

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

Diapositiva 1-Leucemia Mielógena Crónica - Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

OPERADOR:

Hola a todos, y bienvenidos a *Leucemia Mielógena Crónica: Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento*, un programa educativo gratuito por teléfono/Internet. Es un placer para mí presentar a su moderadora Mabel Maia de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma (LLS por sus siglas en inglés).

MABEL MAIA:

Gracias y hola a todos. En nombre de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, una calurosa bienvenida a todos ustedes y un agradecimiento especial al Dr. Michael Mauro por compartir su tiempo y experiencia con nosotros hoy.

Tenemos el orgullo de ofrecer este importante programa en colaboración con Alianza Latina de Latinoamérica. Queremos expresar también nuestro reconocimiento y agradecimiento a Novartis Oncology y Bristol-Myers Squibb por su apoyo en este programa.

Hoy estamos interpretando simultáneamente nuestro programa en español. Notarán que estoy hablando un poco más despacio y el Dr. Mauro también hablará un poco más despacio, para permitir la interpretación simultánea.

Tenemos más de 1,000 personas participando desde todas partes del mundo, y debido a nuestra interpretación simultánea, tenemos amplia audiencia participando desde España y otros países latinoamericanos. En nombre de LLS, gracias por participar hoy.

Estamos grabando y transcribiendo este programa para publicación futura en la página web de LLS en www.lls.org/leukemiaeducation. Esto les dará la oportunidad de leer o volver a escuchar el programa de hoy, especialmente para revisar terminología o terapias que se les puedan haber escapado.

Ustedes deben haber recibido o descargado los materiales para el programa de hoy. El Dr. Mauro ha proporcionado también diapositivas y explicará la información en las diapositivas durante su presentación. Si todavía no han obtenido acceso a las diapositivas, pueden verlas o imprimirlas desde la página web de LLS en www.lls.org/programs.

Tras la presentación del Dr. Mauro aceptaremos preguntas realizadas por teléfono, Internet y también preguntas previamente enviadas por nuestra audiencia en español.

Antes de comenzar quiero presentar al Presidente y Director General de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, John Walter, quien compartirá algunas palabras. Hola John.

JOHN WALTER:

Gracias, Mabel. Quiero darles mi bienvenida también a todos los pacientes, las personas que los cuidan y los profesionales de la salud que participan en el programa hoy. Somos afortunados de tener como nuestro

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

JOHN WALTER:

presentador al Dr. Michael Mauro, uno de los expertos principales en Leucemia Mielógena Crónica (CML por sus siglas en inglés) de la nación. Agradecemos la dedicación del Dr. Mauro para apoyar la misión de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma a través de su investigación, su trabajo con nuestra oficina comunitaria de LLS en Oregon y su atención a pacientes con cáncer de la sangre. Quiero agradecerle por sacar tiempo de su ocupada agenda para proporcionarnos la información más reciente sobre diagnóstico y tratamiento de la CML.

La Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma está comprometida con brindarles la información más actualizada sobre su cáncer de la sangre. Sabemos que es importante para ustedes mantenerse al día, de manera que puedan trabajar con su equipo médico y determinar las mejores opciones para obtener los mejores resultados. Nuestra visión es que algún día la gran mayoría de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de la sangre se curen o manejen su enfermedad con buena calidad de vida.

Desde 1954, LLS ha otorgado más de \$814 millones para financiar la investigación específica sobre el cáncer de la sangre. Continuaremos invirtiendo en la investigación para buscar curas, así como en programas y servicios que mejoren la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Este programa es un paso en su camino para manejar su vida con CML.

Gracias y le devuelvo el programa a Mabel.

Diapositiva 2-Dr. Michael Mauro

MABEL MAIA:

Gracias, John. Ahora tengo el placer de presentar al Dr. Michael Mauro, Profesor Adjunto de la División de Hematología/Oncología Médica, Departamento de Medicina en el Centro para Malignidades Hematológicas del Knight Cancer Institute en la Universidad de Salud & Ciencias de Oregon en Portland, Oregon.

Dr. Mauro, nos sentimos privilegiados por tenerlo con nosotros hoy y ahora le entrego el programa.

DR. MICHAEL MAURO:

Gracias Mabel, gracias John. Y un agradecimiento muy pero muy grande a la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma por todo el trabajo que ha realizado, su colaboración y su invitación para permitirme hablar hoy.

Bienvenida toda la audiencia. Buenas noches, buenos días, buenas tardes, dondequiera que se encuentren. Buenos días, buenas noches, para aquellos de nosotros en el mundo de habla hispana.

Voy a hablarles hoy sobre la terapia de la CML. Trataré varios temas, pero quiero dejar tiempo suficiente para preguntas al final porque una de mis cosas favoritas es realmente tener un diálogo abierto con mis pacientes sobre nuevos asuntos relacionados con la CML y sobre cómo podemos tratar mejor esta enfermedad.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Diapositiva 3- Qué causa la CML?

¿Qué causa la CML? La CML es un cáncer único causado por una translocación cromosómica o intercambio en células de nuestra médula que se dividen y repueblan nuestra sangre. No es una enfermedad heredada y realmente hay pocos riesgos de exposición conocidos. Lo que la hace más singular es que tiene un desencadenante único, el cromosoma Philadelphia. Este marcador es fácil de identificar, es esencial para el diagnóstico y curiosamente es visto en individuos normales con análisis muy detallados, y bajas frecuencias, así que no causa cáncer en todas las personas, es entonces un error genético común.

Diapositiva 4- El cromosoma Philadelphia

Esta es una representación visual del cromosoma Philadelphia, donde apreciamos un intercambio entre los cromosomas 9 y 22, creando un gen anormal de fusión denominado Bcr-Abl en el cromosoma 22. Es la yuxtaposición del indicador Bcr, por así decirlo, con el oncogén Abl, que desencadena la transformación leucémica en células sanguíneas progenitoras y realmente es la única causa de la CML.

Diapositiva 5-Establecer el perfil de la CML en el momento del diagnóstico

Cuando nos enfrentamos a un caso de CML hay una serie de pruebas que nos ayudan a entender cómo se puede comportar la enfermedad con tratamiento y cuál es la mejor manera de manejarla. Por supuesto, el análisis de sangre con frecuencia determina el diagnóstico. Esto conduce a una búsqueda del cromosoma Philadelphia y lo que realmente determina el diagnóstico es confirmar su presencia junto con las características típicas de la CML.

