

Problemas de la clínica y tratamiento de la leucemia aguda en los niños^()*

Por el Dr. N. S. KISLIAK

(URSS, Moscú)

La existencia de determinadas particularidades en las leucemias infantiles atrae especial consideración en la actualidad. Esto se halla relacionado con la circunstancia de que, precisamente, en los casos de leucemia aguda en los niños se han obtenido los resultados más alentadores al aplicar los métodos modernos.

La primera peculiaridad de las leucemias infantiles consiste en la proporción desmesuradamente irregular entre los casos de leucemia crónica y aguda.

En los niños, un 95% de la morbilidad total de leucemia corresponde a la forma aguda y sólo un 5% a la crónica.

La segunda particularidad consiste en el predominio de determinadas variedades clínico-hematológicas dentro del grupo de la leucemia aguda en los niños. Disponiendo de observaciones propias sobre 450 niños con leucemia aguda, podemos detenernos en estas variedades de la misma.

La premisa fundamental para separar las distintas variedades de la leucemia aguda infantil fue la tesis general de que todos los casos de esta enfermedad en esa edad corresponden a formas no diferenciadas de reticulosis o hemocitoblastosis.

La variedad más frecuente de la leucemia aguda en los niños es la forma leucopénica con afección preferente de la médula ósea. Esta es la forma menos diferenciada de la retículo-hemoblastosis, afectando con preferencia a los niños en la edad preescolar. Al comienzo de la enfermedad se observan frecuentemente dolores en los huesos y síntomas articulares. El síndrome hemorrágico es permanente. No hay una incorporación notable de los ganglios linfáticos al proceso. En la sangre hay una tendencia constante a la leucopenia. La anemia y la trombocitopenia, por lo general, son notablemente manifiestas. Desde el punto de vista de la fórmula leucocitaria se registra o bien una gran cantidad de linfocitos con un pequeño porcentaje de hemocitoblastos, o bien el porcentaje de estos últimos resulta más alto. Con mayor frecuencia los hemocitoblastos se presentan en forma de meso y microgeneraciones, las cuales se caracterizan por un núcleo más o menos compacto con una pequeña cantidad de nucléolos y escaso protoplasma. A veces existen núcleos desnudos. Se observan permanentemente células linforreticulares.

En la médula ósea, en presencia de estas formas leucopénicas, existen distintas variantes en cuanto a la magnitud de la citosis y el porcentaje de células blásticas y linforreticulares. En algunos niños, al principio de la en-

(*) Trabajo presentado al XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional, celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

fermedad, se observa un estado hipoblástico en la médula ósea, el cual al agravarse el proceso se transforma en hiperplasia. Pero, en la mayoría de los niños la médula ósea es celular. El porcentaje de células blásticas depende de la magnitud de la citosis. Los hemocitoblastos se hallan, de manera especialmente presente, en microgeneración. Las células linforreticulares, que habitualmente constituyen un 8-10%, llegan en algunos casos hasta un 20% o más. El cuadro linforreticular en la médula ósea es característico para los casos "frescos" de la enfermedad y, durante el ulterior recrudescimiento de la misma, se manifiesta con más frecuencia hemocitoblastosis.

En algunos casos, el cuadro de hemohistioblastosis predomina a un grado tal, sin transformarse ulteriormente en hemocitoblastosis, que se hace necesario establecer el diagnóstico de reticulosis representado por células linforreticulares. Pero, deseamos señalar que, en estos casos, aunque hay menor cantidad de hemocitoblastos, los mismos también se caracterizan por un grado no agudo de anaplasia y a menudo tienen aspecto "linfoide".

La enfermedad, en estas formas leucopénicas, tiene tendencia a un curso subagudo.

Teniendo en cuenta la frecuencia de los casos, la segunda variedad de la leucemia aguda en los niños está constituida por las formas tumorales, las cuales siguen un curso caracterizado por considerable hiperplasia de los ganglios linfáticos y el bazo. En algunos niños de este grupo se logró observar el desarrollo extramedular del proceso leucémico, con la localización inicial del mismo en los ganglios linfáticos, (con mayor frecuencia los del mediastino). En la sangre, en presencia de un cua-

dro desarrollado de la enfermedad, se observa una elevada leucocitosis. Los hemocitoblastos se presentan, más frecuentemente, en mesogeneraciones, tienen síntomas de anaplasia, aunque no agudos, muchos núcleos desnudos y células lisadas. Las células linforreticulares en la médula ósea están aumentadas, aunque en menor grado que en los casos de las formas leucopénicas.

Las características clínicas y hematológicas de estas dos variedades de la leucemia aguda en los niños señalan el predominio de las formas menos diferenciadas de esta enfermedad en las mismas (el carácter tumoral del proceso leucémico en los ganglios linfáticos, en la segunda variedad, y la hiperplasia reticular en la primera). Estas variedades resultaron susceptibles al tratamiento aplicado. En todos los niños se lograron remisiones, en la mayoría de los casos reiterados. La duración media de la vida fue de 2 años, la mayor de 5 años.

Más raramente (en una tercera parte de los enfermos) se encontró otra variedad de la leucemia aguda infantil, la cual no cedió bajo el tratamiento con hormonas esteroideas ni con 6-mercaptopurina.

