/60 y L3 = 1/60. En relación al inmunofenotipo y al IDNA realizado a los 60 pacientes se observó lo siguiente: Diploides (0.925-1.077) = 27 (20 Pre B CD10+, 3 Pre B CD10-, 1 Pre B CD10+ cμ+, 1 B, 1 T, 1 Pre B CD10+ 1 CD 56+), Hipodiploides (<0.925) = 8 (5 Pre B CD10+, 1 B, 1 T, 1 Pre B CD10+CD56+), Hiperdiploide A (1.077 - 1.16) = 12 (7 Pre B CD10+, 2 Pre B CD10-, 2 T, 1 T/B) e Hiperdiploide B (>1.16) = 10 (8 Pre B CD10+, 1 Pre B CD10, 1 Pre B CD+ cμ+, 1 T). Los resultados del análisis citogenético obtenidos de sólo 31/60 pacientes mostraron lo siguiente: Diploides (46 cromosomas) = 8 (25.8%), Pseudodiploides (46 cromosomas/translocación) = 4 (12.9%), Hipodiploides (< 46 cromosomas) = 10 (32.3%), Hiperdiploide A (47-50 cromosomas) = 1 (3.2%) e Hiperdiploide B (> 50 cromosomas) = 8 (25.8%).

CONCLUSIONES: No se observó una correlación lineal entre el IDNA y el porcentaje de blastos, citomorfoloía e inmunofenotipo. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre hipodiploidía, carga tumoral y la edad (5 - 12 años). El método resultó más útil que la citogenética convencional para identificar el porcentaje de aneuploidías. El seguimiento de los pacientes es muy corto para determinar la utilidad del método como dato individual de valor pronóstico.

LA DESNUTRICIÓN EN EL NIÑO CON LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LAL). ANÁLISIS CLÍNICO A 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO. I. Mariscal Ibarra, I. Mariscal Ramirez. Hospital Gómez Farias ISSSTE Guadalajara, México.

Se ha reportado que la desnutrición es un factor de mal pronóstico en los niños con cáncer y en especial con leucemia, determina sobrevividas muy por abajo del promedio para LAL. Aquí se reportan los resultados del análisis clínico a 10 años de seguimiento de 7 desnutridos integrantes del grupo de leucémicos manejados con el protocolo PILAC GDL 85-01 en el occidente de México. Los desnutridos constituyeron el 17% del grupo, la edad promedio fue de 6 años; 3 eran casos de alto riesgo y 3 mujeres. Cinco fallecieron; una por varicela diseminada en remisión completa y 4 por recaídas, 3 hematológicas y 1 en SNC. Todos los pacientes recibieron soporte nutricional. Los 4 enfermos de riesgo promedio fueron inducidos y mantenidos con 4 drogas y todos fallecieron; los de alto riesgo fueron inducidos con 6 y mantenidos con 8 drogas, y de ellos 2 han sobrevivido 96 y 110 meses; el tercero recayó al concluir la quimioterapia falleciendo poco después. La SLE a 8 años para los desnutridos fue de 28% comparado con 62 ± 8 y 70 ± 10 para el grupo completo y los eutróficos del mismo protocolo.

En conclusión: en los desnutridos la SLE a 8 años es de 28%. Sobrevivieron sólo aquellos que recibieron quimioterapia intensiva y ninguno con el esquema habitual. Parece evidente que la desnutrición es un factor de riesgo PER SE y probablemente todos los desnutridos deban considerarse como sujetos de alto riesgo independientemente de otras variables y manejarse como tales y con medidas de apoyo como factores estimuladores de colonias, transfusiones y antibióticos para corregir la aplasia y las infecciones que frecuentemente presentan. La corrección de la desnutrición es indispensable.

LEUCEMIA EN NIÑOS

INFLUENCIA DE LA CONSOLIDACION, EN LA SOBREVIDA LIBRE DE EVENTO DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA INFANTIL DE RIESGO NO HABITUAL.

López-Hernández M.A. Alvarado Ibarra M. Trueba Christy E. De Diego F Ch J. González Avante M. Borbolla Escobedo R. Jiménez Alvarado R. Mendoza López Y.

OBJETIVO. Conocer la frecuencia de recaídas, mortalidad y la sobrevida libre de evento con dos tipos de **Consolidación** en el protocolo *Memorial Sloan-Kettering-New York-II (MMSKII)*.

