

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA CISTITIS HEMORRÁGICA EN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

P. Montesinos^a, G. Sanz^a, M.L. Paciello^a, S. Cantero^a, G. Martín^a, J. Martínez^a, I. Lorenzo^a, I. Jarque^a, M. Blanes^a, M.L. Senent^a, N. Puig^a, L. Algarra^a, J. Sanz^a, F. Moscardó^a, M.A. Sanz^a

^aHospital Universitario La Fe. Valencia

Introducción: La cistitis hemorrágica (CH) es una causa importante de morbilidad en pacientes sometidos a trasplante alogénico (alo-TPH). La CH se caracteriza por un inicio tardío, y se ha relacionado con infecciones por virus, como citomegalovirus (CMV), adenovirus o virus BK (VBK). Sin embargo, la incidencia y los factores de riesgo para CH en alo-TPH no están establecidos.

Objetivos: Analizar la incidencia y los factores de riesgo para CH en una amplia cohorte de pacientes sometidos a alo-TPH en una sola institución.

Material y métodos: Entre 1990 y 2007 513 pacientes (mediana de edad 35 años, rango 14-69) recibieron alo-TPH, 367 (72%) de donante emparentado y 146 (28%) de donante no emparentado (DNE). La fuente de progenitores hematopoyéticos fue sangre periférica (SP) en 249 (48%), médula ósea (MO) en 147 (29%) y sangre de cordón umbilical (SCU) en 117 (23%). La enfermedad de base más frecuente fue LMA (35%), seguida de LLA (20%) y LMC (17%). El acondicionamiento consistió en busulfan y ciclofosfamida (BUCY) en 33% de los pacientes, BUCY+tiotepa (BUCYTT) 11%, BUCYTT+timoglobulina (BUCYTTATG) 16%, busulfan+fludarabina+tiotepa+timoglobulina (BUFLUTTATG) 8%, acondicionamiento de intensidad reducida (AIR) 12%, y otros regímenes 19%. La profilaxis de la enfermedad injerto contra huésped (EICH) consistió en ciclosporina con metotrexate (50%) o prednisona (43%), u otros (7%). La CH fue gradada según criterios NCI-CTC modificados. En caso de CH se realizaron cultivos de orina incluyendo shell-vial para herpes y adenovirus. Desde 2002 se evaluó la carga viral en suero y/o orina para VBK por RT-PCR.

Resultados: Ciento veinte pacientes desarrollaron CH. La mediana de días a la presentación desde el alo-TPH fue de 34 días (rango -1 a 680). Los casos de CH se gradaron como sigue: grado 1 (4%), grado 2 (46%) y grado 3-4 (50%). La etiología fue desconocida en 61%, relacionada con la quimioterapia 4% (todos de -1 a +3 días) y vírica en 35% (23 VBK, 10 CMV, 7 adenovirus, y 2 VHS). La incidencia acumulada (IA) de CH a los 3 años fue del 35%. Las siguientes variables se relacionaron con una mayor IA de CH: DNE vs emparentado (52% vs 26%, $p<0.001$), SCU vs MO vs SP (56% vs 30% vs 24%, $p<0.001$), regímenes mieloablativos vs AIR (38% vs 7%, $p=0.009$), BUCYTTATG/BUFLUTTATG/BUCYTT vs BUCY (58% vs 23%, $p<0.001$), edad <30 (44% vs 26%, $p=0.002$), edad del donante <30 (46% vs 21%, $p<0.001$) y EICH agudo grado 1-4 vs grado 0 (41% vs 27%, $p=0.09$). En el análisis multivariante los regímenes mieloablativos y DNE se asociaron a una mayor IA de CH (ambos $p<0.001$). En los alo-TPH de donante emparentado HLA idéntico la IA de CH fue mayor en los siguientes: edad <30 ($p=0.04$), regímenes mieloablativos ($p=0.03$), edad del donante <30 ($p=0.04$) y BUCYTT vs BUCY ($p<0.001$).

Conclusión: En esta cohorte de adultos sometidos a alo-TPH la IA de CH fue 35%. Los alo-TPH de DNE y con acondicionamientos mieloablativos tienen un mayor riesgo de cistitis hemorrágica.