

# LPA en la vida real: análisis multicéntrico de mortalidad temprana y factores citogenéticos en 174 pacientes chilenos

Macarena Roa-Salinas<sup>1</sup>, Carolina Infante<sup>1</sup>, Paulina Cornejo-Verdugo<sup>1</sup>, Andres Ramirez-Gamero<sup>2</sup>, Karla Mellado-C<sup>1</sup>, Andrea Encina-R<sup>1</sup>, Camila Peña-Ojeda<sup>1</sup>, Maria Soledad Undurraga-Sutton<sup>1</sup>, Luis Malpica-Castillo<sup>3</sup>, Samuel Urrutia<sup>4</sup>.

1. Hospital del Salvador, 2. Roger Williams Medical Center, 3. MD Anderson, 4. Washington University in St Louis

## INTRODUCCIÓN:

La leucemia promielocítica aguda (LPA) es prevalente en América Latina y conlleva un alto riesgo de complicaciones tempranas. Sin embargo, los datos sobre resultados clínicos en esta región son limitados. Desde 2020 aproximadamente, Chile adoptó el ácido trans-retinoico (ATRA) y trióxido de arsénico (ATO) como tratamiento estándar para la LPA en la mayoría de los centros. En este estudio de vida real, se describen las características, los desenlaces de sobrevida y las causas de muerte (CM) en pacientes adultos con LPA en Chile.

## MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, retrospectivo, que analizó datos de 174 pacientes adultos diagnosticados con LPA entre 2013 y 2024 en 16 instituciones públicas chilenas. Las causas de muerte se obtuvieron mediante revisión de registros médicos electrónicos y certificados de defunción. Se realizaron análisis de tiempo a evento utilizando el test de log-rank y estimaciones de Kaplan-Meier.

## RESULTADOS:

De los 174 pacientes, 90 (52%) eran hombres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 41 años (RIC: 32–56). La distribución geográfica fue: Región Metropolitana (56%), Biobío (14%), Valparaíso (8,6%) y Antofagasta (6,9%). La incidencia de LPA fue mayor en la región de Antofagasta, con 2 casos por 100.000 habitantes, en comparación con un rango de 0,9–1,2 por 100.000 en otras regiones. La translocación t(15;17) fue confirmada en 149 pacientes (86%). Se identificó trisomía 8 en 21 pacientes (12%) y cariotipo complejo en 16 pacientes (9,2%). La mediana de sobrevida global (SGm) fue de 2,55 años (RIC: 0,8–5,6). En el análisis multivariado, el sexo, el año de diagnóstico y otras anormalidades citogenéticas no fueron predictores estadísticamente significativos de sobrevida ( $p > 0,05$ ). Al momento del análisis, 39 pacientes (22%) habían fallecido. De estos, 29 (74%) murieron dentro de los primeros 30 días (mortalidad temprana). La proporción de muertes tempranas fue de 78% (22 de 28 muertes totales) antes de la adopción del esquema ATRA/ATO, comparado con 63% (7 de 11 muertes) después de su implementación. Las causas más frecuentes de muerte fueron hemorragia ( $n=14$ , 48%), insuficiencia respiratoria ( $n=4$ , 14%) y sepsis ( $n=2$ , 6,9%).

## CONCLUSIÓN:

En esta cohorte, la mortalidad estuvo principalmente asociada a complicaciones tempranas, especialmente hemorragia e insuficiencia respiratoria. La mayor incidencia de LPA en la región de Antofagasta requiere mayor investigación. Aunque la adopción del régimen ATRA/ATO redujo la mortalidad global, las muertes tempranas por hemorragia siguen siendo elevadas. El reconocimiento e intervención precoz de la coagulopatía son fundamentales para mejorar los desenlaces de sobrevida en esta población.