

RESULTADOS FAVORABLES EN SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS AVANZADOS CON “TRASPLANTE DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL DUAL”

Ojeda E, Bautista G, Cabrera R, Regidor C, Ruiz E, Sanjuán I, Forés R, Gil S, Krsnik I, García-Marco JA, Navarro B, Magro E, Polo N, Gonzalo-Daganzo R, Pérez-Sanz N y Fernández MN.

Servicio de Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Puerta de Hierro, UAM. Ayudas P.I. Allostem, Fundación Gabrielle Rich y FIS 03/0961 y 04/2794

Introducción: La utilización cada vez más generalizada de quimioterapias intensivas y trasplante autólogo en pacientes con hemopatías malignas ha condicionado un notable incremento de Síndromes Mielodisplásicos (SMD) en pacientes relativamente jóvenes en estos últimos años. Muchos de ellos carecen de donante compatible inmediatamente disponible para alo-trasplante. El trasplante de sangre de cordón umbilical (TSCU) permite realizar sin dilación un tratamiento potencialmente curativo a la mayoría de estos pacientes.

Material y métodos: Describimos la experiencia en nuestro centro con TSCU con co-infusión de células CD34+/CD133+ de donante auxiliar en 6 pacientes (M/F 4/2) con SMD avanzado secundario (AREB2 y LMA con Displasia Multilineal –LMA/DM-), tras acondicionamiento de toxicidad reducida: Fludarabina (30 mg/m² 4 días), Ciclofosfamida (60 mg/kg 2 días), Timoglobulina (2 mg/Kg 2 días) y Busulfán IV (3.2 mg/m² 2 días) o RCT fraccionada en el caso UPN593. Dos pacientes habían recibido trasplante autólogo. A los que presentaban > 10% de blastos en MO en el momento de su evaluación pre-trasplante se administró inmediatamente antes del acondicionamiento un ciclo de quimioterapia con Ara-C e Idarrubicina.

Resultados: Las unidades de SCU fueron de 0-3/6 disparidades HLA (A y B antigénica y DRB1 alélica) que proporcionaron 1.89-3 x10⁷/kg CNT (media 2,36) y 0.069-0.170 x10⁶/kg células CD34+ (media 0,121). En 2 casos hubo incompatibilidad ABO mayor. En 5/6 casos se alcanzó recuperación de granulocitos > 500/ul en 9-11 días por prendimiento inicialmente predominante del donante auxiliar y en 5/6 se alcanzó quimerismo completo de SCU en 15-50 días (media 29). En un caso (UPN593) no se obtuvo prendimiento de donante auxiliar y en otro (UPN601) sólo se alcanzó quimerismo mixto SCU/paciente con máximo de 87% de SCU. En un paciente (UPN619) se obtuvo prendimiento precoz del donante auxiliar pero no de la SCU; en el día +46 recibió una segunda unidad que prendió desplazando al injerto del donante auxiliar. En 3 casos hubo EICHa grado I y en 1 EICHc limitado. En 5/6 se han producido reactivaciones de CMV (PCR+), resueltas con Ganciclovir y/o Valganciclovir. Todos los pacientes alcanzaron recuperación de cifras normales en sangre periférica con total independencia transfusional y en todos los portadores de alteraciones citogenéticas se consiguió desaparición del clon anómalo. En el momento de este análisis todos los pacientes, con 1-20 meses de seguimiento, viven en situación de remisión con quimerismo completo, salvo uno (UPN601) en recaída desde el mes +16 post-Tx.

Conclusiones: Los datos mostrados son indicativos de las posibilidades del TSCU como opción preferencial en pacientes con SMD de pronóstico muy desfavorable sin donante geno-idéntico.