



[cancer.org](https://www.cancer.org) | 1.800.227.2345

Tratamiento de la leucemia mieloide aguda

Si ha sido diagnosticado(a) con leucemia mieloide aguda, su equipo de atención médica hablará con usted sobre sus opciones de tratamiento. Es importante que explore con detalle cada una de sus alternativas, sopesando los beneficios contra los posibles riesgos y efectos secundarios con cada una de las opciones de tratamiento.

¿Cómo se trata la leucemia mieloide aguda?

La quimioterapia es el tratamiento principal para la mayoría de los tipos de AML, algunas veces junto con un medicamento de terapia dirigida. A este tratamiento le puede seguir un trasplante de células madre. Se pueden usar otros medicamentos (además de los medicamentos de quimioterapia convencionales) para tratar a personas con leucemia promielocítica aguda (APL). La cirugía y la radioterapia no son tratamientos principales para la AML, pero pueden utilizarse en circunstancias especiales.

- [Quimioterapia para la leucemia mieloide aguda](#)
- [Terapia dirigida para la leucemia mieloide aguda](#)
- [Medicamentos no quimioterapéuticos para la leucemia promielocítica aguda \(APL\)](#)
- [Cirugía para la leucemia mieloide aguda](#)
- [Radioterapia para la leucemia mieloide aguda](#)
- [Trasplante de células madre para la leucemia mieloide aguda](#)

Enfoques comunes de tratamiento

La estrategia típica de tratamiento para la AML es diferente a la que se emplea para el tratamiento de la leucemia promielocítica aguda (APL). Las tasas de respuesta para el tratamiento pueden variar según el subtipo de AML, así como otros factores. Las

opciones de tratamiento pueden ser diferentes si la AML no responde al tratamiento inicial o si regresa luego.

El enfoque de tratamiento para niños con AML puede ser ligeramente diferente al que se utiliza para los adultos. Este enfoque se discutió por separado en [Tratamiento de niños con leucemia mieloide aguda \(AML\)](#).

- [Tratamiento típico para la mayoría de los tipos de leucemia mieloide aguda \(excepto APL\)](#)
- [Tratamiento de la leucemia promielocítica aguda \(APL\)](#)
- [Tasas de respuesta al tratamiento de la leucemia mieloide aguda \(AML\)](#)
- [¿Qué sucede si la leucemia mieloide aguda \(AML\) no responde o regresa después del tratamiento?](#)

¿Quién administra el tratamiento de la leucemia mieloide aguda?

Según sus opciones de tratamiento, puede que usted tenga diferentes tipos de médicos en su equipo de tratamiento. Algunos de estos médicos son:

- Un **hematólogo**: doctor que trata trastornos de la sangre
- Un **oncólogo clínico**: doctor que trata el cáncer con medicinas

Puede que muchos otros especialistas también formen parte de su equipo de atención, incluyendo asistentes médicos, enfermeras con licencia para ejercer la medicina, especialistas en nutrición, trabajadores sociales, y otros profesionales de la salud.

- [Equipo de profesionales médicos asociados a la atención contra el cáncer \(disponible en inglés\)](#)

Decisiones sobre el tratamiento

Es importante hablar con el médico sobre todas sus opciones de tratamiento y sus objetivos y posibles efectos secundarios, para ayudarlo a tomar una decisión que mejor se ajuste a sus necesidades. Algunos factores que se deben considerar son:

- Su edad y estado general de salud
- El tipo de AML que usted padece
- La probabilidad de que ese tratamiento le cure (o que lo alivie de alguna manera)
- Sus opiniones sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento

En la mayoría de los casos, la AML puede progresar rápidamente si no es tratada, por lo que es importante comenzar el tratamiento tan pronto como sea posible después de hacer el diagnóstico. Sin embargo, también es importante que haga preguntas si hay algo que no entienda bien.

Si el tiempo lo permite, a menudo es buena idea buscar una segunda opinión. Una segunda opinión le pueda ofrecer más información y ayudarlo a sentirse más confiado sobre el plan de tratamiento que escoja.

- [Preguntas que deben formularse acerca de la leucemia mieloide aguda](#)
- [Buscar una segunda opinión \(disponible en inglés\)](#)

Si está considerando participar en un estudio clínico

Los estudios clínicos consisten en investigaciones minuciosamente controladas que se llevan a cabo para estudiar con mayor profundidad nuevos tratamientos o procedimientos promisorios. Los estudios clínicos son una forma de tener acceso a la atención más avanzada para el cáncer. En algunos casos, puede que sean la única manera de lograr acceso a tratamientos más recientes. También es la mejor forma de que los médicos descubran mejores métodos para tratar el cáncer. A pesar de esto, no son adecuados para todas las personas.

Si está interesado en saber más sobre qué estudios clínicos podrían ser adecuados para usted, comience por preguntar a su médico si en la clínica u hospital donde trabaja se realizan estudios clínicos.

- [Estudios clínicos](#)

Si está considerando métodos complementarios y alternativos

Es posible que escuche hablar acerca de métodos complementarios y alternativos que su médico no ha mencionado para tratar su cáncer o aliviar los síntomas. Estos métodos pueden incluir vitaminas, hierbas y dietas especiales, u otros métodos, como por ejemplo, la acupuntura o los masajes.

Los métodos complementarios consisten en tratamientos que se usan junto con su atención médica habitual. Por otro lado, los tratamientos alternativos son los que se usan en lugar del tratamiento indicado por el médico. Aunque algunos de estos métodos pueden ser útiles para aliviar los síntomas o ayudar a sentirse mejor, muchos de ellos no han demostrado ser eficaces. Algunos incluso podrían ser peligrosos.

Asegúrese de consultar con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier método que esté considerando usar. Ellos pueden ayudarle a averiguar lo que se conoce (o lo que no se conoce) del método y así ayudarle a tomar una decisión fundamentada.

- [Medicina complementaria y alternativa](#)

Ayuda y apoyo para recibir tratamiento

La gente con cáncer requiere de apoyo e información, sin importar la etapa en la que se encuentre la enfermedad. El saber sobre todas las opciones de tratamiento y en dónde encontrar los recursos disponibles que necesita le ayudará a tomar decisiones informadas en relación con su atención médica.

Al contemplar algún tratamiento, o bien, al evaluar si desea someterse a tratamiento o simplemente no recibir tratamiento en lo absoluto, la persona aún cuenta con la posibilidad de recibir apoyo específicamente para aliviar el dolor y otros síntomas (atención paliativa), independientemente al tratamiento contra el cáncer. Tener una buena comunicación con su equipo de profesionales contra el cáncer es importante para que usted comprenda su diagnóstico, el tratamiento que se recomienda para su caso y las formas de mantener o mejorar su calidad de vida.

Puede que usted tenga a su alcance varios programas y servicios de apoyo, lo cual puede conformar una parte importante de su atención. Entre estos se podría incluir servicios de enfermería o de un trabajador social, ayuda financiera, asesoría nutricional, servicios de rehabilitación e incluso apoyo espiritual.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer también cuenta con programas y servicios, incluyendo transporte para recibir tratamiento, alojamiento, grupos de apoyo y más, para ayudarle con el tratamiento. Llame a nuestro Centro Nacional de Información sobre el Cáncer al 1-800-227-2345 y converse con uno de nuestros especialistas.

- [Atención paliativa](#)
- [Programas y servicios de la Sociedad Americana Contra El Cáncer](#)

La decisión de suspender el tratamiento o no recibir ningún tratamiento

Cuando los tratamientos empleados ya no controlan el cáncer, puede ser momento de sopesar los beneficios y los riesgos de continuar intentando nuevos tratamientos. Independientemente de si opta por continuar el tratamiento o no, hay medidas que puede tomar para ayudar a mantener o mejorar su calidad de vida.

Es posible que algunas personas no quieran recibir ningún tratamiento, especialmente si el cáncer está avanzado. Pueden ser muchas las razones para optar por no recibir tratamiento contra el cáncer, pero es importante consultar con los médicos para que usted tome esa decisión. Recuerde que incluso si decide no tratar el cáncer, aún puede obtener atención de apoyo para combatir el dolor u otros síntomas.

- [Si los tratamientos contra el cáncer dejan de funcionar](#)

La información sobre los tratamientos que se incluye en este artículo no constituye una política oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que replazce la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico. Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en hacer preguntas a su médico sobre sus opciones de tratamiento.

- [Acerca de la leucemia mieloide aguda](#)
- [Causas, factores de riesgo y prevención](#)
- [Detección temprana, diagnóstico y tipos](#)
- [Tratamiento](#)
- [Después del tratamiento](#)

Quimioterapia para la leucemia mieloide aguda

La quimioterapia (quimio) es el uso de medicamentos contra el cáncer que se inyectan en una vena, debajo de la piel, o en el líquido cefalorraquídeo, o medicamentos que se toman por vía oral para destruir o controlar las células del cáncer. Excepto cuando se administran en el líquido cefalorraquídeo, estos medicamentos entran en el torrente sanguíneo y llegan a todas las áreas del cuerpo, lo que hace que este tratamiento sea útil para cánceres como la leucemia que se propaga por todo el cuerpo.

