

PLASMA FOTOINACTIVADO CON AZUL DE METILENO FRENTE AL PLASMA FRESCO CONGELADO EN EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA DE NUEVO DIAGNÓSTICO: RESULTADOS FINALES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO NACIONAL

J. del Río^a, A. Álvarez-Larrán^b, C. Martínez^c, J. Mateo^c, J. de la Rubia^d, M. Corral^e, C. Zamora^f, D. Castellá^g, F. Peña^h, E. Contrerasⁱ, J. Muncunill^k, A. Pereira^j; por el Grupo Español de Aféresis.

Servicios Hematología del ^aComp Hospitalario Ourense, ^bHosp del Mar (Barcelona) ^cH Sant Pau (Barcelona), ^dH La Fe (Valencia), ^eH Clínico (Salamanca), ^hMeixoeiro (Vigo), ^kSon Dureta (Palma); Banc de Sang i Teixits de ^gBarcelona y ^jTarragona; S. Hemoterapia Hosp ^fRamón y Cajal (Madrid) y ⁱClínic (Barcelona). Beca FIS 05/2189

Fundamento: El recambio plasmático (RP) con infusión de plasma es el tratamiento de elección de la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), pero existen dudas sobre la eficacia de los diferentes tipos de plasma.

Objetivo: Comparar el plasma fotoinactivado con azul de metileno (PFIAM) con el plasma fresco congelado (PFC) en el tratamiento de la PTT idiopática de nuevo diagnóstico.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo multicéntrico de ámbito nacional. Desde octubre de 2004 se incluyeron 63 pacientes (38 tratados con PFIAM y 25 con PFC). Todos siguieron una pauta terapéutica común consistente en RP diario con infusión de plasma ≥ 40 ml/kg/día y corticoides (1,5 mg/kg/día). Se definió respuesta como la consecución de una cifra de plaquetas $\geq 150 \times 10^9/L$ durante 3 días consecutivos con LDH normal y ausencia de clínica atribuible a la PTT; recurrencia, como el descenso en la cifra de plaquetas debajo de $50 \times 10^9/L$ o del 50% de la cifra más alta alcanzada en la respuesta; remisión, como toda respuesta de más de 15 días de duración. El valor pronóstico del tipo de plasma se estudió mediante regresión logística, ajustado por otras variables pronósticas (sexo, score de Rock, días de demora del tratamiento, volumen de plasma administrado en los 7 primeros días).

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en cuanto a las características clínicas y hematológicas al diagnóstico. Existía déficit severo de ADAMTS13 o inhibidor en 9 de 12 (75%) pacientes tratados con PFIAM y 12 de 16 (75%) tratados con PFC. No hubo diferencias entre los dos grupos en el volumen de plasma infundido (mL/kg) al 3º y al 7º día de tratamiento. En el análisis univariado los pacientes tratados con PFIAM requirieron más RPs (16 ± 13 versus $8,5 \pm 7$, $p=0,004$) y mayor volumen de plasma (763 ± 678 versus 413 ± 326 , $p=0,009$) para alcanzar la remisión. El grupo tratado con PFIAM presentó más recurrencias bajo tratamiento que el tratado con PFC (21 de 38 versus 6 de 24, $p=0,02$). En el análisis multivariado los pacientes tratados con PFIAM presentaron una menor probabilidad de alcanzar la remisión al 8º día de tratamiento (OR: 5.1; IC95%: 1,6-15,9) y un mayor riesgo de recurrencia bajo tratamiento (OR: 4,2; IC 95%: 1,3-13,5).

Conclusión: El PFIAM es menos eficaz que el PFC en el tratamiento de la PTT