Es importante que los pacientes sean estadificados adecuadamente cuando son diagnosticados y establecer si se encuentran en formas más avanzadas de leucemia Philadelphia- positiva, como la fase acelerada o la fase blástica, las cuales pueden tratarse en forma diferente y comportarse de una manera mucho más agresiva.

En pacientes en fase crónica algo llamado el índice de Sokal, desarrollado por Joseph Sokal hace varios años, ayuda a predecir la respuesta, particularmente a imatinib o Gleevec® y probablemente ayuda a estimar la respuesta a nuestros nuevos medicamentos. Este es un índice bastante fácil de calcular, basado en unas características presentes en los pacientes como son: su porcentaje blástico en la sangre, su conteo de basófilos, el tamaño del bazo, su conteo de plaquetas y su edad.

Para cualquier paciente con CML en el que el trasplante de médula ósea es una opción, esta debe discutirse. Es prudente definir esta opción, entender los riesgos que conlleva, buscar si hay algún donante disponible. Aunque es todavía una opción curativa, raras veces se practica como tratamiento primario para la CML, pero claramente continúa siendo una opción a considerar en ciertos casos de CML, particularmente en formas avanzadas de CML.

Diapositiva 6-Respuesta después del diagnóstico

Me gusta describir la CML a mis pacientes y a otros como un maratón, no un sprint. La excelente noticia con la CML ahora es que es generalmente una enfermedad crónica que puede ser manejada bastante bien con baja toxicidad y terapia altamente eficaz.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Ahora tratamos la CML con base en la consecución de puntos de referencia de respuesta en el tiempo y por lo tanto los pacientes deben esperar ciertos niveles de respuesta en el tiempo para que se considere que están respondiendo adecuadamente o para pensar en cambios necesarios en su terapia, y los médicos deben también hacer un seguimiento apropiado de sus pacientes para optimizar su tratamiento.

Diapositiva 7-Respuesta en la CML

Con frecuencia describo la CML como un iceberg invertido. Cuando alguien presenta CML vemos un gran volumen, vemos altos conteos de glóbulos blancos, vemos un bazo agrandado, vemos una médula ósea altamente afectada con actividad mieloide anormal generalmente. E intentamos encontrar la reducción de volumen de la enfermedad y tener claros puntos de referencia en el tiempo que nos indiquen cómo está respondiendo la enfermedad. Nuestra respuesta inicial generalmente esperada en los primeros meses y ciertamente a los tres meses es la normalización de los conteos sanguíneos, la normalización del tamaño del bazo, y esto se denomina una remisión hematológica completa o CHR. Posteriormente esperamos una respuesta citogenética temprana y esto es reducción del nivel de cromosoma Philadelphia medido mediante pruebas convencionales tales como un cariotipo de médula ósea, FISH de médula ósea o como una alternativa, FISH de sangre periférica. A los seis meses esperamos que los pacientes tengan una reducción de sus niveles de cromosoma Philadelphia en algún grado e idealmente debe estar por debajo del 35 por ciento. Esto es denominado una respuesta citogenética mayor o MCYR. A los doce meses generalmente aceptamos como un punto de referencia adicional una respuesta citogenética completa, y es que se espera que los pacientes o más bien nuestros tratamientos generen una respuesta citogenética completa o CCYR, en ese momento específico en el tiempo.

Posteriormente también con nuevas terapias como nilotinib y dasatinib, nos enfocamos en una respuesta molecular. Aquí a medida que la enfermedad continúa cediendo observamos una mayor reducción en el volumen de CML medido mediante prueba molecular, identificando el ARN o el ADN con el oncogén o indicador de CML, Bcr-Abl.

Con frecuencia vemos caer estos niveles a niveles bajos. Un punto de referencia es llamado una respuesta molecular mayor o MMR. Esta es una reducción log de 3 en los niveles de Bcr-Abl desde cuando un paciente inició tratamiento hasta ese nivel. Significa que la CML se redujo a 1/1000 de su tamaño original. Una reducción mayor es medible mediante la prueba PCR y de hecho con frecuencia los pacientes tienen una respuesta tan buena que ya no se detecta el Bcr-Abl. Esta es llamada ahora una respuesta molecular completa o CMR. Y aunque implica una eliminación completa o ausencia del Bcr-Abl, probablemente debe ser interpretada más bien como niveles de Bcr-Abl por debajo del nivel de detección con nuestra tecnología actual.

El significado de este tipo de respuesta, diría la lógica que es donde a todos nos gustaría estar, donde todos los pacientes quisieran estar, pero en la investigación de la CML todavía continuamos definiendo exactamente qué significa una respuesta molecular completa, estamos incrementando nuestra capacidad para definirla y esperamos con el tiempo ver más y más pacientes llegar a tan bajos niveles o niveles de ausencia del marcador o activador de la CML medidos mediante tecnología estándar.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Diapositiva 8-¿Qué se considera una buena respuesta?

Como acabo de exponer, ¿qué se considera una buena respuesta? A los tres meses, sólo para reiterar, realmente se espera una respuesta hematológica completa y pautas más recientes nos han mostrado que pacientes que tienen respuesta citogenética o respuesta de médula ósea, esto es reducción en los niveles del cromosoma Philadelphia mediante pruebas convencionales, como el cariotipo o FISH, esto realmente representa una respuesta ideal y particularmente puede ser lo que esperamos cada vez más cuando tratamos pacientes al momento del diagnóstico con nuestras nuevas terapias para la CML, especialmente nilotinib y dasatinib. Esto nos da una oportunidad temprana para abordar las demoras en alcanzar una respuesta citogenética o las respuestas fallidas. Investigaciones recientes muestran que incluso puede esperarse una respuesta mayor o una respuesta completa a los tres meses y esto queda por determinar. Pero como pueden ver, estamos estableciendo puntos de referencia cada vez más altos para nuestras terapias.

Una vez más, a los seis y doce meses esperamos que la remisión sea completa. Y esto es mediante prueba de médula ósea, cariotipo y FISH. Y repito una respuesta molecular, la reducción log de 3 o respuesta molecular mayor, realmente ofrece mayor reducción en el volumen de enfermedad de CML y mayor reducción del riesgo, teniendo la más baja probabilidad de progresión de la enfermedad los pacientes que alcanzan una respuesta molecular mayor.

Diapositiva 9-Prueba PCR en la CML

La prueba PCR es en realidad el caballo de batalla del control de la CML actualmente. Y nuestra tecnología actual puede detectar una célula leucémica en mil en análisis muy básicos, o hasta una célula en un millón en análisis más sensibles. Puede ser cualitativa o cuantitativa y en realidad queremos las pruebas que son cuantitativas, que pueden darnos un número, o realmente un porcentaje de material genético leucémico con respecto a una referencia normal.

