

DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA EFECTUADO DURANTE LA GESTACIÓN.

UMAE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa De Los Reyes Sánchez" "CMN LA RAZA"

E. A. TORRES ORTEGA¹, E. TORRES GUERRA², A. HELUE MENA².

RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA¹, MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE TOCOCIRUGIA², JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA MATERNO FETAL²

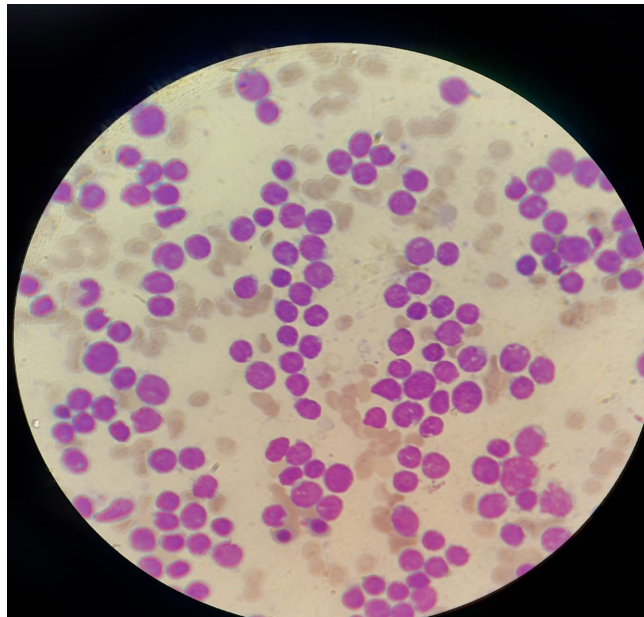


Introducción.

El diagnóstico de leucemia durante el embarazo se presente en 1 de cada 100,000 gestaciones. Su diagnóstico es poco frecuente, pero cuando ocurre casi todas las leucemias son agudas; dos tercios son mieloides, y el tercio restante es linfoblástica.

Caso.

Mujer de 30 años, presenta a las 24.4 SDG dolor abdominal en cuadrante superior derecho, equimosis y petequias con predominio en extremidades, pérdida ponderal de 5 kilos en 3 meses. En su hospitalización en medicina materno fetal se identifica supresión medular con 9.1 g/dL de hemoglobina, 2800 leucocitos, 0.4 K/uL neutrófilos y 20,000 plaquetas. Se realiza aspirado de medula ósea reportando 100% de infiltración de blastos, con BCR/ABL (gen de fusión presente en el cromosoma Filadelfia) negativo y cariotipo complejo integrando el diagnostico de leucemia linfoblástica aguda (LLA), de estirpe b común (CD 10 + C, CD 19+, CD20+ CD22) con riesgo alto por edad y cariotipo complejo. Se sometió caso a consejería internacional de ADVISORY BOARD ON CANCER, INFERTILITY AND PREGNANCY. Luego de informar a la paciente del diagnóstico, pronóstico y riesgos asociados al tratamiento, se inicia quimioterapia con esquema Hyper-CVAD (fase A, fase B, mantenimiento) intensificado modificado con metilprednisolona, completando la fase A (ciclofosfamida, mesna, metilprednisolona, vincristina, daunorrubicina), alcanzando remisión completa con enfermedad mínima residual negativa. Se presenta cuadro de tromboembolia pulmonar aguda PESI II y neutropenia febril por Klebsiella oxytoca. No se continua con la fase B del esquema Hyper-CVAD por incluir metotrexato y se inicia el esquema de consolidación, basado en esquemas pediátricos (vincristina, doxorubicina, ciclofosfamida, L- asparginasa, metilprednisolona, citarabina y dexametasona), recibiendo incompleta la dosis de vincristina por presentar complicación de colitis neutropénica. Al concluir la fase de consolidación se indica descontinuar la quimioterapia hasta resolución del embarazo, por riesgo de mielosupresión a nivel fetal. Obstétricamente se diagnosticó restricción del crecimiento intrauterino temprano estadio I a la semana 26, sin presentar deterioro de hemodinamia fetal, presentó amenaza de parto pretérmino a la semana 33 la cual fue resuelta, ante la necesidad de continuar el tratamiento se interrumpe el embarazo a las 35.2 SDG, 30 días posterior al último ciclo de quimioterapia. Se obtiene un recién nacido de 1820 gr, APGAR 8/9, sin secuelas aparentes. La paciente se egresa con evolución posoperatoria satisfactoria. Respecto al RN se hospitalizo debido a la prematuridad, siendo egresado a los 10 días de vida, sin complicaciones evolucionando favorablemente hasta el día de hoy.



modinamia fetal, presentó amenaza de parto pretérmino a la semana 33 la cual fue resuelta, ante la necesidad de continuar el tratamiento se interrumpe el embarazo a las 35.2 SDG, 30 días posterior al último ciclo de quimioterapia. Se obtiene un recién nacido de 1820 gr, APGAR 8/9, sin secuelas aparentes. La paciente se egresa con evolución posoperatoria satisfactoria. Respecto al RN se hospitalizo debido a la prematuridad, siendo egresado a los 10 días de vida, sin complicaciones evolucionando favorablemente hasta el día de hoy.