La quimioterapia es el tratamiento principal para la mayoría de las personas con

leucemia mieloide aguda (AML). La quimioterapia intensa podría no ser recomendable en pacientes que están en mal estado de salud, aunque la edad avanzada en sí no es una barrera para recibir quimioterapia.

¿Cómo se administra la quimioterapia?

Por lo general, el tratamiento de la AML se divide en fases:

- La **inducción** es la primera fase del tratamiento, la cual dura poco tiempo y es intensiva (por lo general dura alrededor de una semana). El objetivo de la inducción es eliminar las células leucémicas (blastos) de la sangre y reducir el número de blastos en la médula ósea al nivel normal.
- La **consolidación** consiste en administrar quimioterapia después que el paciente se recuperó de la inducción. La consolidación tiene el fin de destruir el pequeño número de células leucémicas que aún permanecen, pero que no se puede ver (ya que existen muy pocas de ellas). Para la consolidación, la quimioterapia se administra en ciclos, en los que cada período de tratamiento es seguido por un período de descanso para permitir que su cuerpo se recupere.

Una tercera fase llamada **mantenimiento o posconsolidación** conlleva administrar un medicamento de quimioterapia a bajas dosis durante meses o años después de finalizar la consolidación. A menudo, esto se usa para el [tratamiento de la leucemia promielocítica aguda \(APL\)](#), pero normalmente no se emplea para otros tipos de AML.

La mayoría de los medicamentos de quimioterapia utilizados para tratar la AML se administran en una vena de un brazo (IV), aunque algunos pueden ser inyectados bajo la piel o administrarse de forma oral con píldoras. Si hay signos de que la leucemia ha alcanzado el cerebro o la médula espinal (que no es frecuente con AML), la quimioterapia podría darse también en el líquido cefalorraquídeo (lo que se conoce como **quimioterapia intratecal**). Esto puede hacerse con un tubo delgado (catéter) que se coloca a través de un pequeño orificio en el cráneo (por ejemplo, un reservorio de Ommaya), o durante una punción lumbar (punción espinal).

La mayoría de los regímenes de quimioterapia para tratar la AML es de forma intensa, pudiendo ocasionar efectos secundarios graves, así que por lo general el tratamiento se administra en el hospital.

¿Qué medicamentos de quimioterapia se usan para tratar la AML?

Los medicamentos de quimioterapia más utilizados para el tratamiento de la AML son una combinación de:

- Citarabina (arabinósido de citosina o ara-C)
- Un medicamento con antraciclina, como daunorrubicina (daunomycin) o idarrubicina

Otros medicamentos de quimioterapia que se pueden usar para tratar la AML son:

- Cladribina (2-CdA)
- Fludarabina
- Mitoxantrona
- Etopósido (VP-16)
- 6-tioguanina (6-TG)
- Hidroxiurea
- Corticoesteroides, como prednisona o dexametasona
- Metotrexato (MTX)
- 6-mercaptopurina (6-MP)
- Azacitidina
- Decitabina

Para más información sobre cómo se utiliza la quimioterapia para tratar la AML, consulte [Tratamiento típico para la mayoría de los tipos de leucemia mieloide aguda \(excepto APL\)](#).

Posibles efectos secundarios

Los medicamentos de quimioterapia pueden afectar a algunas células normales en el cuerpo, lo que puede provocar [efectos secundarios](#)¹. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados y del tiempo que se tomen. Algunos efectos secundarios son:

- Caída del cabello
- Úlceras en la boca
- Pérdida del apetito
- Náuseas y vómitos
- Diarrea o estreñimiento

Los medicamentos de quimioterapia también afectan las células normales de la médula ósea, lo que puede disminuir los recuentos de células sanguíneas. Esto puede ocasionar:

- Aumento en el riesgo de [infecciones](#)² (debido a que hay muy pocos glóbulos blancos normales)
- Formación fácil de [moretones y sangrado](#)³ (debido a que hay muy pocas plaquetas)
- [Cansancio](#)⁴ y [dificultad para respirar](#)⁵ (debido a que hay muy pocos glóbulos rojos)

La mayoría de los efectos secundarios de la quimioterapia desaparecen una vez concluido el tratamiento. Los recuentos bajos de células sanguíneas pueden durar semanas, pero luego deben regresar a lo normal. Muchas veces hay maneras de aminorar los efectos secundarios. Por ejemplo, se pueden administrar medicamentos para ayudar a prevenir o reducir las náuseas y los vómitos. Asegúrese de preguntar sobre los medicamentos que ayudan a reducir los efectos secundarios. También avise a su médico o enfermera cuando usted presente efectos secundarios para que puedan ser tratados eficazmente.

Recuentos bajos de glóbulos blancos: algunos de los efectos secundarios más graves de la quimioterapia son causados por los recuentos bajos de glóbulos blancos.

Si sus recuentos de glóbulos blancos están muy bajos durante el tratamiento, usted puede ayudar a reducir su riesgo de infecciones evitando cuidadosamente la exposición a gérmenes. Durante este tiempo, su médico o enfermera puede recomendarle que:

- Se lave frecuentemente las manos
- Evite las frutas y los vegetales frescos y crudos, así como otros alimentos, pues pueden portar gérmenes
- Evite flores frescas y plantas porque pueden portar hongos
- Se asegure de que otras personas se laven las manos antes de tener contacto con usted
- Evite los lugares donde acudan muchas personas y las personas que están enfermas

Puede que se le administren **antibióticos** antes de que presente signos de una infección o al primer signo de que se está desarrollando una infección (tal como fiebre). También se pueden administrar medicamentos que ayudan a prevenir infecciones virales y fúngicas.

Algunas veces se administran medicamentos conocidos como **factores de crecimiento**, como filgrastim (Neupogen), pegfilgrastim (Neulasta) y sargramostim (Leukine) a fin de aumentar los recuentos de glóbulos blancos después de la quimioterapia, y así ayudar a reducir las probabilidades de infección. Sin embargo, no está claro si éstos tienen un efecto en el éxito del tratamiento.

Recuentos bajos de plaquetas: si el número de plaquetas es bajo, se le pueden administrar medicamentos o transfusiones de plaquetas para ayudar a evitar el sangrado.

Recuentos bajos de glóbulos rojos: de igual forma, la dificultad para respirar y el cansancio extremo causados por los recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia) pueden ser tratados con medicamentos o con transfusiones de glóbulos rojos.

Las decisiones sobre cuándo un paciente puede salir del hospital a menudo son influenciadas por sus recuentos sanguíneos. Algunas personas encuentran de utilidad hacer el seguimiento de estos recuentos. Si le interesa esto, pregunte a su médico o enfermera cuál es su recuento de células sanguíneas y qué significan esos números.

Efectos secundarios de medicamentos específicos: puede que ciertos medicamentos causen algunos posibles efectos secundarios específicos. Por ejemplo:

- Las altas dosis de **citarabina** pueden causar resequedad en los ojos y efectos en ciertas partes del cerebro, lo que puede provocar problemas de coordinación y equilibrio. Si estos efectos secundarios aparecen, es posible que sea necesario reducir o suspender la dosis del medicamento.
- Las antraciclinas, como **daunorrubicina** o **idarubicina** pueden causar daño al corazón. Por lo tanto, es posible que no se puedan usar en una persona que ya tienen problemas cardíacos.

Algunos otros órganos que pueden resultar afectados por ciertos medicamentos de quimioterapia son: los riñones, el hígado, los testículos, los ovarios y los pulmones. Los médicos y las enfermeras supervisan minuciosamente el tratamiento para limitar el riesgo de estos efectos secundarios tanto como sea posible.

Si ocurren efectos secundarios graves, es posible que sea necesario reducir o suspender la quimioterapia, al menos durante un periodo breve. La supervisión minuciosa y el ajuste de las dosis de los medicamentos son importantes debido a que algunos efectos secundarios pueden durar mucho tiempo.

Síndrome de lisis tumoral: este efecto secundario de la quimioterapia puede ocurrir

en pacientes que tienen un gran número de células leucémicas en el cuerpo, principalmente durante la fase de inducción del tratamiento. Cuando la quimioterapia mata las células leucémicas, éstas se rompen y liberan sus contenidos al torrente sanguíneo. Esto puede afectar a los riñones, los cuales no pueden eliminar todas estas sustancias al mismo tiempo. Las cantidades excesivas de ciertos minerales también pueden afectar el corazón y el sistema nervioso. Esta afección se puede evitar administrando líquidos adicionales durante el tratamiento y ciertos medicamentos, tales como bicarbonato, alopurinol y rasburicasa, que ayudan al cuerpo a eliminar estas sustancias.

Para más información sobre quimioterapia y sus efectos secundarios, consulte [Quimioterapia](#)⁶.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/recuentos-sanguineos-bajos/infecciones.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/recuentos-sanguineos-bajos/sangrado.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cansancio.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/respiracion-entrecortada.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente:
septiembre 9, 2020

Terapia dirigida para la leucemia mieloide aguda

En los últimos años, se han elaborado medicamentos que tienen como blanco a partes específicas de las células cancerosas. Los medicamentos de terapia dirigida funcionan en forma diferente de los medicamentos de quimioterapia (quimio) convencionales y a menudo causan distintos efectos secundarios. A veces, pueden ser útiles incluso cuando la quimioterapia no lo es, o se pueden usar junto con quimioterapia para aumentar su eficacia.