Y es muy importante buscar una prueba PCR que reporte en la escala internacional. Cuando me refiero a una reducción log de 3 estoy hablando de una reducción log de 3 medida mediante la escala internacional o patrón estandarizado por el cual medimos la reducción de los niveles de transcritos de Bcr-Abl.

Varios laboratorios disponibles a nivel mundial reportan la prueba Bcr-Abl, que es la prueba PCR en la escala internacional, y continúan los esfuerzos para tratar de estandarizar esto en todo el mundo.

Diapositiva 10-Control de la PCR

De manera que diferentes laboratorios tendrán diferentes resultados. Desafortunadamente en los Estados Unidos hay unos pocos que utilizan la escala internacional. Y por lo tanto es importante utilizar el mismo laboratorio, para que puedan seguirse las tendencias, en caso de que un laboratorio no reporte en la escala internacional. Muchos pacientes y médicos me preguntan cómo interpretar la prueba PCR y algunas veces es un reto debido a los diferentes reportes que existen. Una vez más, los resultados negativos dependen de la calidad de la muestra y de la calidad del laboratorio.

Y nuestro tratamiento ha mejorado y nuestros resultados han mejorado considerablemente. Pero se requiere cierta cautela en la interpretación de una respuesta molecular completa en pacientes que son PCR negativos. El significado de estos niveles, repito, no es claro y lógicamente esto es lo que queremos. Pero lo que esto

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

significa para el resultado a largo plazo de los pacientes con CML es algo que estamos a punto de definir, eso espero. Así que yo les recomiendo a las personas y a los médicos que mantengan a los pacientes en terapia y no asuman que esto representa un punto en el que puede detenerse la terapia.

Diapositiva 11-¿Cuándo se debe considerar un cambio en la terapia?

¿Cuándo se debe considerar un cambio en la terapia? Si un paciente no muestra solución a los cambios en su sangre o una respuesta hematológica completa a los tres meses, esta es una clara señal de lo que se denomina resistencia primaria. Además, si un paciente no presenta evidencia alguna de respuesta citogenética a los tres meses, razón para hacernos varios cuestionamientos, ¿puede el paciente tomar la terapia, hay algún problema con otros medicamentos, o existe potencialmente también resistencia citogenética primaria y se debe establecer un cambio en la terapia? Si un paciente no tiene respuesta citogenética a los seis meses, esta es una señal de advertencia aún más importante. Diversos esfuerzos de investigación han demostrado este hecho. Adicionalmente, si el paciente todavía presenta evidencia del cromosoma Philadelphia mediante pruebas convencionales como el cariotipo o FISH después de un año de terapia, se sospecha resistencia citogenética y realmente se justifica un cambio en la terapia.

Yo describo estos objetivos con base en nuestro conocimiento de la cronología de respuesta a imatinib o Gleevec. Nuestras opciones de tratamiento inicial se han ampliado en muchos lugares del mundo, en 2011, con la disponibilidad de nilotinib y dasatinib para uso de primera línea. Nuestras expectativas crecen y repito, las metas fijadas son cada vez más altas, así que permanezcan atentos a nuevos puntos de referencia de respuesta y momentos específicos en el tiempo que puedan ser más significativos en el momento de considerar un cambio en la terapia.

Diapositiva 12- Nilotinib o Dasatinib

Nilotinib o dasatinib son ambas buenas opciones para pacientes recientemente diagnosticados con CML de fase crónica. Los datos iniciales, de uno a dos años de seguimiento, claramente sugieren una tasa de respuesta más alta, una respuesta más rápida, tanto citogenética o mediante prueba cromosómica, como molecular o mediante prueba PCR. Adicionalmente ofrece protección contra progresión, a la fase acelerada o la fase blástica, creo que este es uno de los avances más importantes, es el tratamiento primario de la CML de fase crónica que evita que los pacientes pasen a una fase avanzada de CML.

El perfil de efectos secundarios es más limitado con nilotinib y dasatinib. Pueden presentarse nuevos efectos secundarios específicos del medicamento. Tanto médicos como pacientes deben ser consientes y hablar abiertamente sobre los efectos secundarios para evitar toxicidad. Pero en general todos estos medicamentos son bien tolerados y nuestras opciones más recientes no son más tóxicas en muchos aspectos y si se presentan nuevas toxicidades o si se incrementan, son con frecuencia tempranas y bastante manejables.

Diapositiva 13-¿Es seguro detener el tratamiento?

Antes mencioné la cautela que debe tenerse al detener la terapia en los pacientes. ¿Es seguro detener el tratamiento en pacientes que son, "PCR no detectable", o aquellos que tienen una respuesta molecular completa? Hay estudios pequeños que son realmente fascinantes, con seguimiento ahora, de más de un año

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

y de varios años en algunos estudios muy pequeños. Y muestran que algunos pacientes, tal vez una fracción del 40 por ciento en dos grandes estudios, no ha presentado evidencia de proliferación de la CML al ser examinados con pruebas PCR después de detener la terapia. Es demasiado temprano para asumir que esto es posible en un sentido amplio. Todavía no contamos con una herramienta para predecir quién o quién no puede recaer. Nos preocupa la calidad de la remisión recuperada y cuando alguien pierde respuesta y es entonces tratado nuevamente. Pero claramente este es el enfoque de nuestros esfuerzos. Aspiramos a obtener una cura, esto es remisión sostenida sin tratamiento en pacientes con CML y esperamos tenerla a nuestro alcance. Creo que es bastante razonable decir que una cura está a nuestro alcance.

Diapositiva 14-¿Cuándo deber ser el trasplante de células madre el enfoque principal del tratamiento?

Anteriormente dije que el trasplante de células madre representa todavía una opción de tratamiento. ¿Cuándo debería ser el principal enfoque? Cuando alguien con CML ha pasado a una etapa avanzada, la remisión a largo plazo es más incierta. Si un paciente tiene CML de fase crónica y es difícil obtener remisión, o tiene poca o ninguna respuesta a pesar del cambio de tratamiento, esta es otra categoría en la que debería reconsiderarse el trasplante. Por último, existen ciertos tipos de resistencia conocidos, mutaciones específicas en el objetivo Bcr-Abl, particularmente una mutación molecular como la mutación T315I. Hay una terapia nueva, un medicamento llamado ponatinib, que es bastante efectivo para esta mutación y los resultados son muy prometedores, pero este medicamento está en medio de ensayos clínicos todavía. Hasta que se encuentre ampliamente disponible, muchos pacientes que tienen dicha mutación deben ser considerados para un trasplante.

