LEUCEMIA

Editorial del Journal of the American
Medical Association, de Mayo 1954
Traducción autorizada de M. Solera Viquez

En oportuna revisión del estado actual del tratamiento de la Leucemia, Damesheck (1) da una nota de entusiasmo, aunque admite que falta mucho por hacer. Opina que, en vez de un ensayo empírico de toda nueva droga que aparezca, debe buscarse sistemáticamente un remedio con base de un conocimiento adecuado de la química y fisiología de las células blancas de la sangre y de los órganos que las producen. La Leucemia es una proliferación de células de tejidos, y no, precisamente, de las células blancas de la sangre. La sangre puede que refleje, y puede que no refleje, lo que acontece en los tejidos; y de allí la designación paradójica de algunos casos, como Leucemia Aleucémica. Las averiguaciones histopatológicas son las mismas en el tipo leucémico y en el aleucémico. Damesheck aboga por denominar las cuatro clases de Leucemia de acuerdo con el tipo de célula predominante: Leucemia granulocítica en vez de mielógena; linfocítica, en vez de linfática; monocítica, como se usa; y plasmocítica en vez de mieloma múltiple. Las lesiones de más rápido crecimiento, y más invasivas, granulocíticas o linfocíticas, están compuestas, casi por completo, de células primitivas con poca tendencia a diferenciación pero con muchas características mitóticas. Las lesiones tardas para desarrollarse no son tan invasivas, y están en su mayor parte formadas con células maduras con pocas, si las hay, características mitóticas.

La incidencia de Leucemia ha crecido desde un uno por cien mil de población en 1900, hasta 4.3 en 1944. El creciente descuido, y el perfeccionamiento del diagnóstico, pueden responder por el aumento, hasta 1939; pero es de dudar que el aumento continuado desde entonces pueda atribuirse a esos factores. El hecho de que la incidencia es ocho veces mayor en radiólogos que en otros médicos sugiere que la irradiación puede ser una causa. Esta deducción tiene soporte en el otro hecho de que la incidencia entre los sobrevivientes a una sola exposición a la radio-actividad en Hiroshima y Nagasaki es tres veces mayor que en aquellos sobrevivientes cuya exposición a la radio-actividad fue mínima. La exposición a benzenos y a hidrocarburos carcinogénicos pueden causar Leucemia, pero la prueba de ello no es concluyente. La alta incidencia de Leucemias observada en cierta cepa de ratones puede ser hereditaria; pero hay evidencia igualmente convincente de que ello es debido a transmisión intrauterina del virus. Trastornos hormonales pue-

den desempeñar un papel causante de la enfermedad; pero tampoco hay prueba cierta sobre eso.

Aunque la Radioterapia es usada, los resultados, en la mayoría de los casos, no son satisfactorios; y la irradiación puede hasta agravar la enfermedad. La Mostaza-Nitrógeno también ha sido utilizada, pero, aunque es con frecuencia beneficiosa en pacientes con Linfosarcoma, no presta ayuda en la Leucemia. El Urethan es útil para mantener remisiones inducidas por Rayos X en pacientes con Leucemia granulocítica, o plasmocítica, Aminopterin (4-aminopteroylglutamic acid), el amino-ácido análogo al ácido fólico, es especialmente valioso para tratar adultos jóvenes con Leucemia aguda. Desgraciadamente, es de poco, o de ningún valor en pacientes mayores de 30 años. Sin embargo, en un cincuenta por ciento de pacientes jóvenes, las remisiones, aunque temporales, son clínica y hematológicamente, completas. Cuando se administra Aminopterin con dosis altas de Corticotropin los resultados son aun, mejores. Con todo, con cada tratamiento sucesivo éste se torna más difícil. La médula ósea de pacientes bajo este tratamiento debe ser examinada con alguna frecuencia porque la agravación de la enfermedad ocurre rápidamente, a menos que el tratamiento se continúe hasta que la médula quede libre de las células anormales primitivas.

Las ventajas de usar el tratamiento combinado son las de que el Corticotropin (1) estimula el efecto del Aminopterin, (2) aumenta la posibilidad de una remisión completa, (3) reduce las reacciones tóxicas del Aminopterin, (4) disminuye la tendencia a la hemorragia, y (5) produce la mielo-estimulación cuando la aplasia de la médula ósea ha sido inducida por el Aminopterin. Durante las remisiones se deben dar dosis de mantenimiento de ambas drogas. Otra droga prometedora es el Triethylene melamin, que tiene valor en el tratamiento de pacientes de Linfosarcoma, leucemia crónica linfocítica, y leucemia crónica granulocítica. Remisiones completas, clínica y hematológicamente, han sido observadas en un 60% de los pacientes tratados con esta droga. Si se dan dosis de mantenimiento, las remisiones son grandemente prolongadas.

Estos estudios indican que la enfermedad, si no es curable, es, al menos, controlable; y es de esperarse que, con el tiempo, llegará a ser tan controlada como la Diabetes. Es aparente, también, que los agentes quimioterápicos tienen cierto grado de especificidad en determinados tipos de leucemia. Ahora falta que los investigadores en ciencias básicas investiguen más las características enzimáticas, químicas; y para el médico practicante queda el estudio más acucioso de la historia de familia de los pacientes con leucemia o con otras variedades de malignidad; y el alcance de sus contactos con Rayos X, alquitranes, fenoles crisarrobina y otros irritantes de la piel.

(1) El Dr. Walter Damesheck es Profesor de Medicina Clínica en Tufts College Medical School, Boston, Mass. (N. del T.)