Algunos de estos medicamentos pueden ser útiles en el tratamiento de ciertas personas con leucemia mieloide aguda (AML).

Inhibidores de FLT3

En algunas personas con AML, las células leucémicas tienen una mutación en el gen *FLT3*. Este gen ayuda a las células a producir una proteína (también llamada FLT3) que contribuye al crecimiento de las células. Los medicamentos que atacan la proteína FLT3 podrían ayudar a tratar a algunas de estas leucemias.

El medicamento **midostaurin (Rydapt)** bloquea la FLT3 y otras proteínas en las células cancerosas que pueden contribuir con el crecimiento de las células. Este medicamento se puede usar junto con ciertos [medicamentos de quimioterapia](#) para tratar a adultos recientemente diagnosticados cuyas células leucémicas tienen una mutación en el gen *FLT3*. Su médico puede realizar una prueba de sangre para saber si usted tiene esta mutación.

El medicamento midostaurin se toma oralmente, una vez al día.

Los efectos secundarios comunes pueden incluir recuentos bajos de glóbulos blancos (con mayor riesgo a infección), fiebre, náusea, vómito, enrojecimiento o úlceras en la boca, dolor de cabeza, dolor muscular o en los huesos, moretones, hemorragias nasales, altos niveles de azúcar en la sangre, e infecciones del tracto respiratorio

superior.

Con menos frecuencia, este medicamento puede provocar problemas pulmonares graves que pueden manifestarse como tos, dolor en el pecho, o dificultad respiratoria. Notifique inmediatamente a su médico o enfermera si presenta cualquiera de esos síntomas.

El medicamento **gilteritinib (Xospata)** es otro que bloquea la FLT3 y otras proteínas en las células cancerosas que pueden contribuir con el crecimiento de las células. Con este medicamento se pueden tratar a adultos cuyas células leucémicas tienen una mutación en el gen *FLT3* y cuyas AML no han mejorado con los tratamientos anteriores o han recurrido (regresado). Su médico puede realizar una prueba de sangre para saber si usted tiene esta mutación.

El medicamento gilteritinib se toma oralmente, una vez al día.

Los efectos secundarios comunes pueden incluir fiebre, dificultad para respirar, diarrea, hinchazón, enrojecimiento o úlceras en la boca, dolor muscular u óseo, cansancio, resultados anormales en pruebas del hígado y neumonía (infección pulmonar).

Con menos frecuencia, este medicamento puede causar graves problemas cardíacos, que puede resultar en un electrocardiograma anormal (ECG), o problemas neurológicos que se pueden manifestar como convulsiones o confusión. Notifique inmediatamente a su médico o enfermera si presenta cualquiera de esos síntomas.

Un posible efecto secundario de este medicamento que es infrecuente, pero que puede ser grave se conoce como síndrome de diferenciación. Esto ocurre cuando las células leucémicas liberan ciertas sustancias químicas en la sangre. Este síndrome ocurre con más frecuencia durante el tratamiento del primer ciclo. Los síntomas pueden incluir fiebre, problemas respiratorios debidos a la acumulación de líquidos en los pulmones y alrededor del corazón, presión arterial baja, daño a los riñones o al hígado, y acumulación grave de líquidos en otras partes del cuerpo. Con frecuencia se pueden tratar suspendiendo los medicamentos por un tiempo y administrando un esteroide como la dexametasona.

Inhibidores de IDH

En algunas personas con leucemia mieloide aguda, las células leucémicas tienen una mutación en el gen *IDH1* o *IDH2*. Estos genes ayudan a las células a producir ciertas proteínas, las cuales también se llaman IDH1 y IDH2. Las mutaciones en uno de estos genes pueden evitar que las células sanguíneas maduren de la manera que lo harían

normalmente.

Los medicamentos de terapia dirigida llamados *inhibidores de IDH* pueden bloquear estas proteínas IDH. Estos medicamentos parecen funcionar al ayudar a las células de leucemia a madurar (diferenciarse) en células más normales. Debido a esto, en ocasiones se les llama agentes de diferenciación.

Estos medicamentos se pueden utilizar para tratar la AML con una mutación *IDH1* o *IDH2*. Su médico puede realizar pruebas de su sangre o médula ósea para saber si sus células leucémicas tienen una de estas mutaciones.

- **Ivosidenib (Tibsovo)** es un inhibidor de IDH1. Se puede utilizar para tratar la AML con una mutación *IDH1*, ya sea como el primer tratamiento en personas de edades más avanzadas o no lo suficientemente sanas como para tolerar una quimioterapia fuerte, o para tratar la AML que regresa después del tratamiento o que ya no responde a otros tratamientos.
- **Enasidenib (Idhifa)** es un inhibidor de IDH2. Se puede utilizar para tratar la AML con una mutación *IDH2*, ya sea como el primer tratamiento en personas de edades más avanzadas o no lo suficientemente sanas como para tolerar una quimioterapia fuerte, o para tratar la AML que regresa después del tratamiento o que ya no responde a otros tratamientos.

Estos medicamentos se toman una vez al día.

Los efectos secundarios comunes pueden incluir náusea, vómito, diarrea, cansancio, dolor en las articulaciones, dificultad para respirar, aumento de los niveles de bilirrubina (una sustancia que se encuentra en la bilis) y pérdida del apetito.

Un importante efecto secundario posible de estos medicamentos se conoce como **síndrome de diferenciación**. Esto ocurre cuando las células leucémicas liberan ciertas sustancias químicas en la sangre. Este síndrome ocurre con más frecuencia durante el tratamiento del primer ciclo. Los síntomas pueden incluir fiebre, problemas respiratorios debidos a la acumulación de líquidos en los pulmones y alrededor del corazón, presión arterial baja, daño a los riñones o al hígado, y acumulación grave de líquidos en otras partes del cuerpo. Con frecuencia se pueden tratar suspendiendo los medicamentos por un tiempo y administrando un esteroide como la dexametasona.

Gemtuzumab ozogamicina (Mylotarg)

Esta terapia dirigida consiste en un anticuerpo monoclonal (una proteína inmune artificial) relacionado con un medicamento de quimioterapia. El anticuerpo se une a una proteína llamada CD33, que se encuentra en la mayoría de las células de la AML. El anticuerpo actúa como una señal buscadora de blancos, llevando el medicamento de quimioterapia a las células de la leucemia, las cuales penetra y elimina cuando tratan de dividirse en nuevas células.

Este medicamento se puede usar con [quimioterapia](#) como parte del tratamiento inicial para la AML que tiene la proteína CD33. También se puede usar por sí solo, ya sea como el primer tratamiento (especialmente en las personas que podrían no estar lo suficientemente saludables como para recibir quimioterapia intensa), o si otros tratamientos ya no surten efecto. Se administra por infusión en una vena (IV).

Los efectos secundarios más comunes son fiebre, náuseas y vómitos, recuento bajo de células sanguíneas (con mayores riesgos de infección, sangrado y cansancio), hinchazón y úlceras en la boca, estreñimiento, sarpullido, y dolores de cabeza.

Los efectos secundarios menos comunes, pero más graves pueden incluir:

- Daño hepático severo, incluyendo enfermedad veno-oclusiva (obstrucción de las venas en el hígado)
- Reacciones durante la infusión (similar a una reacción alérgica) Para ayudar a prevenir esto, es probable que le suministren medicamentos antes de cada infusión.
- Infecciones graves o potencialmente mortales, especialmente en las personas que ya han recibido un trasplante de células madre
- Cambios en el ritmo cardíaco

Inhibidores de BCL-2

El **venetoclax (Venclexta)** tiene como objetivo a la BCL-2, una proteína en las células cancerosas que les ayuda a vivir más tiempo del que debieran. Este medicamento se puede utilizar con la quimioterapia en personas con AML recién diagnosticadas que tienen 75 años o más, o que no están lo suficientemente sanas como para tolerar la quimioterapia fuerte. Se toma oralmente, una vez al día.

Algunos efectos secundarios son: niveles bajos de determinados glóbulos blancos (neutropenia), recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia), diarrea, náusea, sangrado, recuentos bajos de plaquetas (trombocitopenia) y cansancio. Algunos efectos

secundarios un poco menos comunes, pero más graves son **neumonía** y otras **infecciones graves**.

El **síndrome de lisis tumoral (TLS)** es otro posible efecto secundario de este medicamento. El TLS es más común en pacientes que tienen un gran número de células leucémicas en sus cuerpos cuando se inicia el tratamiento. Cuando se destruyen las células de la leucemia, estas se abren y liberan sus contenidos al torrente sanguíneo. Esto puede afectar a los riñones al punto que no pueden eliminar todas estas sustancias con rapidez, lo que puede causar la acumulación de demasiados minerales en la sangre e incluso insuficiencia renal. El exceso de minerales también puede causar problemas con el corazón y el sistema nervioso. Para evitar que esto suceda, puede que inicialmente se le administre una dosis muy baja de este medicamento y luego se aumente poco a poco. A veces, se pueden administrar otros medicamentos para ayudar a bajar su recuento de glóbulos blancos por debajo de cierto nivel antes de comenzar este medicamento. Su equipo de tratamiento ordenará análisis de sangre y también estará atento ante cualquier signo de TLS.