Diapositiva 15-Conclusiones

Con el fin de dejar suficiente tiempo para preguntas voy a finalizar. Nuestra conclusión es que existen múltiples opciones cuando es diagnosticada la CML de fase crónica. Tal vez no en todas partes, pero estamos avanzando hacia el acceso global para que los pacientes puedan tener nilotinib, dasatinib o imatinib como terapias de primera línea para la CML. En los Estados Unidos contamos con la suerte de que los tres medicamentos han sido aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) para esta indicación. Tienen indicaciones adicionales también.

Es importante dialogar sobre la opción que más se ajuste a cada paciente de acuerdo con su historia clínica, el riesgo de ciertos efectos secundarios específicos de cada medicamento, las preferencias que puedan tener el médico o el paciente, dependiendo de lo que conocen y escuchan sobre el medicamento.

Y realmente es una gran bendición contar con múltiples opciones para pacientes con CML de fase crónica, que hacen posible moverse entre terapias.

Es fundamental que adaptemos la terapia a cada paciente. Realmente queremos optimizar la respuesta y evitar la toxicidad y hay múltiples opciones, esto es mucho más factible. La intolerancia al medicamento, incluso cuando se trata de efectos secundarios de baja intensidad que son crónicos, puede ser motivo para considerar un cambio en la terapia.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

Diapositiva 16-Conclusiones

Una de las cosas más importantes sobre la terapia de la CML es tomarla en forma consistente y nuestra recomendación actual es que se tome indefinidamente. Tomar una terapia que sea complicada y cause toxicidad crónica puede resultar imposible para los pacientes en el largo plazo. Si manejamos los efectos secundarios vamos a aumentar la probabilidad de una adherencia perfecta o casi perfecta. Y estudios recientes han mostrado diferencias notables en la respuesta de pacientes que tienen muy alto cumplimiento o adherencia a su receta médica versus aquellos que desafortunadamente tienen que detener el tratamiento debido a efectos secundarios u otros problemas.

Quiero agradecerles su atención, sus esfuerzos para llamar y conectarse para esta conferencia hoy. Me alegra mucho tenerlos a todos ustedes aquí y voy a abrir las líneas para preguntas y todo es válido y continuaré hablando despacio para que las respuestas sean bien traducidas. Gracias.

Diapositiva 17-Preguntas y Respuestas

MABEL MAIA:

Muchas gracias, Dr. Mauro, por una presentación tan informativa.

Como dijo el Dr. Mauro, es ahora el momento para la sesión de preguntas y respuestas de nuestro programa. Si está escuchando este programa en inglés, el Operador explicará cómo ponerse en espera para hacer preguntas. Tengo preguntas enviadas previamente por nuestra audiencia en español y que alternaré con cada una de las preguntas en vivo. Así que si está escuchando este programa en español, por favor haga caso omiso de las siguientes instrucciones dadas por nuestro Operador.

Operador, por favor dé las instrucciones a la audiencia por teléfono y por Internet.

OPERADOR:

Si está escuchando esta conferencia en inglés, para participar haciendo una pregunta, por favor marque asterisco-1 en su teclado. Si está participando por Internet, simplemente haga clic en "Preguntar", escriba su pregunta, y luego haga clic en "Enviar". Responderemos preguntas en el orden en que se reciben. Sólo podemos aceptar una pregunta por persona. Una vez que haya enunciado su pregunta el Operador lo transferirá de regreso a la línea de la audiencia. Repito, para hacer una pregunta, por favor marque asterisco-1 en su teclado o haga clic en "Preguntar", escriba su pregunta, y luego haga clic en "Enviar".

MABEL MAIA:

Gracias, Operador. Vamos a responder nuestra primera pregunta de la web y Kimberly escribe, "Parece que muchos pacientes, incluyéndome, han experimentado una variedad de efectos secundarios difíciles con Tasigna®, Sprycel® y Gleevec. ¿Cuáles son las investigaciones más recientes sobre pacientes en remisión molecular mayor que han dejado de tomar los medicamentos y continúan monitoreando su Bcr-Abl?".

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Esa es una excelente pregunta. Yo me referí a esto brevemente, pero permítame explicar un poco más. Hubo dos estudios bastante extensos en Australia y Francia para pacientes que no tenían una respuesta molecular mayor, sino una respuesta molecular completa o, de hecho, PCR que no era detectable en muy buenos laboratorios tales como estos en Francia y Australia. Estos pacientes son minoría, pero eran elegibles para ensayos, así que se detuvo su tratamiento. Lo que encontramos en ambos estudios fue que si se presentó recaída ocurrió generalmente en los primeros meses, esto es cerca de seis meses después de detener el tratamiento. Uno de los factores que pronosticó una mayor probabilidad de no presentar recaída o rebrote de la enfermedad fue la duración de la terapia previa, particularmente la duración de la terapia con imatinib. También los pacientes con mayor riesgo de la enfermedad, los llamados de más alto riesgo, tuvieron menos posibilidades de éxito de permanecer en remisión sin tratamiento. En ambos estudios aproximadamente el 40 por ciento de los pacientes pudo permanecer en remisión sostenida sin tratamiento. De manera que aprendimos mucho, lo pronosticado para poder detener o no el tratamiento y cuál fue la probabilidad de no recaída. Repito, faltan muchas cosas. La primera es una herramienta para poder pronosticar cuales pacientes pueden presentar recaída y cuales tienen bajo riesgo, ojalá que no recaigan. Tal vez venga como resultado de mayor investigación sobre el perfil de la leucemia y los patrones genéticos que vemos en el momento del diagnóstico o potencialmente antes de detener la terapia.

También necesitamos más tiempo para hacer seguimiento a los pacientes que son nuevamente tratados y vuelven a remisión para asegurarnos de que la calidad de la remisión recuperada sea la misma que la de la remisión que pusieron en riesgo al detener el tratamiento. Sin embargo, esto es muy emocionante y estoy de acuerdo en que para muchos pacientes con toxicidades crónicas de los tres medicamentos, detener la terapia es una opción que se presenta por sí misma, pero debe ser tomada con bastante cuidado y si esa es la decisión el paciente debe ser monitoreado muy de cerca. Realmente debería hacerse dentro del contexto de un ensayo clínico, pero puedo entender el motivo potencial y su necesidad en ciertos casos.

