

## TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO ALOGÉNICO CON ACONDICIONAMIENTO DE INTENSIDAD REDUCIDA. RESULTADOS A LARGO PLAZO E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

M.J. Remigia<sup>1</sup>, D. Elaluf<sup>1</sup>, J.C. Hernández-Boluda<sup>1</sup>, M. Calabuig<sup>1</sup>, M.J. Terol<sup>1</sup>, R. Goterris<sup>1</sup>, A. Teruel<sup>1</sup>, M. Tormo<sup>1</sup>, C. Solano<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Valencia

**Introducción:** El TPH-AIR es un tratamiento potencialmente curativo, inicialmente dirigido a pacientes de mayor edad o que han recibido TPH autólogo previo. Posteriormente su indicación se ha extendido a pacientes con ciertos diagnósticos, debido a la evidencia de eficacia y menor toxicidad relacionada con trasplante (MRT). La EICH crónica es la complicación tardía más frecuente y grave tras el TPH alogénico pero con un supuesto efecto beneficioso frente a la enfermedad.

**Objetivos:** 1. Analizar la experiencia a largo plazo de un Centro en cuanto a la eficacia y toxicidad del TPH-AIR. 2. Valorar el impacto de la EICH crónica según la nueva clasificación propuesta por el Grupo consenso del NIH.

**Pacientes y métodos:** Se analiza de forma retrospectiva la evolución de 100 pacientes consecutivos tratados con TPH-AIR entre marzo 2001 y enero 2011 en nuestro Centro, 22 pac. hasta Dic 2004 y 78 desde enero 2005, momento en que se modificaron los criterios de selección en base al análisis de resultados. Características de los 100 pac: donante emparentado (n=67) o no emparentado (n=33). Receptor varón/donante mujer=24, HLA idéntico: 95. Edad receptor: 54 años (18-70), edad donante: 56 (19-80); Diagnóstico: LNH (n=28), LAM/SMD (n=27), tumor sólido (n=9), SMPC(n=8), MM (n=8), LLC (n=8), EH (n=6), otros (n=6). Tipo fuente: SP:99;MO:1. Estado de enfermedad al TPH: 1o o 2o RC (n=24), 3oRC, RP o EE/progresión (n=76). TPH autólogo previo: 22.

**Resultados:** Del total de los 100 pac., 37 (37%) presentaron PE (n=34) [14/22(68%) en el periodo 2001-2004 y 20/78(28%) en periodo 2005-2011] o fallecieron por MRT(n=3) antes del día+90. De los 63 pacientes que sobrevivieron sin recaída hasta el día+90 y tras una mediana de seguimiento de 521 días (124-3352), 35 pacientes permanecen vivos, de ellos 33/63 (55%) en RC y 2 en recaída. Catorce pac. (22%) presentaron MRT tardía. La probabilidad de SG de los 100 pacientes es 29% a los 5 años y del 38% en los 78 pac trasplantados en el periodo 2005-2011. De los 63 pac. que sobrevivieron al día+90, 31 desarrollaron EICH crónica (49%) con una mediana de aparición de 277 d (87-711). De éstos, 15 eran una EICH crónica de novo, 14 quiescente y 2 progresiva. Según gravedad por órganos: leve (n=3), moderada (n=10) y grave (n=18). Órganos afectos: (Figura 1). Necesitaron tratamiento sólo tóxico (n=2), una primera línea (n=24), 2 líneas (n=4) y 3 líneas (n=1). En los 63 pacientes, la presencia de EICH crónica se asoció con una mayor supervivencia global (p 0.01).

**Conclusiones:** El TPH AIR es un tratamiento efectivo con una toxicidad aceptable en un grupo de pacientes de alto riesgo, cuando la selección de pacientes es adecuada. La incidencia de EICH crónica utilizando los criterios consenso de NIH fue del 49%, precisando tratamiento en la gran mayoría de casos con 1 sola línea. La presencia de EICH crónico se asoció a una mejor supervivencia global en este grupo de pacientes.

