

Inusual Aumento de Casos de Leucemia Promielocítica Aguda. Reporte de 20 Casos de un Hospital Público Chileno.

Francesca Guidotti-Cortesi¹, José Tomás Gonzalez-Gonzalez², Nelson Lobo-Villarroel², Felipe Chang-Li³, Juhi Datwani³

1. Hematóloga Hospital San Juan De Dios, 2. Hematólogo, Hospital San Juan De Dios, 3. Residente de Medicina Interna Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN. La leucemia promielocítica aguda (LPA) es una emergencia hematológica que corresponde al 5-20% de las leucemias mieloides agudas (LMA). En Chile sería 10-15%, sin diferencia por sexo, con predominio en adultos jóvenes. Se sospecha frente a una LMA asociada a coagulación intravascular diseminada (CID) y se confirma detectando la t(15;17) o el gen fusión PML/RARa. Tiene alta mortalidad precoz, pero se cura más del 90% con terapias basadas en ácido transretinoico (ATRA) y trióxido de arsénico (ATO). La exposición a antineoplásicos es un factor de riesgo reconocido. La incidencia de LPA en nuestro centro desde 2019 era 1-2 casos/año. **MATERIAL Y METODO.** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron registros clínicos entre enero 2023 y junio 2025. Se tipificaron las características de los pacientes, la LPA, sus tratamientos y complicaciones. **RESULTADOS.** 20 pacientes >15 años (85% <60 años), 55% hombres. El 75% chilenos, 25% de una zona rural específica.

COMORBILIDADES:

hipertrigliceridemia (HTG) 65%, tabaquismo 35%, hipertensión 30%. Del total, 25% con exposición a tóxicos ambientales, 10% con quimioterapia previa; 25% eran de alto riesgo (AR) con leucocitos >10.000/uL, 15% anemia severa, 80% trombocitopenia severa, 15% sangrado del sistema nervioso central (SNC). Dentro de los clones, 100% con PML/RARa, 60% bcr1 y 40% bcr3; 20% FLT3-ITD+, 5% FLT3-TKD+, 5% NPM1mutA+.

CARIOTIPOS:

12 con t(15;17), 2 cripticas, 4 con alteraciones adicionales, 4 no evaluados. En el grupo de AR un 100% con HTG, 80% sobrepeso/obesidad (S/O), 40% tabaquismo, 40% con exposición a tóxicos ambientales; 80% bcr3, de ellos 60% FLT3-ITD+; 80% con < 40.000/uL plaquetas, 80% con CID, 20% con sangrado SNC, 60% de síndrome de diferenciación (SD). En el grupo no AR, 73% bcr1, 1 FLT3-ITD+, 1 bcr3 con FLT3-TKD+, 1 NPM1mutA+; 33% con CID, 53% de SD. Todos fueron tratados con protocolo ATRA/ATO, excepto un paciente fallecido precozmente. En AR se agregó daunorubicina (25%). En no AR se realizó citorreducción con hidroxicarbamida o daunorubicina. Un 55% del total desarrolló SD (bcr1 55% vs. bcr3 45%). Al término de la inducción, 100% logró remisión completa (RC); 95% PCR PML/RARa (-) al día 28-33, 100% post día 60. Todos PCR (-) al final de 4 consolidaciones.

TOXICIDADES:

30% neurológica, 40% hepática, 35% cutánea, 15% metabólica, 10% cardiovascular; todas leves. En los tratados hubo mortalidad 0% al mes y 0% al año. **CONCLUSIONES.** Desde 2023 la incidencia de LPA aumentó a 9 casos/año. Destacó una alta tasa de ruralidad. Se encontró predominio de PML/RARA bcr1 y la asociación de AR con bcr3 y/o FLT3, acorde con lo descrito en la literatura. S/O fue factor adverso. No se vio diferencias en mortalidad ni tasas de RC en relación con cariotipos variantes o FLT3+. En nuestra muestra, la mortalidad precoz fue baja (5%), atribuible al inicio precoz de ATRA y prevención de síndrome de diferenciación. Se requieren estudios para evaluar la posible influencia de tóxicos ambientales.