En estos estudios se hizo seguimiento mensual a los pacientes con prueba Bcr-Abl sensible y yo recomendaría eso como mínimo además de un seguimiento muy de cerca con alguien conocedor de la CML, para manejar tal situación.

MABEL MAIA:

Gracias Kimberly, por enviar su pregunta. Responderemos la siguiente pregunta de la audiencia por teléfono, adelante.

OPERADOR:

Nuestra siguiente pregunta es de Valerie en Texas.

VALERIE:

Me gustaría saber, tomo Gleevec y he estado tomándolo por cuatro o cinco años, pero algunas veces me produce náuseas. Siempre lo tomo con el estómago lleno, pero también dependiendo de lo que como, no sé. Pero algunas veces me da náuseas en los primeros 30 minutos. ¿Usted sabe por qué?

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Valerie, gracias por su pregunta. Usted plantea un ejemplo importante de cuándo pueden requerir más atención la toxicidad crónica o los efectos secundarios crónicos. Por supuesto hay que hacer varias preguntas muy básicas sobre tal efecto secundario. ¿Existen otros problemas médicos o trastornos que deban ser tratados como reflujo o incluso úlcera? Gleevec puede ser fuerte para el estómago y se recomienda tomarlo con el estómago lleno, como usted lo está haciendo. Dicho eso, incluso si no existen otros problemas, los pacientes pueden experimentar náusea y mareo con su tratamiento.

Si se han descartado todos los otros problemas y una máxima atención de apoyo, que sería un medicamento anti náusea y el uso sensato de medicamentos inhibidores de ácido, si los síntomas persisten, esta podría ser una situación en la que debería considerarse un cambio en la terapia.

Nuestros nuevos agentes, nilotinib y dasatinib, tienen menos toxicidad gastrointestinal que imatinib en alguna medida. Y cualquiera de ellos podría ser considerado y apropiado para aliviar la toxicidad y permitir o facilitar la terapia crónica sin toxicidad crónica.

MABEL MAIA:

Gracias Valerie por su pregunta. Nuestra siguiente pregunta es de Flore, de la audiencia en español, "Fui diagnosticada hace dos años y empecé con 400 miligramos de Gleevec, pero tuve una respuesta lenta, así que ahora tomo Tasigna y estoy teniendo una respuesta óptima. ¿Cuál es la expectativa de vida con estas características?"

DR. MICHAEL MAURO:

Gracias por esa pregunta también. Nuestro conocimiento de la historia natural de la CML a largo plazo realmente se está escribiendo en este momento. Si consideramos pacientes que tienen una respuesta menos que ideal a imatinib, que luego pasaron a nilotinib, hay una muy buena probabilidad para esos pacientes de alcanzar una rápida respuesta citogenética o una respuesta óptima como la que describió esta participante. Alcanzar una respuesta temprana es probable que aumente las probabilidades de una respuesta estable a largo plazo. Los detalles exactos o las probabilidades exactas pueden ser difíciles de describir, pero para la mayoría de los pacientes, la abrumadora mayoría, más del 80 por ciento de los pacientes que alcanza una respuesta citogenética temprana a un segundo tratamiento es probable que con el tiempo pase a tener una respuesta citogenética mayor o una respuesta citogenética completa. Si la respuesta aumenta a una respuesta molecular mayor o a un nivel por debajo de ésta, pensaría que las oportunidades son aún mayores. Nos es incluso difícil describir a los pacientes que responden en forma óptima a su primer tratamiento, como imatinib, cuáles son sus prospectos o resultados a largo plazo. Pero me alegra decir que esperamos que muchos pacientes puedan tener una expectativa de vida normal. En pacientes más jóvenes esperamos décadas de respuesta cuando la enfermedad parece estar en remisión profunda y han pasado varios años y el riesgo de recaída es bastante bajo.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

MABEL MAIA:

Gracias, Flore, por enviar su pregunta. La siguiente pregunta viene de la web y es de Amanda, "Para pacientes diagnosticados con CML que tienen poco más de 30 años, ¿hay alguna recomendación para tener un trasplante de medula ósea antes de llegar a los 50, incluso si tienen respuesta molecular completa?".

DR. MICHAEL MAURO:

Esta es una audiencia estupenda, muy buenas preguntas. Esa excelente pregunta realmente representa parte de nuestro dilema con la incertidumbre sobre el futuro. Para pacientes más jóvenes en los que es a menudo bastante factible un trasplante de células madre o médula ósea e incluso cuando hay donantes disponibles, parece bastante natural pensar que éste debería ser finalmente parte del tratamiento. Dada la incertidumbre de una remisión estable a muy largo plazo, por ejemplo, alguien en los 30s, la buena noticia es que la tecnología del trasplante, los riesgos del trasplante continúan mejorando y este procedimiento será más y más seguro con el tiempo. Nuestra capacidad para utilizar mejor el trasplante de células madre ha logrado un progreso enorme y creo que continuará. Si alguien es diagnosticado con CML a una edad temprana, si responde bien a una de las terapias sin trasplante, imatinib, dasatinib, nilotinib o incluso a los medicamentos que aparecerán en el futuro, puede ser que su riesgo de trasplante no vaya a cambiar en el corto plazo y la enfermedad nos dirá lo que debemos hacer. A menudo aconsejo a mis pacientes que si tienen una muy rápida respuesta citogenética y luego respuesta molecular completa, que exploren sus opciones de trasplante y conozcan cuáles son porque eso define qué esperar de su terapia sin trasplante. Y luego observar cuidadosamente en el tiempo. El riesgo del trasplante cambia con la edad y el desarrollo de otros problemas médicos, así que al llegar a los 50 o poco más de los 50, el trasplante puede llegar a ser un intento más riesgoso. Pero si un paciente es diagnosticado ahora en sus 30s creo que es razonable considerar continuar con una terapia sin trasplante en el establecimiento de una respuesta ideal porque si han pasado varios años y la remisión ha sido constante y sin interrupciones, parece que la probabilidad de recaída es bastante pequeña y tal vez cero.

MABEL MAIA:

Gracias Amanda por su pregunta. Responderemos la siguiente pregunta de la audiencia por teléfono, adelante.

Operador:

Nuestra siguiente pregunta es de Jason en Colorado.