PACIENTES Y METODOS. Menores de 20 años, con LAL de novo, sin insuficiencias orgánicas graves, fracción de expulsión ventricular superior a 50% y clasificados de riesgo alto o intermedio, según los criterios del *Childrens Cancer Group*. Se usó el protocolo *MMSKII* con una diferencia: en la Rama A, en la **Consolidación**, la Citarabina se usó según el protocolo original; en la Rama B, en la **Consolidación**, la Citarabina se usó a 1.5 mg/m², cada 12 horas, los días 35 y 36.

RESULTADOS. Se incluyeron 50 pacientes. Se asignaron 22 pacientes a la Rama A, de 1997 a 1999. En la Rama B se asignaron 28 pacientes, de 1994 a 1997. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.25$) en las siguientes variables: edad, sexo, frecuencia y tamaño de visceromegalias, masa abdominal, infiltraciones (mediastino, sistema nervioso o testículo), estirpe T o B y citomorfología (FAB).

Todos los enfermos alcanzaron inducción a la remisión, con una defunción en esta fase. Las defunciones durante la consolidación fueron 7 vs 3 ($p=0.06$). Las recaídas han sido 1 vs 4 ($p=0.25$). La sobrevida libre de evento global es de 0.64 a 55 meses. En cada rama es de 0.64 y 0.68.

CONCLUSIÓN. El uso de solo dos días de citarabina (50% de la dosis original), disminuye la mortalidad y no afecta la sobrevida libre de evento, aunque es mayor el número de recaídas.

LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA EN NIÑOS. CON ESTUDIO Y ANALISIS DE FACTORES PRONOSTICOS. J.C. Aguilar Luna, A.R. Morán Mendoza. Hospital de Pediatría C.M.N.O., Guadalajara, Jal.

En un período de 12 meses, de diciembre de 1998 a Diciembre de 1999, se estudiaron 24 pacientes con diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica y se determinaron los siguientes factores para su clasificación de riesgo: edad, sexo, clasificación de la FAB, cuenta de leucocitos, masa mediastinal, deshidrogenasa láctica, infiltración al sistema nervioso central, lesiones líticas e inmunofenotipo.

La edad media fue de 6 años, la relación masculino-femenino 1-1, cuenta de leucocitos menor de 50,000 por milímetro cúbico, clasificación de la FAB 66%, infiltración al sistema nervioso central 8.3%, masa mediastinal 8.3%, lesiones líticas 12.5%, deshidrogenasa láctica, menos de 400 unidades, el inmunofenotipo CD10, CD19, -66.6%, CD2 25%, CD3 1%.

Conclusión: Se analizaron las variables para la clasificación de alto riesgo y riesgo estándar, encontrando que el 66.6% son CD10 y CD19 positivo para clasificarlos, pero se encontró además variables de alto riesgo por lo que se clasificaron de alto riesgo de acuerdo a más de 4 variables como de alto o bajo riesgo.

LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA EN NIÑOS. Rogelio Paredes, Norma López, Sandra Nieto, Lina Romero. Instituto Nacional de Pediatría. México, D.F.

En el período comprendido entre enero de 1991 y diciembre de 1996 se evaluaron en el Servicio de Hematología del Instituto Nacional de Pediatría 204 paciente en quienes se elaboró el diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL). Se utilizó un sistema de clasificación de riesgo para estratificar a los pacientes en distintos grupos de riesgo (habitual y alto) y se diseñó un protocolo de tratamiento de acuerdo al riesgo. Ciento veintitres pacientes (60%) se clasificaron como RH y 92 (40%) como RA. Ciento doce (91%) de los pacientes de RH alcanzaron la remisión (RCC), ocho (6.5%) fallecieron en la etapa de inducción a la remisión y 3(2.4%) presentaron falla terapéutica. En la etapa de mantenimiento se observó la siguiente tasa de eventos: cinco (4%) fallecieron en remisión (MR), cinco (4.5%) presentaron recaída a SNC (RSNC) y 8 (7.1%) a médula ósea (RMO) y 94 (84%) alcanzaron la etapa de cese electivo de quimioterapia (CEQTx). Sesenta y cinco (71%) de los pacientes de RA alcanzaron la RCC 15 (16.3%) fallecieron en la etapa de inducción y 12 (13%) mostraron leucemia resistente. En la etapa de mantenimiento se observó la siguiente tasa de eventos dos pacientes (3%) fallecieron en RCC, seis pacientes (6.5%) presentaron RSNC, 13 (14.9%) RMO, y 44 (63.3%) llegaron a CEQTx. La sobrevida libre de evento fue de 76.4% y 47.8% y la sobrevida libre de enfermedad de 83.9% y 67.6% para RH y RA respectivamente, con un seguimiento mediana de 48 meses con rangos de 24 a 96 meses.

RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA EN LEUCEMIAS MIELOBLASTICAS AGUDAS EN NIÑOS. M.T. Pompa Garza, M.G. González Villarreal, M.G. Jacobo Díaz S. De León Cantú R.E. Hospital Regional de Especialidades No. 25, IMSS. Monterrey, N.L. México.

OBJETIVO. Determinar el porcentaje de casos con remisión completa después de la etapa de inducción a remisión en niños con leucemia mieloblástica aguda (LMA) y el porcentaje de sobrevida.

DISEÑO. Observacional, descriptivo y retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS. Se incluyeron pacientes menores de 15 años con diagnóstico comprobado mediante análisis morfológico, histoquímico y en los casos más recientes con citometría de flujo de leucemia mieloblástica aguda que iniciaron quimioterapia de inducción a la remisión en un período comprendido de enero de 1993 a diciembre de 1998.

RESULTADOS. Treinta pacientes cumplieron con los criterios de selección 15 de los cuales pertenecieron al sexo masculino. La edad promedio al diagnóstico fue de 6 años 7 meses. Las variedades de LMA más encontradas fueron M2 y M3, 26 pacientes recibieron quimioterapia de inducción con citosina en combinación con un antracíclico por 7 y 3 días respectivamente de los cuales 18 presentaron remisión completa, 10 de estos presentaron recaída falleciendo 8 de ellos y 2 volvieron a lograr remisión. En 4 casos de leucemia promielocítica se utilizó ácido transretinoico de los cuales solo uno logró remisión completa.

CONCLUSIÓN. El porcentaje de sobrevida fue del 30% (9 casos) y el porcentaje de remisión completa fue de 63.3%.

LEUCEMIA EN NIÑOS

LEUCEMIA GRANULOCITICA CRONICA ,EN UN GRUPO PEDIATRICO ,CROMOSOMA Ph+,CORRELACION CLINICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO .J.C. Aguilar Luna A.R. Morán Mendoza , B.López Guído ,J.R.González García ,S.Vargas Parra. Hospital de Pediatría de CMNO . Guadalajara Jal .

Fueron estudiados los pacientes del servicio de hematología del Hospital de Pediatría de CMNO - con diagnóstico de Leucemia Granulocitica Cronica (LGC) Ph+ ,en relación a edad , sexo,manifestaciones clinicas , cifra de leucocitos y plaquetas al momento del diagnóstico y evolución de la enfermedad .

Los pacientes con LGC Ph+ ,fueron 8,con un promedio de edad de 11.2 años R=6a15años ,relación H:M de 3:1 ,al momento del diagnóstico el 75%presento fiebre,50%perdida de peso,ataque al estado general ,80%esplenomegalia,50%hepatomegalia ,el promedio de la cifra de leucocitos --fué de 136,000 y la de plaquetas de 514,000 ,--40% manejados con interferon ,40% con hidroxiaurea , 20% con interferon y busulfan ,la duración de la fase cronica fué mayor para los manejados exclusivamente con interferon ,en el 75% el descenso en la cifra de leucocitos y normalización de las plaquetas se presento entre los 3 y 4 meses del tratamiento ,3 pacientes presentan alteraciones complejas del cromosoma Ph, en los cuales la evolución fue desfavorable con evolución temprana a la fase blastica ,incluso uno de ellos fallecio .La mejor respuesta al --tratamiento la encontramos en los pacientes manejados exclusivamente con alfainterferon y en aquellos sin alteraciones estructurales complejas del cromosoma Ph, la edad , sexo, esplenomegalia y hepatomegalia no resultaron significativas como factores pronosticos en este grupo .

EL ACIDO HOLO TRANS RETINOICO ES UN AGENTE UTIL EN LA LEUCEMIA AGUDA PROMIELOCITICA PEDIATRICA. REPORTE DE UN CASO. Nacho Vargas, K.; Bernaldez R.; Rodríguez M.; Juan L.; Benítez H; Farfán J; Pizzuto J; Hospital de Pediatría y Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS.México D.F., México

INTRODUCCION. El ácido holo trans retinoico (ATRA) ha demostrado ser útil en el tratamiento de la leucemia aguda promielocítica (LMA M3), ya que puede lograr la remisión completa hasta en un 80% de los pacientes. La LMA M3 predispone al desarrollo de una coagulopatía devastadora, combinación de un estado de CID e hiperfibrinólisis primaria. La enfermedad típicamente se presenta con una diátesis hemorrágica que a menudo se exacerba por quimioterapia citotóxica. La incidencia de hemorragia fatal varía de un rango de 8 a 47%. Reportamos un caso de LMA M3 tratado con ATRA, que respondió a este agente, después del fracaso de un primer ciclo de quimioterapia.