Inhibidor de la vía de Hedgehog

Las células de AML pueden tener mutaciones (cambios) en los genes que son parte de una vía de señalización celular llamada hedgehog. La vía hedgehog es crucial en el desarrollo del embrión y el feto, y es importante en algunas células adultas, aunque puede ser muy activa en las células de la leucemia.

El **glasdegib (Daurismo)** es un medicamento que actúa sobre una proteína en esta vía. Este medicamento se puede utilizar con la quimioterapia en personas con AML recién diagnosticadas que tienen 75 años o más, o que no están lo suficientemente sanas como para tolerar la quimioterapia fuerte.

Se administra de forma oral, una vez al día.

Algunos efectos secundarios son: dolor muscular y óseo, cansancio, recuentos bajos de glóbulos blancos (neutropenia), recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia), sangrado, náuseas, recuentos bajos de plaquetas (trombocitopenia) y enrojecimiento o úlceras en la boca.

Debido a que la vía hedgehog afecta el desarrollo del feto, las mujeres embarazadas o que podrían estarlo no deben tomar estos medicamentos. Se desconoce si podrían afectar al feto si lo tome una pareja masculina. Cualquier persona que tome estos medicamentos debe usar un método de control de natalidad confiable durante y por un tiempo después del tratamiento.

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: mayo 30, 2019

Medicamentos no quimioterapéuticos para la leucemia promielocítica aguda (APL)

La [quimioterapia](#) es el tratamiento principal para la mayoría de los tipos de leucemia mieloide aguda (AML). No obstante, la leucemia promielocítica aguda (APL) es diferente a los otros tipos de AML en algunas maneras importantes.

Las células de la leucemia en APL (llamadas blastos) no pueden madurar en glóbulos blancos normales, y pueden crecer y dividirse muy rápidamente. Estas células contienen proteínas que al ser liberadas en el torrente sanguíneo pueden causar coagulación de la sangre sin control. Esto puede derivar en problemas no sólo con coágulos sanguíneos, sino también con hemorragia grave. En el pasado, cuando se utilizaban medicamentos regulares de quimioterapia (quimio) solos para eliminar estas células, estas proteínas eran liberadas en el torrente sanguíneo. Los pacientes a veces morían a causa de complicaciones por sangrado o coagulación.

Los investigadores han descubierto que las células leucémicas en la APL tienen un cambio genético específico que las hace sensibles a ciertos medicamentos que no son como los medicamentos regulares de quimioterapia. Estos medicamentos ayudan a los blastos a madurar hasta convertirse en glóbulos blancos normales. Este proceso se

conoce como **diferenciación** y estos medicamentos se llaman **agentes de diferenciación**. Debido a que los blastos no mueren, éstos no liberan las proteínas nocivas a la sangre, lo que ayuda a evitar que el proceso de coagulación se torne fuera de control. Pero estos medicamentos también pueden causar sus propios efectos secundarios.

Dos de estos medicamentos se pueden usar para tratar APL:

- Ácido transretinoico total (ATRA, tretinoin, o Vesanoid)
- Trióxido de arsénico (ATO, Trisenox)

Para más información sobre cómo se utilizan estos medicamentos para la APL, consulte [Tratamiento de la leucemia promielocítica aguda \(APL\)](#).

ATRA

ATRA es una forma de vitamina A que generalmente es parte del tratamiento inicial (**inducción**) de la APL. Se administra junto con quimioterapia o con trióxido de arsénico para el tratamiento inicial de la APL. A menudo, también se utiliza durante algún tiempo después como parte de la fase de **consolidación** del tratamiento para ayudar a evitar que la leucemia reaparezca. Para esta fase del tratamiento, puede ser utilizado con quimioterapia o con trióxido de arsénico (o posiblemente ambos). Para el **mantenimiento** a largo plazo, se podría utilizar ATRA por sí solo o con quimioterapia.

ATRA puede causar **efectos secundarios** similares a los vistos cuando se toma demasiada vitamina A. Los síntomas pueden incluir dolor de cabeza, fiebre, boca y piel seca, sarpullido en la piel, hinchazón en los pies, llagas en la boca o la garganta, comezón e irritación en los ojos. También puede ocasionar que se eleven los lípidos en la sangre (como el colesterol y los triglicéridos). A menudo los resultados de las pruebas de sangre para verificar el funcionamiento del hígado dan resultados anormales. Estos efectos secundarios a menudo desaparecen cuando se suspende el medicamento.

Trióxido de arsénico (ATO)

El trióxido arsénico (ATO) es una forma de arsénico que puede ser un veneno si se administra en altas dosis. Sin embargo, los médicos han encontrado que puede actuar de una manera similar a ATRA en pacientes con APL. Se puede administrar con ATRA en las fases de inducción y consolidación del tratamiento, pero también puede ser útil en el tratamiento de pacientes cuyas APL regresaron después del tratamiento con ATRA más quimioterapia. En estos pacientes, se puede administrar el ATO junto con

el [medicamento de terapia dirigida](#) ozogamicina gemtuzumab (Mylotarg).

La mayoría de los **efectos secundarios** del ATO son leves y pueden incluir fatiga (cansancio), náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal y daño en los nervios (neuropatía), lo que causa adormecimiento y hormigueo en las manos y los pies. Además, el ATO puede causar problemas con el ritmo cardíaco, los cuales pueden ser graves. Es posible que su médico verifique a menudo su ritmo cardíaco con un electrocardiograma (incluso a diario) mientras usted recibe este medicamento.

Síndrome de diferenciación

El efecto secundario más importante de cualquiera de estos medicamentos es conocido como síndrome de diferenciación (en el pasado se le llamaba síndrome del ácido retinoico). Esto ocurre cuando las células leucémicas liberan ciertas sustancias químicas en la sangre. Se observa más a menudo durante el primer par de semanas de tratamiento y en pacientes con un recuento alto de glóbulos blancos.

Los síntomas pueden incluir fiebre, problemas respiratorios debidos a la acumulación de líquidos en los pulmones y alrededor del corazón, presión arterial baja, daño a los riñones, y acumulación grave de líquidos en otras partes del cuerpo. Aunque el síndrome de diferenciación puede ser grave, a menudo se puede tratar suspendiendo los medicamentos por un tiempo y administrando un esteroide como la dexametasona.

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

Cirugía para la leucemia mieloide aguda

La cirugía tiene una función muy limitada en el tratamiento de la leucemia mieloide aguda (AML). Como las células leucémicas se propagan ampliamente por toda la médula ósea y la sangre, no es posible curar este tipo de cáncer con cirugía. En pocas ocasiones, se realiza una cirugía, ni siquiera en el [diagnóstico](#)¹ de la AML, ya que esto usualmente se hace con una biopsia y aspirado de médula ósea. En raras ocasiones, un tumor aislado de células leucémicas (conocido como sarcoma mieloide, sarcoma granulocítico o cloroma) puede ser tratado con cirugía.

Colocación de un catéter venoso central

Con frecuencia, antes de que comience la quimioterapia se realiza un tipo de cirugía menor para colocar un pequeño tubo flexible, llamado [catéter venoso central \(CVC\)](#)² (también conocido como línea central o dispositivo de acceso venoso) en una vena grande del pecho. Esto lo puede hacer un cirujano en el quirófano, o un tipo especial de radiólogo. El extremo del tubo se encuentra inmediatamente debajo de la piel o sale ligeramente del área del pecho o de la sección superior del brazo. El CVC se deja en el área durante el tratamiento (a menudo por varios meses) para administrar medicamentos intravenosos (IV), como los medicamentos de la quimioterapia y para tomar muestras de sangre para realizar pruebas. Esto reduce el número de pinchazos de aguja necesarios durante el tratamiento. Si usted tiene un CVC, es muy importante aprender cómo cuidar el dispositivo para evitar que se infecte.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/cateteres-venosos-centrales.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con

amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

Radioterapia para la leucemia mieloide aguda

La radioterapia utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Generalmente la radioterapia no forma parte del tratamiento principal de personas con leucemia mieloide aguda (AML), aunque existen pocos casos en los que se podría emplear:

- Algunas veces se usa radiación para tratar una leucemia que se ha propagado fuera de la médula ósea y la sangre, como al cerebro y al líquido cefalorraquídeo, o a los testículos.
- Con frecuencia la radiación en todo el cuerpo es parte importante del tratamiento antes de un trasplante de células madre. Consulte [Trasplante de células madre para la leucemia mieloide aguda \(AML\)](#).
- Se usa radiación (en pocas ocasiones) para ayudar a reducir el tamaño de un tumor (sarcoma mieloide) si está presionando la tráquea y causando problemas con la respiración. Pero con frecuencia, en lugar de radiación, se usa quimioterapia, ya que a menudo actúa más rápidamente.
- Se puede usar radiación para ayudar a reducir el dolor en un área del cuerpo invadida por leucemia cuando la quimioterapia no ha sido eficaz.

Antes de iniciar el tratamiento, el equipo de radiación tomará medidas cuidadosamente con el fin de determinar los ángulos correctos para emitir los haces de radiación, y las dosis adecuadas de radiación. Esta sesión de planificación, llamada simulación, generalmente incluye estudios por imágenes, como CT o MRI.