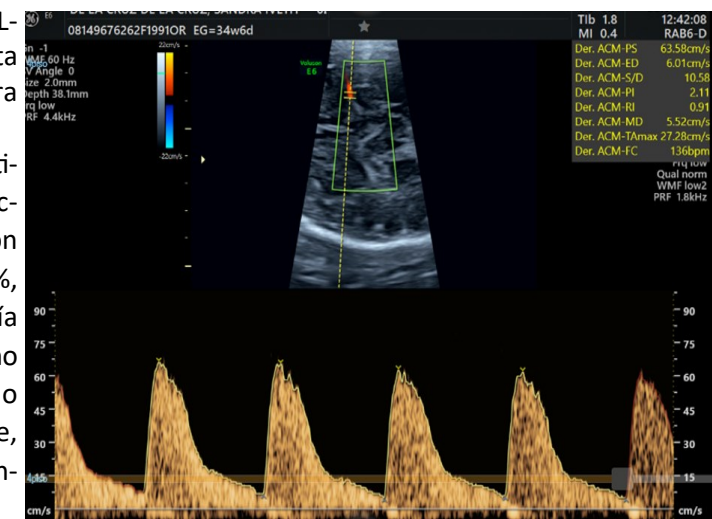
Discusión.

La aparición del cáncer durante el embarazo tiene una incidencia global estimada en 0.02 al 1%. La International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy (INCIP) estima que en el mundo el cáncer más frecuente durante el embarazo es el de mama (40%), seguido del linfoma (12%), cuello uterino (10%), leucemia (8%) y cáncer de ovario (7%).

La decisión acerca del momento de inicio de la quimioterapia, su duración, métodos de administración e indicación de medicamentos debe valorarse junto con la madre, teniendo en cuenta, además, el estado del embarazo, las semanas de éste y el bienestar materno-fetal.

Hasta ahora no existe un esquema estandarizado acerca del tratamiento en la embarazada. Se han desarrollado múltiples regímenes, la mayoría de las veces basados en esquemas pediátricos, pero no se han comparado directamente en un ensayo prospectivo aleatorizado. No existe un mejor régimen único para la inducción en la leucemia linfoblástica aguda, la mayoría contienen vincristina, un glucocorticoide y una antraciclina. Con estos regímenes, más del 80 % de los adultos recién diagnosticados con LLA entran en remisión completa.

En este caso se decidió modificar el esquema Hyper-CVAD, ya que la L-asparginasa no está incluido en el régimen estándar Hyper-CVAD, ésta es un componente de los manejos de leucemia linfoblástica aguda para niños que conducen a tasas superiores de remisión completa. Más del 80 por ciento de los pacientes adultos con leucemia linfoblástica aguda lograrán una remisión completa con quimioterapia de inducción intensiva. Los pacientes que reciben terapia posterior a la remisión pueden esperar tasas de supervivencia de cinco años de hasta el 60%, razón por la que en este caso se decidió la interrupción del embarazo vía abdominal 30 días posterior al ultimo ciclo de quimioterapia, ya que no se recomienda dentro de 3 semanas previas a la fecha del parto debido a que puede reducir los recuentos de células sanguíneas de la madre, permitiendo continuar con el tratamiento de quimioterapia y obteniendo un feto viable.



Conclusiones.

Al momento no existen recomendaciones firmes, para el tratamiento de los diferentes tipos de leucemia durante el embarazo y existen múltiples factores, como el retraso del diagnóstico, el tipo de leucemia y las semanas de embarazo al diagnóstico, los cuales van a influir directamente en los posibles desenlaces maternos y fetales, a pesar del mal pronóstico materno por la edad y el poco número de casos reportados en pacientes embarazadas, se pudo mejorar el pronóstico fetal, obteniéndose un recién nacido a una edad gestacional viable, aparentemente sin complicaciones asociadas al manejo con quimioterapia.

Bibliografía.

- Richard A. Larson, MD. (2022). Terapia de inducción para la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia negativo en adultos. 2022, de UpToDate Sitio web: <https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/induction-therapy-for-philadelphia-chromosome-negative-acute-lymphoblastic-leukemia-in-adults/abstract/18,64-67>
- Richard A. Larson, MD. (2022). Terapia posterior a la remisión para la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia negativo en adultos. 2022, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/post-remission-therapy-for-philadelphia-chromosome-negative-acute-lymphoblastic-leukemia-in-adults?search=esquema%20hipercvad%20leucemia%20linfoblastica%20aguda&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
- Pineda-Mateo M, Rodríguez-Pérez A, Rojo-Novo S. Diagnóstico de leucemia mieloide aguda durante el embarazo. Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (10): 832-838.
- L. Aguirre Alatorre, P.G. Coronel-Brizio, D. Abarca De Santos, P.A. Zoloeta Domínguez. (junio 2017). Leucemia y embarazo. Reporte de un caso. elsevier, 44, 82-85.