

ESTUDIO DEL EICH EN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS POR LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

A. Cuesta, J. Monge, C. Montes-Gaisán, A. Bermúdez, G. Vázquez, G. Martín, J. Hinostroza, M. López, A. Iriondo
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander

Objetivo: Evaluación del EICH en pacientes con LMA sometidos a Alo-TPH en el Hospital Universitario Marqués Valdecilla.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 171 adultos diagnosticados de LMA no promielocítica en los que se realizó Alo-TPH de 1982 a 2010. Relación varón/mujer: 85/86. Mediana de edad al TCPH: 37 años [18-74]. Status pre-TPH: 87%RC. Acondicionamiento ablativo en 162 casos: 36% CyRT, 30% BuFlu, 31% BuCy y 3% otros. Donante: 74% familiar (95% HLA-identícos) y 24% DnE (64% HLA-identícos). Fuente de progenitores: 85% MO, 13% SP y 2% CU. Profilaxis de EICH: 67% CsA-MTX, 15% CsA-MME, 8% esquemas con corticoides, 3% esquemas con Tacrolimus, 3% depleción linfóide con anti-CD52 y 4% otros. Se añadió ATG en el 12% de los pacientes (14 SP, 4 MO y los 3 CU).

Resultados: Se documentó EICH agudo en 82 pacientes (48%). Afectación cutánea en 78, digestiva en 31 y hepática en 12. Fue 27% grado I, 45% grado II, 21% grado III y 7% grado IV. La media del tiempo que pasó desde el TPH hasta la aparición del mismo fue de 37 días [5-132]. En 18 pacientes bastó con tratamiento tóxico, en 62 hubo que emplear corticoides sistémicos, y en los 2 casos restantes, pauta alterna. La aparición de EICH agudo severo (grados III-IV) influyó en la SG (25% vs 45% a los 5 años, $p=0,071$) y se relacionó con el número de transfusiones y/o embarazos del donante ($p=0,003$), con la recuperación hematológica precoz ($p=0,018$) y con el número de CN infundidas ($p=0,028$). También, de manera menos significativa, con la edad del receptor y el sexo del donante ($p=0,1$ en ambos casos). Se documentó EICH crónico en 49 pacientes (29%), teniendo en cuenta que el 30% de los casos no se consideraron valorables por tener un seguimiento <100 días. Afectación mucosa en 44, cutánea en 37, hepática en 13, pulmonar en 12 y digestiva en 4. Fue 60% extenso y 40% localizado. La mediana del tiempo que pasó desde el TPH hasta la aparición del mismo fue de 171 días [82-557]. En 12 pacientes bastó con tratamiento tóxico, en 21 hubo que emplear corticoides sistémicos, en 13, pauta alterna, y en los 3 casos restantes, FEC. Se obtuvo buena respuesta global en el 73% de los pacientes. La aparición de EICH crónico influyó en la SLR (67% vs 41% a los 5 años, $p=0,00005$) y se relacionó con el donante (39% DnE vs 25% familiar, $p=0,017$), el acondicionamiento empleado (48% BuFlu, 28% BuCy y 16% CyRT, $p=0,003$) y el uso de ATG (19% vs 30%, $p=0,038$).

Conclusión: El EICH agudo severo disminuyó SG y apareció principalmente cuando se infundió un número elevado de CN de donantes previamente sensibilizados. El EICH crónico aumentó SLR y apareció principalmente cuando el donante no fue familiar y se empleó esquema BuFlu como acondicionamiento. No hubo diferencias según la fuente ni según el esquema de profilaxis de EICH empleado.