El tipo de radioterapia que se utiliza para tratar la AML se llama *radiación de rayos externos*. El tratamiento es muy similar a la radiografía, pero la radiación es más intensa. El procedimiento en sí no es doloroso. El número de tratamientos que usted

recibe depende de la razón por la cual se está utilizando la radioterapia. Cada tratamiento dura sólo unos minutos, aunque el tiempo de preparación (colocarlo en el lugar correcto para el tratamiento) usualmente toma más tiempo.

Los posibles efectos secundarios de la radioterapia dependen del lugar donde se aplique la radiación. Es posible que pierda pelo y que se ocasionen cambios similares a los de una quemadura por el sol en el área tratada. La radiación al área de la cabeza y al cuello puede causar úlceras en la boca y dificultad para tragar. Asimismo, la radiación al abdomen puede causar náusea, vómito o diarrea. La radiación puede reducir los recuentos de células sanguíneas provocando cansancio (debido a recuentos bajos de glóbulos rojos), sangrado o hematomas (debido a recuentos bajos de plaquetas) y un riesgo aumentado de infecciones (debido a recuentos bajos de glóbulos blancos).

Para más información, consulte [Radioterapia](#)¹.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/radioterapia.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

Trasplante de células madre para la

leucemia mieloide aguda

Las dosis de los [medicamentos de quimioterapia](#) que los médicos pueden administrar para tratar la leucemia mieloide aguda (AML) se limitan por los graves efectos secundarios que estos medicamentos pueden causar. Aunque es posible que una dosis mayor de estos medicamentos elimine más células cancerosas, no se puede administrar debido a que podría causar daño grave a la médula ósea, lugar donde se producen las nuevas células sanguíneas. Esto podría causar infecciones potencialmente fatales, sangrado, y otros problemas debido a los [recuentos bajos de células sanguíneas](#)¹.

Los doctores pueden utilizar a veces un [trasplante de células madre](#)² (SCT), también llamado trasplante de médula ósea, para administrar dosis más altas de quimioterapia de lo que normalmente se podría dar. (Algunas veces, también se administra [radioterapia](#)). Cuando termina el tratamiento, el paciente recibe una infusión de células madre productoras de sangre para restablecer su médula ósea.

Las células madre productoras de sangre que se usan para un trasplante se pueden obtener ya sea de la sangre o de la médula ósea. Algunas veces se usan células madre de la sangre del cordón umbilical de un bebé.

Tipos de trasplante de células madre que se usan para la AML

Los trasplantes de células madre difieren basándose en quién es la fuente de las células madre productoras de sangre.

Alotrasplante de células madre (trasplante alogénico)

Este tipo de trasplante de células madre es el más común para tratar la AML. En un alotrasplante de células madre, las células madre provienen de otra persona que no sea el paciente, generalmente un donante, cuyo tipo de tejido (también conocido como tipo HLA) es casi idéntico al del paciente. El tipo de tejido se basa en ciertas sustancias en la superficie de las células del cuerpo. Las diferencias en los tipos de HLA entre el donante de células madre y el recipiente pueden provocar que el sistema inmunitario del cuerpo reaccione contra las células. Por lo tanto, cuanto más compatibles sean los tejidos del donante y del receptor, mejor es la probabilidad de que las células trasplantadas sean aceptadas y comiencen a producir nuevas células sanguíneas.

A menudo, el mejor donante es un familiar cercano, como un hermano o hermana, si presentan una buena compatibilidad. Si no está disponible ningún familiar cercano que

sea compatible, las células madre podrían estar disponibles de un donante compatible no relacionado (MUD), un voluntario no relacionado cuyo tipo de tejido sea compatible con el tipo del paciente. Sin embargo, el uso de células madre de un MUD está asociado a más complicaciones. Algunas veces se usan células madre del cordón umbilical. Estas células madre provienen de la sangre del cordón umbilical y de la placenta después del nacimiento de un bebé y después de que se corta el cordón umbilical.

Para la mayoría de los pacientes con AML, especialmente aquellos con mayor riesgo de que la leucemia regrese después del tratamiento, se prefiere un usando un alotrasplante en lugar de un autotrasplante de células madre (vea información más adelante). La leucemia es una enfermedad de la sangre y la médula ósea. Por lo tanto, administrar nuevamente al paciente sus propias células después del tratamiento también podría significar suministrarle algunas células leucémicas. Las células de un donante también son útiles debido al efecto de **injerto contra leucemia**. Cuando las células inmunitarias del donante se administran en el organismo por infusión, puede que ellas reconozcan cualquier célula leucémica remanente como extrañas y procedan a atacarlas. Este efecto no ocurre con el autotrasplante de células madre.

Los alotrasplantes (allogénicos) pueden conllevar graves riesgos y efectos secundarios, por lo que los pacientes necesitan ser más jóvenes y relativamente saludables para ser buenos candidatos. Otro reto es que a veces puede ser difícil encontrar un donante compatible.

Una de las complicaciones más graves del alotrasplante de células madre se conoce como **enfermedad de injerto contra huésped** (o GVHD, por sus siglas en inglés). Esta complicación ocurre cuando el sistema inmunitario del paciente es atacado por el del donante. Cuando esto sucede, el sistema inmunitario del donante podría detectar a los tejidos corporales propios del paciente como extraños y atacarlos.

Los síntomas pueden incluir erupciones graves en la piel con picor, úlceras en la boca (lo que puede afectar consumir alimentos), náusea y diarrea grave. El daño al hígado puede causar coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia). También pueden resultar afectados los pulmones. Además, el paciente se puede cansar con facilidad y sentir dolor muscular. Algunas veces esta enfermedad puede causar incapacidad, y si es lo suficientemente grave, puede representar un peligro para la vida del paciente. Se pueden administrar medicamentos que afectan el sistema inmunitario para tratar de controlar la enfermedad de injerto contra huésped.

Trasplante no mieloablativo (minitrasplante): muchas personas de edad avanzada no pueden tolerar el alotrasplante convencional que usa altas dosis de quimioterapia. Aun así, algunas personas podrán someterse a un trasplante no mieloablativo (también

conocido como minitrasplante o trasplante de intensidad reducida), en el que reciben menores dosis de quimioterapia y radiación que no destruyen completamente las células de la médula ósea. Estas personas reciben las células madre alogénicas (de un donante). Estas células entran al cuerpo y establecen un nuevo sistema inmunitario, que considera a las células leucémicas como extrañas y las ataca (un efecto injerto contra leucemia).

Un trasplante no mieloablativo puede aún ser eficaz en algunos casos con mucha menos toxicidad. De hecho, un paciente puede recibir el trasplante como paciente externo (ambulatorio). La complicación más importante es la enfermedad de injerto contra huésped.

Muchos médicos aún consideran este procedimiento experimental en la AML, y se está estudiando para determinar su eficacia.

Autotrasplante de células madre (trasplante autólogo)

En un autotrasplante, las propias células madre del paciente se extraen de su médula ósea o de su sangre. Las células se congelan y se almacenan mientras la persona recibe tratamiento (quimioterapia y/o radiación en altas dosis). En el laboratorio, se puede hacer un procedimiento llamado **purga** para tratar de extraer cualquier célula leucémica de las muestras. Entonces las células madre se vuelven a infundir en la sangre del paciente después del tratamiento.

Los autotrasplantes algunas veces se usan para personas cuya AML se encuentra en remisión después del tratamiento inicial y que no tienen un donante compatible para un alotrasplante. Algunos médicos consideran que para estas personas es mejor que la quimioterapia de “consolidación” convencional (consulte [Tratamiento típico de la leucemia mieloide aguda](#)), pero no todos los médicos están de acuerdo con esto.

Por lo general, los autotrasplantes son más fáciles de tolerar que los alotrasplantes, ya que el paciente está recibiendo sus propias células, lo que reduce el riesgo de algunas complicaciones. Sin embargo, la quimioterapia de dosis alta puede aún causar efectos secundarios importantes. Este tipo de trasplante se puede hacer en personas que de otra manera sean sanas, aunque puede no ser recomendable para pacientes de edad muy avanzada o que presentan otros problemas de salud.

Un problema con los autotrasplantes es que es difícil separar las células madre normales de las células leucémicas en las muestras de médula ósea o de sangre. Aun después de la purga (tratamiento de las células madre en el laboratorio para tratar de destruir o eliminar todas las células leucémicas remanentes), existe el riesgo de regresar algunas células leucémicas con el trasplante de células madre.

Si desea más información sobre los trasplantes de células madre, incluyendo cómo se llevan a cabo y los posibles efectos secundarios, consulte [Trasplante de células madre para el cáncer](#)³.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/recuentos-sanguineos-bajos.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/trasplante-de-celulas-madre.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/trasplante-de-celulas-madre.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

Tratamiento típico para la mayoría de los tipos de leucemia mieloide aguda (excepto APL)

El tratamiento de la mayoría de los pacientes de leucemia mieloide aguda (AML) generalmente se divide en dos fases de [quimioterapia \(quimio\)](#):

- **Inducción de la remisión** (a menudo llamada simplemente inducción)

- **Consolidación** (terapia después de la remisión)

El subtipo de AML, la leucemia promielocítica aguda (APL), se [trata de manera diferente](#).