La leucemia aguda en estos niños siguió un curso con acentuada anaplasia de los hemocitoblastos (para hemocitoblastosis) y elevada leucocitosis. En el cuadro clínico de la enfermedad a menudo existen procesos úlcronecróticos manifiestos y grave síndrome hemorrágico.

En los niños de pecho (durante el primer año de vida), la leucemia tiene características singulares. La misma decursa con agudo aumento del bazo e hígado, frecuentemente, con manifestaciones dérmicas de infiltración leucémica. En la sangre periférica se obser-

va elevada leucocitosis de carácter mixto con contenido pequeño o moderado de células blásticas (15 a 30%). En la médula ósea existe un grado considerable de hiperplasia celular, especialmente de tejido mieloide. En conjunto, el cuadro de la leucemia, al igual que el de la leucemia mieloide crónica, tiene un carácter progresivo rápido y es una variedad de la leucemia aguda, característica para los niños de pecho .

Es necesario un ulterior estudio histoquímico de las distintas variedades de la leucemia aguda en los niños. El mismo contribuirá a la más correcta diferenciación de esta enfermedad, lo que se reflejará en las búsquedas de los métodos más eficaces para el tratamiento de las distintas variedades clínico-hematológicas de la leucemia aguda infantil. Esto concierne especialmente a los preparados quimioterapéuticos.

El reconocimiento de las peculiaridades de la leucemia aguda en los niños conlleva la necesidad de seleccionar determinados antimetabolitos (preferentemente 6-mercaptopurina), y jus-

tifica la conveniencia de aplicar glicocorticoides, los cuales poseen acción involutiva con respecto a las formas de leucemia aguda en los niños.

La forma del tratamiento de los niños con leucemia aguda no sólo depende del tipo de la enfermedad; el período de la misma ejerce una considerable influencia en la táctica a seguir.

En el período agudo, se indica un tratamiento complejo (antimetabolitos, glicocorticoides, hemotransfusiones). El período de remisión solamente requiere una terapia de mantenimiento (sólo antimetabolitos y en dosis pequeñas).

En los casos de agudización reiterada se debe efectuar el cambio de los antimetabolitos o aplicar otros métodos de tratamiento (por ejemplo, los antibióticos antitumorales).

En la eficacia del tratamiento de los casos de agudización reiterada (posibilidad de nueva remisión) ejerce una gran influencia el diagnóstico precoz de la agudización. Esto último sólo fue posible mediante la organización del método de asistencia dispensarial.

Sumarios de Revistas

Estas publicaciones han sido recibidas en el mes de septiembre en el CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS (Hemeroteca). Los trabajos que aparecen relacionados pueden ser solicitados en copia fotostática o en microfilm a instancia de los compañeros médicos y de acuerdo con las tarifas establecidas (\$0.10 por página).

ACTA PEDIAT. BELGICA. Vol. 20. Fasc. 1. 1966.

Hoofst C., Delire Chr. et Casneuf J. (Gand). *Le syndrome de Prader-Labhard-Willi-Fanconi. Etude clinique, endocrinologique et cytogénétique.*

CLIN. PEDIAT. Vol. 4. No. 11. November 1965.

Antibiotics for the Newborn Infant. A Discussion of Dosage.—Summer J. Yaffe, M.D. Buffalo, N. Y.

Resuscitation of Asphyxia in the Newborn: Physiologic Aspects.—Thomas Peltonen, M.D., Leo Hirvonen, M.D., Turku, Finland.

Septicemia and Meningitis in a Newborn Due to Pastuerella Multocida.—Henry A. Bates, Ph. D., Guido Controni, M.S., Nancy Elliott, B. S., Donald V. Eitzman, M.D., Gainesville, Fla.

The Anabolic Steroid, Stanozolol. Its Evaluation in Debilitated Children.—C. H. Carter, M.D., Orlando, Fla.

MINERVA PEDIAT. Vol. 18. No. 4. Febrero 11, 1966.

Mucopolisaccaridurie nell'età pediatrica. I.—Il test turbidimétrico secondo Dorfman come screening test.—C. Romano, G. Tortorolo, G. Segni.

Terapia. Sull'uso di una miscela assorbente nelle gastroenteriti infantili.—A. Longo, U. Maccani.

Aggiornamenti. Recenti nozioni sui rapporti tra timo, sistema linfatico e agammaglobulinemie.—C. Vullo.

MINERVA PEDIAT. Vol. 18. No. 5. Febrero 18, 1966.

La Gentamicina nel trattamento delle enteriti acute infantili.—C. Panero.

La diapneumoterapia con solfato di kanamicina nella enterite grave dell'immaturato.—D. Castello, G. C. Rosmino.

Studio clinico e broncologico di un caso di broncopneumopatia malformativa per difetto anatomico di secondo grado.—G. Ceriana, G. C. Piovaneli.

Aspergilloma polmonare secondario in una bimba di quattro anni.—G. Besa, F. Saccomani.

Haga sus pedidos a:

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION
DE CIENCIAS MEDICAS

CALLE 23 No. 201, 2º piso. VEDADO

Apartado 6520

Teléfono: 32-2386

LA HABANA, CUBA