JASON:

Mi hijo fue diagnosticado con CML cuando tenía 4 años y ahora tiene 7 y ha tenido una respuesta excelente. Ha estado tomando Gleevec todo este tiempo. Sin embargo, en los últimos seis meses aproximadamente hemos notado que los riñones y el hígado están teniendo problemas, lo cual creen que está relacionado con Gleevec, y están considerando cambiarlo a uno de los otros medicamentos, ya sea dasatinib o nilotinib, para ver si ese medicamento continúa manteniéndolo en remisión y es más suave con sus órganos. ¿Ha visto algo de eso en sus estudios donde las personas van muy bien con un medicamento, sin embargo, este empieza a afectar diferentes órganos?

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Gracias por esa pregunta. Y lo primero para decir es que le deseo la mejor de las suertes a semejante jovencito con CML, luchando contra la CML. Sí, vemos ambas toxicidad del hígado y con menor frecuencia toxicidad renal causada por todas nuestras terapias y de nuevo esto representa una situación en la que la tolerancia al medicamento debe ser fuertemente discutida y debe considerarse un cambio a otro medicamento como opción definitiva. Los nuevos agentes no están tan bien estudiados en la población pediátrica, pero existen datos y creo que su probabilidad de remisión debería ser la misma o mejor que con imatinib. Así que si un cambio a un nuevo agente aliviara esa toxicidad, yo sería bastante optimista. Puede haber más incertidumbre con respecto a la toxicidad a largo plazo o la seguridad a largo plazo. Repito hay un poco menos de información en individuos más jóvenes, pero creo que en aras de evitar lo que puede ser toxicidad crónica y debilitadora o nociva para el hígado y los riñones causada por la terapia, no importa que tan buena sea, para mí un cambio tendría sentido.

MABEL MAIA:

Gracias, Jason, por su pregunta. La siguiente pregunta es de Nidia de nuestra audiencia en español, "Me gustaría saber qué tan precisos son los resultados de un estudio citogenético de médula ósea".

DR. MICHAEL MAURO:

Gracias, Nidia, esta pregunta se refiere a una prueba considerada el patrón de oro o el punto de referencia para la respuesta temprana en la CML. Un estudio citogenético de la médula ósea nos dice, generalmente una muestra de 20 células, en cuántas células se detecta visualmente el cromosoma Philadelphia. Es decir que podemos ver los cromosomas 9 y 22 alterados. Esto, aunque se trata de una prueba de sólo 20 células, ha mejorado la especificación y la sensibilidad para la población leucémica porque las células de la CML crecen y se dividen más fácilmente en cultivos fuera del cuerpo. De manera que aunque es una muestra pequeña, a través de varias décadas de investigación ha demostrado ser un muy buen medidor indirecto o indicador de reducción de la enfermedad de CML.

Otra forma de realizar una prueba citogenética es utilizar una sonda fluorescente en una prueba llamada FISH, que he mencionado varias veces, pero que no he descrito. Utiliza un mayor número de células, a menudo 200 o más, y también ha mejorado la especificación para la población leucémica, puede hacerse en la sangre o en la médula ósea. Aunque es una herramienta adicional, no se ha respaldado su uso como la forma principal de controlar un paciente en remisión. Muestras simultáneas de un paciente, de la sangre y de la médula, pueden ser iguales, pero podemos ver una barra de error bastante amplia, por así decirlo o una diferencia. Y a menudo he visto pacientes cuya prueba citogenética o cromosómica de médula ósea es mejor o peor que su prueba FISH sanguínea. Así que yo todavía recomiendo la prueba cromosómica de médula ósea para la valoración temprana de respuesta en la CML de fase crónica. Y toda nuestra investigación ha utilizado este punto de referencia como una forma de medir la respuesta temprana. Sé que es incómodo que sea la médula ósea, pero la buena noticia es que muchos pacientes tienen una rápida respuesta y tal vez una o dos o un número limitado de médulas óseas sean realmente todo lo que se necesita para mostrar cuál es el estadio de la CML y luego una remisión temprana y luego una remisión citogenética completa.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

MABEL MAIA:

Gracias, Nidia, por esa pregunta. Nuestra siguiente pregunta viene de la web y es de Pam, "¿Puede ser vacunado contra el herpes un paciente con CML que ya ha tenido episodios de herpes?".

DR. MICHAEL MAURO:

Tendríamos que llamar a un experto en enfermedades infecciosas para esa pregunta. Pero frecuentemente me preguntan sobre vacunas en pacientes con CML. Mi impresión general es que pacientes con CML con respuesta o en remisión, que tienen conteos sanguíneos casi normales o normales deben poder recibir las vacunas que recibe un paciente sin CML y que deben generar una buena respuesta, esencialmente beneficiarse de la vacuna y no deben tener mayor riesgo de efectos secundarios o de riesgos potencialmente asociados con las vacunas cuando algunas veces la enfermedad en sí o algo como la enfermedad puede estar asociado con la vacuna. La pregunta sobre la vacuna contra el herpes en un paciente que ya ha tenido el virus del herpes simple o el virus de varicela zoster, es una pregunta diferente. Creo que es muy específico de cada paciente.

MABEL MAIA:

Gracias, Pam, por enviar su pregunta. Vamos a responder la siguiente pregunta de nuestra audiencia por teléfono.

OPERADOR:

Nuestra siguiente pregunta es de Mark en Illinois.

MARK:

Mi hija fue diagnosticada hace varios años con Leucemia Linfoblástica Aguda (ALL por sus siglas en inglés) incluyendo el cromosoma Philadelphia. Desde entonces ha tenido una larga historia clínica. Fue diagnosticada a finales de 1996 y luego tuvo recaída después de un ciclo de quimioterapia y luego tuvo un trasplante de médula ósea y después de éste estuvo en remisión por cuatro a cinco años y luego tuvo una recaída muy inusual que no estaba relacionada con sus conteos sanguíneos. Le descubrieron tumores extramedulares. Y dio ALL Ph positiva. Así que supongo que mi pregunta tiene dos partes. Actualmente va bien con Gleevec y creo que la primera parte de mi pregunta es si la información que usted ha tratado hoy sobre la CML aplica para pacientes con ALL y cromosoma Philadelphia positivo, porque sé que hay una población considerable de pacientes en ese grupo. Y también en términos del futuro, ella ha estado tomando Gleevec por cerca de cinco años desde su recaída más reciente y ¿debería considerar cualquier otro inhibidor de quinasa de generación posterior o mientras las cosas vayan bien debe simplemente continuar con lo que está haciendo ahora con Gleevec?