Por lo general, el tratamiento de la AML necesita comenzarse tan pronto como sea posible después del diagnóstico, ya que esta puede progresar muy rápidamente. A veces, otro tipo de tratamiento necesita iniciarse incluso antes de que la quimioterapia haya tenido la oportunidad de ser eficaz.

Tratamiento de leucostasis

Algunas personas con AML presentan números muy altos de células leucémicas en la sangre cuando son diagnosticadas inicialmente, lo que puede causar problemas con la circulación normal de la sangre. A esto se le llama [leucostasis](#).¹ Puede que tome varios días para que la quimioterapia disminuya el número de células leucémicas en la sangre. Mientras tanto se podría usar **leucoféresis** (algunas veces llamada **féresis**) antes de la quimioterapia.

En la leucoféresis, la sangre del paciente se pasa a través de una máquina especial que extrae los glóbulos blancos (incluyendo las células leucémicas) y regresa el resto de la sangre al paciente. Se requieren dos vías intravenosas (IV), ya que la sangre se extrae a través de una vía, pasa por la máquina, y luego se devuelve al paciente a través de la otra vía. Algunas veces, se coloca un sólo catéter grande en una vena del cuello o debajo de la clavícula para la féresis (en lugar de usar vías IV en ambos brazos). A este tipo de catéter se le llama [catéter venoso central](#)² o **línea central**, y tiene ambas líneas IV integradas.

Este tratamiento reduce inmediatamente los recuentos sanguíneos. El efecto es solamente a corto plazo, pero puede ayudar hasta que la quimioterapia tenga la oportunidad de surtir efecto.

Inducción

Esta primera fase del tratamiento está dirigida a deshacerse de tantas células leucémicas como sea posible. La intensidad del tratamiento puede depender de la edad de la persona y de su salud. Los médicos suelen administrar la quimioterapia más intensiva a personas menores de 60 años, pero algunos pacientes de edad avanzada con buena salud pueden beneficiarse de tratamiento similar o ligeramente menos intensivo.

Las personas que tienen mucha más edad o no tienen buena salud puede que no reaccionen bien a la quimioterapia intensiva. El tratamiento para estos pacientes se aborda más adelante.

Al momento de considerar las opciones de tratamiento, se necesita tomar en cuenta la edad, la salud y otros factores. Por ejemplo, las personas cuyas células leucémicas tienen ciertos cambios genéticos o cromosómicos son más propensas a beneficiarse de determinados tipos de tratamiento.

En pacientes más jóvenes, como los menores de 60 años, la inducción a menudo incluye el tratamiento con dos medicamentos de quimioterapia:

- Citarabina (ara-C)
- Un medicamento con antraciclina, como daunorrubicina (daunomycin) o idarrubicina

Esto a veces se llama un **régimen de 7 + 3**, ya que consiste en recibir la citarabina continuamente por 7 días, junto con infusiones cortas de antraciclina en cada uno de los 3 primeros días.

En algunas situaciones, un tercer medicamento podría añadirse también para tratar de mejorar las probabilidades de remisión:

- Para los pacientes cuyas células leucémicas tienen una mutación en el gen *FLT3*, se podría administrar el medicamento de [terapia dirigida](#)³ **midostaurin (Rydapt)** junto con quimioterapia. Este medicamento se administra dos veces al día en forma de pastilla.
- Para pacientes cuyas células leucémicas tienen la proteína CD33, el medicamento de terapia dirigida **ozogamicina gemtuzumab (Mylotarg)** se podría agregar a la quimioterapia.
- Agregar el medicamento de quimioterapia **cladribina** podría ser otra opción para algunas personas.

Es posible que los pacientes con pobre función cardíaca no puedan ser tratados con antraciclinas, de modo que podrían ser tratados con otro medicamento de quimioterapia, como fludarabina (Fludara) o etopósido.

En los pocos casos en los que la leucemia se ha propagado al cerebro o la médula espinal, también se puede administrar quimioterapia en el líquido cefalorraquídeo. También se podría administrar radioterapia.

Por lo general, los pacientes necesitan permanecer en el hospital durante la inducción (y posiblemente por algún tiempo después). La inducción destruye la mayoría de las células de la médula ósea normal, así como las células de la leucemia, por lo que la mayoría de los pacientes desarrollan recuentos de células sanguíneas peligrosamente bajos, y podrían sentirse muy enfermos. Se necesitan antibióticos y [transfusiones de productos sanguíneos](#)⁴ para la mayoría de los pacientes. También se pueden administrar medicamentos para aumentar los recuentos de glóbulos blancos (factores de crecimiento). Los recuentos sanguíneos suelen estar bajos por varias semanas.

Alrededor de una semana después de la quimioterapia, el médico realizará una [biopsia de la médula ósea](#)⁵. El resultado de la biopsia debe indicar que hay pocas células de médula ósea (médula ósea **hipocelular**) y sólo una pequeña porción de blastos (no más de 5% de la médula ósea) para que la leucemia se considere en remisión. La leucemia de la mayoría de las personas entra en remisión después de la primera ronda de quimioterapia. Pero si la biopsia muestra que aún hay células leucémicas en la médula ósea, se puede administrar otra ronda de quimioterapia, con los mismos medicamentos o con otro régimen. A veces, se recomienda un [trasplante de células madre](#) en ese momento. Si al realizar la biopsia de médula ósea no se está claro si aún permanece la leucemia, se puede realizar otra biopsia de médula ósea en aproximadamente una semana.

En las próximas semanas, las células normales de la médula ósea regresarán y comenzarán a producir nuevas células sanguíneas. Durante este tiempo, el médico puede obtener otras muestras de biopsias de la médula ósea. Cuando se recuperan los recuentos de células sanguíneas, el médico examinará nuevamente las células en una muestra de la médula ósea para determinar si la leucemia está en remisión.

La inducción de la remisión generalmente no destruye todas las células leucémicas, y a menudo persiste un número pequeño de éstas. Sin terapia después de la remisión (consolidación), es probable que la leucemia regrese en varios meses.

Consolidación (terapia después de la remisión)

Se considera que la inducción fue exitosa si se logró la remisión. Luego se administra tratamiento adicional (llamado consolidación) para tratar de destruir células leucémicas remanentes y ayudar a prevenir una recaída.

Consolidación para los pacientes más jóvenes

Para los pacientes más jóvenes (generalmente aquellos menores de 60 años), las opciones principales para la terapia de consolidación son:

- Varios ciclos de quimioterapia con altas dosis de citarabina (ara-C). Algunas veces se conoce como **HiDAC**
- Alotrasplante (de un donante) de células madre
- Autotrasplante de células madre (trasplante autólogo)

La mejor opción para cada persona depende del riesgo de que la leucemia regrese después del tratamiento, así como de otros factores.

Para el HiDAC, la citarabina se administra en dosis muy altas, generalmente durante 5 días. Esto se repite alrededor de cada cuatro semanas, generalmente por un total de tres o cuatro ciclos. Para las personas que recibieron el medicamento de terapia dirigida midostaurin (Rydapt) durante la inducción, este se continúa generalmente durante la consolidación. Como se indicó anteriormente, cada serie de tratamiento generalmente se administra en el hospital debido al riesgo de efectos secundarios graves.

Para los pacientes que recibieron quimioterapia además del medicamento de terapia dirigida ozogamicina gemtuzumab (Mylotarg) para su terapia de inducción, se puede utilizar un régimen similar para la consolidación.

Otro enfoque después de la terapia de inducción consiste en administrar dosis muy altas de quimioterapia seguido ya sea por un alotrasplante (de un donante) o autotrasplante (del propio paciente) de células madre. Se ha descubierto que los trasplantes de células madre reducen más el riesgo de que la leucemia regrese en comparación con la quimioterapia convencional, aunque también son más propensos a causar graves complicaciones, incluyendo un riesgo aumentado de muerte debido al tratamiento.

Consolidación para pacientes de edades más avanzadas o que presentan otros problemas de salud

Puede que los pacientes de edades avanzadas o aquellos que no cuentan con una buena salud no puedan tolerar el tratamiento de consolidación intensivo. A menudo administrarles una terapia más intensiva aumenta el riesgo de graves efectos secundarios (incluyendo muerte asociada al tratamiento) sin proveer mucho beneficio. Estos pacientes se pueden tratar con:

- Dosis más altas de citarabina (por lo general, no tan altas como en los pacientes más jóvenes)
- Dosis estándar de citarabina, posiblemente junto con idarubicina, daunorrubicina y

mitoxantrona. (Para las personas que reciben el medicamento de terapia dirigida midostaurin (Rydapt) durante la inducción, esto por lo general también se continúa durante consolidación.)

- Trasplante no mieloablativo de células madre (minitrasplante)

Otra opción para algunas personas cuya AML vaya a remisión tras la inducción (o incluso tras la consolidación) podría ser el tratamiento con azacitidina oral (Onureg).