REPORTE DEL CASO. La paciente es una niña de diez años de edad, a quien le fue diagnosticada una leucemia aguda promielocítica en base a criterios morfológicos, citoquímicos y de inmunofenotipo. A su inicio se manifestó con epistaxis, gingivorragia, síndrome anémico, y fiebre. La BH inicial mostró pancitopenia. El AMO inicial mostró promielocitos anormales en más del 30%. Mieloperoxidasa y Sudán Negro positivos. El inmunofenotipo mostró CD 13 (97%), CD 33 (98.7%) y HLA-DR negativo (3%). Inició con quimioterapia de inducción a la remisión (citarabina, epirrubina y etopósido). Presentó un cuadro de CID, que requirió apoyo transfusional intenso (plaquetas, PFC y crioprecipitados) En el día 5 de quimioterapia presentó una hemorragia intracraneana temporal izquierda, que requirió craneotomía, drenaje del hematoma y ventriculostomía, fue ingresada a la UTIP. En el periodo postquimioterapia cursó con neutropenia y fiebre, requiriendo esquemas antimicrobianos, incluyendo anfotericina B. Se documentaron neumonía, sinusitis maxilar, celulitis en MTD y osteomielitis en MPI. Cursó con ICC y se sospechó de cardiomiopatía por antracíclicos. Un mes después del inicio de la quimioterapia el AMO mostró todavía infiltración por promielocitos, con persistencia de la pancitopenia y coagulopatía. Se decidió iniciar ATRA a 45mg/m²/día, el cual recibió durante 56 días. Los datos de coagulopatía se corrigieron, y los requerimientos transfusionales, disminuyeron. Al inicio del tratamiento se documentó trombosis de la vena yugular interna, asociada al catéter. No presentó datos del síndrome ATRA. La paciente fue egresada y continuó tratamiento ambulatorio. La MO del día 50 mostró remisión completa y la BH se reportó normal. Posteriormente recibió tres ciclos de quimioterapia de consolidación con ARA-C y etopósido. Actualmente la paciente se encuentra en remisión completa.

CONCLUSIONES. El ATRA induce la RC en la leucemia aguda promielocítica pediátrica, así como disminuye las complicaciones asociadas a la quimioterapia citotóxica. El ATRA debe ser incluido como agente de primera línea en el tratamiento de la LMA M3 pediátrica.

INFLUENCIA DE LA CONSOLIDACION, EN LA SOBREVIDA LIBRE DE EVENTO DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLASTICA INFANTIL DE RIESGO NO HABITUAL.

López-Hernández M A. Alvarado Ibarra M. Trueba Christy E. De Diego F Ch J. González Avante M. Borbolla Escobedo R. Jiménez Alvarado R. Mendoza López Y.

OBJETIVO. Conocer la frecuencia de recaídas, mortalidad y la supervivencia libre de evento con dos tipos de **Consolidación** en el protocolo *Memorial Sloan-Kettering-New York-II (MMSKII)*.

PACIENTES Y METODOS. Menores de 20 años, con LAL de novo, sin insuficiencias orgánicas graves, fracción de expulsión vVentricular superior a 50% y clasificados de riesgo alto o intermedio, según los criterios del *Childrens Cancer Group*. Se usó el protocolo *MMSKII* con una diferencia: en la Rama A, en la **Consolidación**, la Citarabina se usó según el protocolo original; en la Rama B, en la **Consolidación**, la Citarabina se usó a 1.5 mg/m², cada 12 horas, los días 35 y 36.

RESULTADOS. Se indujeron 50 pacientes. Se asignaron 22 pacientes a la Rama A, de 1997 a 1999. En la Rama B se asignaron 28 pacientes, de 1994 a 1997. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p>0.25) en las siguientes variables: edad, sexo, frecuencia y tamaño de visceromegalias, masa abdominal, infiltraciones (mediastino, sistema nervioso o testículo), estirpe T o B y citomorfología (FAB).

Todos los enfermos alcanzaron inducción a la remisión, con una defunción en esta fase. Las defunciones durante la consolidación fueron 7 vs 3 (p=0.06). Las recaídas han sido 1 vs 4 (p= 0.25). La supervivencia libre de evento global es de 0.64 a 55 meses. En cada rama es de 0.64 y 0.68.

CONCLUSIÓN. El uso de sólo dos días de citarabina (50% de la dosis original), disminuye la mortalidad y no afecta la supervivencia libre de evento, aunque es mayor el número de recaídas.