DR. MICHAEL MAURO:

Gracias por esa pregunta. Me alegra escuchar que ella va bien, a pesar de todas las batallas a las que se ha enfrentado.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Para responder su primera pregunta sobre la ALL o leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positiva esta es una enfermedad realmente diferente, pero es causada por el cromosoma Philadelphia y por lo tanto permite el uso de inhibidores de quinasa como Gleevec, Sprycel o Tasigna. El problema con la ALL es que, como las leucemias agudas en general, es más inestable y puede presentar recaída en formas inusuales como en el sistema nervioso central o en sitios extramedulares fuera de la sangre o la médula como desafortunadamente ha sido el caso de su hija.

Claramente los inhibidores de quinasa desempeñan un rol en esta enfermedad y han mostrado que añaden beneficios a la quimioterapia y probablemente la han ayudado a ella a obtener la remisión. Considerando que sufrió recaída presumo que tal vez han sido suministradas otras terapias con Gleevec y esta es una pregunta bastante difícil de responder, me refiero a lo que debería hacer ahora. Si no presenta evidencia de la enfermedad, ¿debería permanecer con Gleevec, debería cambiar a un nuevo medicamento? Yo obviamente hablaría detenidamente con sus doctores sobre qué evidencia hay de cualquier ALL residual, ¿hay alguna evidencia de Bcr-Abl, el marcador para las células leucémicas que tienen el cromosoma Philadelphia? ¿Existe alguna evidencia de cualquier sitio extramedular de la enfermedad? Asumiría que no.

En esta paciente es probable que el trasplante, que creo que usted dijo que lo tuvo, haya tomado control de nuevo y se haya dado algo llamado efecto injerto-vs.-leucemia, en el que el sistema inmunológico trasplantado ha controlado la leucemia una vez más después de los inhibidores de quinasa, o los inhibidores de quinasa y la quimioterapia han ayudado a reducir una recaída inusual o una recaída atípica, que sería una recaída extramedular.

Si no hay efectos secundarios, a menudo mantengo estos pacientes en tratamiento por un período de tiempo prolongado. Mientras más tiempo esté un paciente sin recaída después de la ALL, menor es la probabilidad de que la enfermedad presente recaída. Si hay alguna duda de recaída de la enfermedad definitivamente pensaría en un compuesto de segunda generación como dasatinib o nilotinib, ya que la ALL tiene muchas más probabilidades de desarrollar mutaciones y puede volverse resistente a imatinib.

MABEL MAIA:

Gracias, Mark, por su pregunta. Nuestra siguiente pregunta viene de la web y es de Neron, "¿Puede un hombre joven tomando Gleevec ser padre de un niño normal?".

DR. MICHAEL MAURO:

Otra excelente pregunta. En la fase temprana de la investigación de Gleevec tuvimos preocupaciones sobre ciertos objetivos que podían verse afectados por la exposición a Gleevec, como el KIT, y estudios animales iniciales generaron algunas preocupaciones sobre el factor masculino y la fertilidad. Posteriormente nuestro limitado conocimiento e investigación sobre hombres que han engendrado hijos cuando estaban tomando Gleevec realmente no ha mostrado un patrón claro de mayor riesgo de defectos congénitos o complicaciones del embarazo. Siempre recomiendo que si un hombre está en terapia, si engendra un hijo, que ese embarazo sea considerado un embarazo de más alto riesgo y que la pareja tenga a su disposición los mejores análisis prenatales para valorar en el niño cualquier clase de anomalía, defectos congénitos,

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

cambios genéticos. Pero no diría que no, diría que sí, que un hombre en terapia puede engendrar hijos. Si hay alguna duda sobre fertilidad ciertamente los hombres pueden realizarse un examen para ver si existe algún efecto de Gleevec en la espermatogénesis o producción de espermatozoides y en la capacidad de generar un embarazo.

MABEL MAIA:

Gracias, Neron, por enviar su pregunta. Responderemos la siguiente pregunta de nuestra audiencia por teléfono, adelante.

OPERADOR:

Nuestra siguiente pregunta es de Regina en Indiana.

REGINA:

Tengo una pregunta. Empecé con Gleevec, me volví intolerante, cambié a Sprycel, sufrí derrame pleural y derrame pericárdico, pasé a Tasigna, tuve una reacción alérgica. Volví a tomar Gleevec ahora con muchos efectos secundarios, pero me pregunto si vendrá algo nuevo que tal vez pueda ayudarme.

DR. MICHAEL MAURO:

Lamento escuchar sobre el problema que ha tenido y he visto muchos pacientes con la misma historia. Sí, hay algo. Me alegra decir que hay una tercera generación o un grupo nuevo de medicamentos en desarrollo. Hay un medicamento bastante avanzado llamado ponatinib o su nombre de investigación fue AP24534. Este es un medicamento que fue diseñado para pacientes que tenían resistencia selectiva a Gleevec y a un segundo agente y los resultados del ensayo clínico, el estudio inicial, el ensayo de Fase I, están bastante desarrollados y son bastante alentadores. La abrumadora mayoría de los pacientes en fase crónica alcanza y se mantiene en remisión. El perfil de efectos secundarios es diferente. Hay algunos efectos secundarios que coinciden con Tasigna y tal vez con Gleevec y Sprycel y la animo a usted o a usted y a su doctor a vigilar muy de cerca su respuesta y su toxicidad, tratar de determinar la dosis y el medicamento que mejor se ajuste, que sea manejable. Y esté atenta ya que es probable que ponatinib esté disponible para los pacientes en 2012. Aunque será indicado para pacientes que son resistentes a imatinib y a un segundo agente, para aquellos que son intolerantes representará una buena alternativa.

MABEL MAIA:

Gracias, Regina, por llamar y hacer su pregunta. Nuestra siguiente pregunta viene de de la web y es de Kim, "¿Si un paciente cambia de un medicamento para CML a otro, cuánto tiempo debe transcurrir entre los dos? Cuando cambié de Tasigna a Sprycel esperé más de 24 horas como me lo recomendó el farmacéutico, pero terminé en el hospital después de la primera dosis con fuerte dolor de cabeza y vómito. ¿Fue esta una reacción al medicamento Sprycel o el resultado de tomar los dos medicamentos demasiado seguidos?"