Factores que afectan la elección del tratamiento de consolidación

No siempre está claro qué opción de tratamiento es mejor para la consolidación. Cada tipo de biopsia tiene sus ventajas y desventajas. Los médicos consideran varios factores al recomendar qué tipo de terapia debe recibir un paciente. Estos incluyen:

- **Cuántas sesiones (ciclos) de tratamiento de quimioterapia se necesitaron para obtener una remisión.** Si se necesitaron más de una sesión de tratamiento, algunos médicos recomiendan que el paciente reciba un programa más intensivo, que pudiese incluir un trasplante de células madre.
- **La disponibilidad de un hermano, hermana, o un donante no relacionado que sea compatible con el tipo de tejido del paciente.** Si se encuentra una compatibilidad de tejido bastante cercana, entonces el alotrasplante (de un donante) de células madre pudiera ser una opción, especialmente para los pacientes más jóvenes.
- **La posibilidad de obtener células libres de leucemia de la médula ósea del paciente.** Si las pruebas de laboratorio muestran que un paciente está en remisión, la obtención de células madre de la médula ósea o de la sangre del paciente para un autotrasplante de células madre pudiera ser una opción. Las células madre obtenidas del paciente se purgarían (se tratarán en el laboratorio para tratar de extraer o destruir cualquier célula leucémica remanente) a fin de reducir las probabilidades de recurrencia (recaída).
- **La presencia de uno o más [factores de pronóstico](#)⁶ adversos**, como ciertos cambios genéticos o cromosómicos, un nivel inicial de glóbulos blancos muy alto, AML que se origina de un trastorno sanguíneo previo o después del tratamiento contra un cáncer previo, o propagación de la AML al sistema nervioso central. Estos factores pudiesen conducir a que los médicos recomienden una terapia más agresiva, como un trasplante de células madre. Por otro lado, para las personas con buenos factores de pronóstico, tal como cambios genéticos o cromosómicos favorables, muchos médicos pudieran recomendar postergar un trasplante de

células madre a menos que la enfermedad recurra.

- **La edad y el estado general de salud del paciente.** Es posible que los pacientes de edades avanzadas o aquellos con otros problemas de salud no puedan tolerar algunos efectos secundarios graves que pueden ocurrir con las altas dosis de quimioterapia o los trasplantes de células madre.
- **Los deseos del paciente.** Se deben considerar muchos asuntos relacionados con la calidad de vida. Un factor importante es la mayor probabilidad de que ocurra una muerte como consecuencia de las altas dosis de quimioterapia o un trasplante de células madre. El paciente y el médico deben conversar sobre este y otros asuntos.

Los trasplantes de células madre son tratamientos intensivos con riesgos reales de graves complicaciones, incluyendo muerte, y su función exacta en el tratamiento de la AML no siempre está clara. Algunos médicos opinan que si el paciente tiene salud suficiente para resistir un alotrasplante (allogénico) y se dispone de un donante compatible, esta opción ofrece la mejor probabilidad de supervivencia a largo plazo. Otros médicos creen que aún los estudios no han demostrado que esto sea concluyente, y que en algunos casos un trasplante debe ser reservado en caso de que la leucemia regrese después del tratamiento convencional. Aun así, algunos médicos creen que los trasplantes de células madre se deben realizar si es probable que la leucemia regrese según ciertos cambios genéticos o cromosómicos. La investigación en esta área continua para estudiar cuáles pacientes de AML obtienen el mayor beneficio del trasplante de células madre y cuál es el mejor tipo de trasplante en cada situación.

Tratamiento de adultos en edad más avanzada o en estado delicado

El tratamiento de las personas con AML que tienen menos de 60 años es bastante estándar, y conlleva ciclos de quimioterapia intensiva, algunas veces con un trasplante de células madre (como se discutió anteriormente). Muchos pacientes mayores de 60 años son lo suficientemente saludables como para ser tratados de la misma manera, aunque algunas veces la quimioterapia puede ser menos intensa.

Las personas que tienen mucha más edad o que no tienen buena salud puede que no toleren este tratamiento intenso. De hecho, la quimioterapia intensa podría en realizar acortar sus vidas. A menudo, el tratamiento de estos pacientes no es dividido en fases de inducción y consolidación, aunque se puede administrar cada cierto tiempo siempre y cuando parezca beneficiar a los pacientes.

Las opciones para las personas de edades más avanzadas o en mal estado de salud podrían incluir:

Quimioterapia de baja intensidad con un medicamento como la citarabina en dosis bajas (LDAC), la azacitidina (Vidaza) o la decitabina (Dacogen)

Quimioterapia de baja intensidad más un medicamento de terapia dirigida como venetoclax (Venclexta) o glasdegib (Daurismo)

Un medicamento de terapia dirigida solo, como:

- Gemtuzumab ozogamicina (Mylotarg), si las células de la AML tienen la proteína CD33
- Ivosidenib (Tibsovo), si las células de la AML tienen una mutación del gen *IDH1*
- Enasidenib (Ihdifa), si las células de la AML tienen una mutación del gen *IDH2*

Algunas personas deciden no recibir quimioterapia y otros medicamentos, y optan por la atención de apoyo. Este cuidado se enfoca en tratar cualquier síntoma o complicación que surja, y mantener a la persona tan cómoda como sea posible.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/cateteres-venosos-centrales.html
3. www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/treating/targeted-therapy.html
4. [/content/](#)
5. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra

El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente:
septiembre 9, 2020

Tratamiento de la leucemia promielocítica aguda (APL)

Es muy importante el diagnóstico y el tratamiento temprano de la leucemia promielocítica aguda (APL), el subtipo M3 de la leucemia mieloide aguda (AML), ya que los pacientes con APL pueden presentar rápidamente graves problemas de coagulación o de sangrado potencialmente mortales si no se tratan. De hecho, puede que el tratamiento deba ser iniciado, aunque no se haya aún confirmado el diagnóstico de la APL mediante pruebas de laboratorio.

El tratamiento de la APL normalmente es diferente al tratamiento de la mayoría de otros tipos de AML. Los medicamentos más importantes para el tratamiento de la APL son [medicamentos no quimioterapéuticos](#) llamados agentes diferenciadores, como el ácido transretinoico total (ATRA). Otros tratamientos podrían incluir [quimioterapia](#) y transfusiones de plaquetas u otros productos de la sangre.

Por lo general, el tratamiento se divide en tres fases:

- Inducción (inducción de la remisión)
- Consolidación (terapia después de la remisión)
- Mantenimiento

Inducción

El objetivo de la inducción, la primera parte del tratamiento es lograr que el número de

células de la leucemia alcance niveles muy bajos, para que la APL entre en remisión. El medicamento más importante en el tratamiento inicial de la APL es **ácido transretinoico total (ATRA)**. Esto generalmente se combina con uno de estos:

- **Trióxido de arsénico (ATO)**, otro medicamento no quimioterapéutico. Para algunas personas con alto riesgo de que la APL regrese después del tratamiento, se puede agregar también el [medicamento de terapia dirigida ozogamicina gentuzumab \(Mylotarg\)](#).
- **Quimioterapia** con un medicamento de antraciclina (daunorrubicina o idarrubicina). Para algunas personas con alto riesgo de que la APL regrese después del tratamiento, se puede agregar también el medicamento de quimioterapia citarabina (ara-C).
- **Quimioterapia** (un medicamento de antraciclina) más **ATO**

ATRA más ATO es a menudo el tratamiento preferido en las personas con menor riesgo de que la leucemia regrese, ya que tiende a causar menos efectos secundarios. Es más probable que la quimio o Mylotarg se incluya en el tratamiento si este riesgo es mayor.

Por lo general, se realiza una [biopsia de médula ósea](#)¹ alrededor de un mes después de comenzar el tratamiento, para saber si la leucemia está en remisión. La inducción generalmente se continua hasta que la APL está en remisión, lo que puede tomar hasta 2 meses.

Consolidación (terapia después de la remisión)

Una vez la APL esté en remisión, la consolidación es necesaria para mantenerla en remisión y tratar de eliminar las células leucémicas restantes. Los medicamentos que se usen dependen de lo que se administró para la inducción, así como otros factores. Por lo general, a los pacientes se les administra algunos de los mismos medicamentos que recibieron durante la remisión, aunque las dosis y tiempo de tratamiento pueden ser diferentes. Algunas de las opciones incluyen:

- ATRA más ATO (si Mylotarg fue parte de la inducción, podría también continuarse)
- ATRA más quimioterapia (generalmente con un medicamento de antraciclina, como idarrubicina o daunorrubicina)
- ATO más quimioterapia (generalmente con un medicamento de antraciclina, como idarrubicina o daunorrubicina)
- Quimioterapia sola (generalmente con un medicamento de antraciclina más

citarabina)

Por lo general, la consolidación dura al menos varios meses, dependiendo de los medicamentos que se hayan usado.

Mantenimiento

Para algunos pacientes, especialmente aquellos con mayor riesgo de que la APL regrese, después del tratamiento de consolidación se puede administrar la terapia de mantenimiento en la que se utilizan dosis más bajas de medicamentos durante un período más prolongado. Puede que las personas con menor riesgo de que la leucemia regrese y que tengan una buena respuesta a ATRA más ATO no necesiten terapia de mantenimiento, aunque esto todavía se está estudiando.

Las opciones más comunes para la terapia de mantenimiento son ATRA solo o ATRA con quimioterapia (6-mercaptopurina [6-MP] y/o metotrexato). Por lo general, la terapia de mantenimiento se administra por aproximadamente 1 año.

Tratamiento de la APL que no desaparece o que regresa

El tratamiento de la APL que no desaparece o que regresa después del tratamiento inicial se aborda en [¿Qué sucede si la leucemia mieloide aguda no responde o si regresa después del tratamiento?](#)

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

Tasas de respuesta al tratamiento de la leucemia mieloide aguda (AML)

El objetivo del tratamiento para la leucemia mieloide aguda (AML) es lograr la [remisión completa](#)¹ de la leucemia (la médula ósea y los recuentos de células sanguíneas regresan a la normalidad), preferiblemente una **remisión molecular completa** (no hay signos de leucemia en la médula ósea, incluso con el uso de pruebas de laboratorio sensibles), y mantenerla de esa manera.

Para la mayoría de los tipos de AML

Alrededor de 2 de cada 3 personas con leucemia mieloide aguda (AML) que reciben [quimioterapia de inducción](#) estándar entran en remisión. Por lo general, esto significa que la médula ósea tiene menos de un 5% de células blásticas, los recuentos de células sanguíneas regresan al rango normal, y no hay otros [signos o síntomas](#)² de la enfermedad. La probabilidad real de remisión depende en gran parte de los [factores pronósticos](#)³ específicos de la persona, como la edad o la presencia de ciertos cambios genéticos o cromosómicos en las células leucémicas.

Por ejemplo, a las personas de edades más avanzadas no les va tan bien como a los pacientes menores de 60 años. Con frecuencia, estos pacientes tienen dificultad para tolerar el tratamiento intensivo y a menudo presentan cambios cromosómicos en las células leucémicas que están vinculados a un peor pronóstico. Alrededor de la mitad de estos pacientes entra en remisión después del tratamiento inicial.

Si se logra la remisión, los pacientes generalmente reciben más quimioterapia (consolidación) para tratar de deshacerse de células leucémicas restantes. Hasta la mitad de los pacientes que reciben la consolidación tiene una remisión a largo plazo (y pueden ser curados). No obstante, este número también es afectado por factores de pronóstico, tal como la edad de la persona y si las células leucémicas tienen ciertos cambios cromosómicos o genéticos. El uso de un [alotrasplante de células madre](#) como consolidación tiene una tasa de éxito más alta, pero también un mayor riesgo de muerte como complicación.

Para leucemia promielocítica aguda (APL)

El pronóstico para las personas con la leucemia promielocítica aguda (APL) tiende a ser mejor que para aquellas con otros tipos de AML, aunque los [factores pronósticos](#)⁴ pueden ser importante. Alrededor de 9 de cada 10 personas con APL lograrán remisión con el [tratamiento de inducción](#) convencional. Con la consolidación y el mantenimiento, aproximadamente 8 o 9 de cada 10 personas con APL permanecen en remisión por mucho tiempo.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/leucemia-mieloide-aguda/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-clasifica.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente: agosto 21, 2018

¿Qué sucede si la leucemia mieloide aguda (AML) no responde o regresa

después del tratamiento?

Con frecuencia, la leucemia mieloide aguda (AML) entrará en remisión después del tratamiento inicial. Pero a veces no desaparece totalmente, o regresa (recaída) después de un período de remisión. Si esto ocurre, se pueden intentar otros tratamientos, siempre y cuando la persona esté lo suficientemente sana como para recibirlos.

Tratamiento para la mayoría de los tipos de AML

Si la AML no desaparece por completo con el tratamiento de [inducción](#), a veces se puede intentar un segundo curso de [quimioterapia](#) (quimio) similar, a menudo llamado **reinducción**. Si esto no es útil, se puede intentar el tratamiento con otros medicamentos de quimioterapia o dosis más intensivas de quimioterapia, si la persona puede tolerarlos. Un [trasplante de células madre](#) puede ser una opción para algunas personas, ya que puede permitir dosis más altas de quimioterapia. También puede ser una opción participar en [estudios clínicos](#)¹ de nuevos métodos de tratamiento.

Si la leucemia desapareció y ahora ha regresado, las opciones de tratamiento dependen de la edad y salud del paciente, y por cuánto tiempo la leucemia estuvo en remisión. Con más frecuencia, la AML recurre en la médula ósea y la sangre. El cerebro o el líquido cefalorraquídeo rara vez es el primer lugar donde recurre, pero si esto sucede, a menudo se administra quimioterapia directamente en el líquido.

Si la remisión duró al menos un año, algunas veces es posible poner la leucemia en remisión otra vez con más quimioterapia, aunque es posible que esto no dure por mucho tiempo. Para los pacientes más jóvenes (generalmente menores de 60 años), la mayoría de los médicos recomendaría un trasplante de células madre si se encuentra un donante compatible. También podría ser una opción participar en estudios clínicos de nuevos métodos de tratamiento.

Si la AML regresa antes de los 12 meses, la mayoría de los médicos recomendará un trasplante de células madre para los pacientes más jóvenes, si es posible. La participación en un estudio clínico también es otra opción.

Otra opción para la AML que no desaparece o que regresa después del tratamiento puede ser el [medicamento de terapia dirigida](#) **ozogamicina gemtuzumab (Mylotarg)**.

En caso de que la leucemia siga regresando o no desaparezca, el tratamiento de quimioterapia adicional probablemente no será muy útil. Si un trasplante de células

madre no es una opción, el paciente puede considerar participar en un estudio clínico de tratamientos más nuevos.

Para la AML con una mutación del gen FLT3

Si las células leucémicas tienen una mutación en el gen FLT3, y la leucemia no desaparece o si regresa más adelante, una opción podría ser el tratamiento con el medicamento de terapia dirigida, gilteritinib (Xospata), un inhibidor de FLT3.

Para la leucemia mieloide aguda con una mutación del gen IDH1 o IDH2

Si las células leucémicas tienen una mutación en el gen *IDH1* o *IDH2*, y la leucemia no desaparece o si regresa más adelante, una opción podría ser el tratamiento con un medicamento de [terapia dirigida](#)², llamado **inhibidor de IDH**, como ivosidenib (Tibsovo) para la AML con una mutación *IDH1*, o enasidenib (Idhifa) para la AML con una mutación *IDH2*. Otras opciones pueden incluir quimioterapia o un trasplante de células madre.

Tratamiento para la leucemia promielocítica aguda (APL)

Las opciones de tratamiento para la APL que no desaparece con el tratamiento inicial o que regresa dependen de los tratamientos que se utilizaron anteriormente, así como de otros factores.

Para los pacientes cuyos tratamientos iniciales consistieron en los [medicamentos no quimioterapéuticos](#) ácido transretinoico total y trióxido de arsénico (ATO), y que tuvieron recaídas temprano (generalmente dentro de 6 meses), es más probable que el tratamiento sea con algunos de los mismos medicamentos de [quimioterapia](#) que se usan para tratar otros tipos de AML. Si la remisión dura más, se puede emplear ATO otra vez, posiblemente junto con otros tratamientos como ATRA, quimio, y el [medicamento de terapia dirigida](#)³ Mylotarg.

Si el tratamiento inicial fue ATRA más quimioterapia, ATO es a menudo muy eficaz.

En algún momento, un [trasplante de células madre](#) podría ser una buena opción si la persona está lo suficientemente sana. Otra opción sería participar en un [estudio clínico](#)⁴.

Tratamiento de apoyo en caso de leucemia que no desaparece

Si el tratamiento adicional o un estudio clínico no es una opción, el enfoque del tratamiento puede cambiar para controlar los síntomas causados por la leucemia, en lugar de intentar la cura de la leucemia. A esto se le llama [tratamiento paliativo](#)⁵ o atención de apoyo. Por ejemplo, el médico puede recomendar [quimioterapia](#) menos intensiva para tratar de mantener la leucemia bajo control en lugar de tratar de curarla.

A medida que la leucemia crece en la médula ósea puede causar dolor. Es importante que usted esté tan cómodo como sea posible. Los tratamientos que pueden ser útiles incluyen [radioterapia](#) y [medicinas apropiadas contra el dolor](#)⁶. Si las medicinas como aspirina e ibuprofeno no ayudan, medicamentos opiáceos más fuertes como la morfina pueden ser útiles. Es posible que a algunas personas les preocupe tomar medicamentos más potentes por temor a estar somnolientos todo el tiempo o por miedo a volverse adictos a los mismos. Sin embargo, muchas personas obtienen alivio eficaz contra el dolor gracias a estos medicamentos sin padecer graves efectos secundarios.

Los otros síntomas comunes de la leucemia son recuentos sanguíneos bajos y cansancio. Se pueden necesitar medicinas o transfusiones de sangre para ayudar a corregir estos problemas. Las náuseas y la pérdida del apetito se pueden tratar con medicamentos y complementos alimenticios altos en calorías. Pueden ocurrir infecciones que se pueden tratar con antibióticos.

Resulta muy importante que le comunique al equipo de profesionales que atienden el cáncer si usted presenta dolor o cualquier otro síntoma de manera que pueda ser tratado.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
2. www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/treating/targeted-therapy.html
3. www.cancer.org/cancer/acute-myeloid-leukemia/treating/targeted-therapy.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/guia-de-cuidado-de-apoyo.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: agosto 21, 2018 Actualización más reciente:
diciembre 5, 2018

cancer.org | 1.800.227.2345