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

Esa es una excelente pregunta, Kim. Creo que podría haber recibido mejor consejo. Si alguien tiene CML de fase crónica y está estable y va a cambiar de tratamiento, a menudo le sugiero que deje pasar varios días entre medicamentos para permitir que el fármaco salga del cuerpo, para tener varios períodos de semivida. Generalmente recomiendo de cuatro a seis días, dependiendo del medicamento, con un mínimo de tres a cuatro días. Es posible que Sprycel, el cual puede causar dolor de cabeza como también pueden causarlo los otros medicamentos, haya sido simplemente la causa. Pero he tenido pacientes que experimentan lo que pensé fue superposición de toxicidades, tener un medicamento en su sistema e introducir un segundo. Desafortunadamente, los inhibidores de quinasa, Gleevec, Sprycel y Tasigna, nunca han sido estudiados en grado alguno de combinación. De manera que es más seguro dejar varios días entre ellos para permitir que el medicamento se elimine. Por supuesto, bajo la estricta vigilancia de un médico o de un médico y un farmacéutico para asegurarse de que eso es lo correcto.

MABEL MAIA:

Gracias, Kim, por enviar su pregunta. Operador, responderemos nuestra siguiente pregunta de la audiencia por teléfono.

OPERADOR:

Nuestra siguiente pregunta es de Julius en New Jersey.

JULIUS:

Hola, ¿cómo está? Gracias por tomar mi llamada. Sólo me estaba preguntando ¿por qué Novartis cobra tanto por su medicamento? Es muy difícil para mí costear Gleevec. No entiendo por qué Novartis no reduce su costo.

DR. MICHAEL MAURO:

Una pregunta muy razonable. Son un complicado número de factores los que entran en consideración para determinar el costo de un medicamento y su precio una vez es aprobado. Y no pretendo conocer la respuesta. Soy un médico académico en investigación clínica. Lo que puedo decir es estando de este lado y siendo un defensor de mis pacientes, sé que muchos pacientes están en la misma situación. Aunque las compañías tienen sus precios y sus justificaciones para ellos, también están bien informados de que muchos pacientes tienen copagos que son bastante altos e insalvables o que hay situaciones en las que alguien puede no tener acceso al tratamiento. Y para la CML siendo en cierto modo una enfermedad menos común, aunque es mucho más frecuente ahora que nunca, hay muchos programas sólidos de asistencia a los pacientes, a los que pueden tener acceso a través de todos los fabricantes para potencialmente recibir el medicamento a un costo reducido o sin costo. Hay financiación, hay asistencia para copagos, ninguna en el momento, pero las ha habido y ojalá haya en el futuro programas de asistencia para copagos a través de organizaciones benéficas como la LLS. Se pueden explorar muchas cosas diferentes y aunque tal vez no podamos cambiar el precio del medicamento y mover montañas en ese sentido, ciertamente podemos

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

DR. MICHAEL MAURO:

encontrar la forma de resolverlo bastante bien y animo a cualquiera con esta pregunta, y tal vez hay muchos de ustedes por ahí, a presionar, ser su propio defensor, preguntar a su médico, su trabajador social, su farmacéutico, su representante de ventas sobre información y acceso a formas de ayudar a costear o manejar el costo de estas terapias porque esta no debe ser una razón para que los pacientes con CML no puedan ser tratados.

MABEL MAIA:

Gracias, Julius, por su pregunta. También puede contactar nuestro Centro de Recursos Informativos al 800-955-4572 para mayor información.

Nuestra siguiente pregunta viene de la web y es de Angela, "Dr. Mauro, muchas gracias por su tiempo hoy y por darnos la información más reciente sobre el tratamiento de la CML. ¿Puede referirse a lo más reciente en relación con el desarrollo de una inmunización de la CML? Muchas gracias".

DR. MICHAEL MAURO:

Muy buena pregunta, Angela. Sabemos que el sistema inmunológico puede participar en la remisión de la CML. Es por eso que el trasplante de células madre funciona y es una opción. Se han intentado muchas aproximaciones diferentes y hemos visto investigaciones avanzadas sobre vacunas para la CML, en las que son introducidos elementos de la CML para desencadenar una respuesta inmunológica. Uno de los retos consiste en que son estudiadas con frecuencia en pacientes que van a entrar o están en remisión. Una de las limitaciones ha sido que no funcionaría en todas las personas o que ellas son activas, y que requieren refuerzo continuo o terapia continua con ellas. Sería bastante razonable si fuera altamente activa y simplemente necesitara refuerzo y la vacuna funcionaría extensamente. Creo que la investigación continúa. Pero en el momento tenemos unas pocas vacunas iniciales que han mostrado potencial y tal vez en el futuro puedan adicionarse a nuestro arsenal de tratamiento. Lo otro para mencionar es que un medicamento llamado interferon, el cual fue utilizado antes de Gleevec, todavía desempeña un rol en esta enfermedad. Continuamos tratando de definirlo lo mejor posible. Y este medicamento, que es un inmunomodulador y probablemente un inmunoestimulante, estimula la respuesta a Gleevec, cuando es suministrado en combinación. Y puede estimular respuestas cuando es suministrado en combinación con otros medicamentos como nilotinib. Y se han iniciado ensayos clínicos en esta área.

Diapositiva 18-Recursos

MABEL MAIA:

Muchas gracias, Angela, por su pregunta, y de hecho gracias a todos por sus preguntas. Nuestro programa ha llegado a su fin. Por favor démosle las gracias al Dr. Mauro. Le estamos muy agradecidos por habernos donado su tiempo hoy.

Esperamos que muchas de sus preguntas hayan sido respondidas y que la información proporcionada le ayude a usted y a su familia en los pasos a seguir.

Leucemia Mielógena Crónica

Información especializada sobre diagnóstico y tratamiento

Dr. Michael Mauro
25 de octubre de 2011 1:00 p.m.

MABEL MAIA:

Si no alcanzamos a responder sus preguntas hoy, por favor llame a los Especialistas en Información de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma al número gratuito 1-800-955-4572 o también puede contactarnos por correo electrónico en infocenter@lls.org. Nuestro Centro de Recursos Informativos está abierto y nuestros especialistas están disponibles para ayudarlo.

También me gustaría mencionar a nuestros colaboradores y amigos en la Max Foundation, considerando que tenemos varios participantes internacionales. La Max Foundation ayuda a pacientes que viven con CML y a sus familias, en cualquier región del mundo, que necesitan servicios de apoyo. Usted puede contactar a la Max Foundation en TheMaxFoundation.org.

En nombre de la Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma, Alianza Latina, el Dr. Mauro y yo queremos agradecerles por compartir este tiempo con nosotros. Hasta pronto y les deseamos lo mejor.

OPERADOR:

Gracias. Esto concluye nuestro programa de hoy. Gracias por su participación. Pueden desconectarse ahora y que tengan un excelente día.

FIN