

TRASPLANTE AUTÓLOGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HODGKIN REFRACTARIA O EN RECAÍDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J.N. Rodríguez, A. Palma, E. Martín, M.V. Moreno, J.A. Quesada, A. García-Sola, S. Ramírez, K. Gómez, A. Amian, J.C. Diéguez, A. Fernández-Jurado

Servicio de Hematología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Fundamentos: La enfermedad de Hodgkin refractaria o en recaída constituye todavía uno de los problemas más importantes en Hematología. El manejo estándar de estos pacientes incluye el uso de quimioterapia intensiva seguida de consolidación con TASPE en aquellos casos que son quimiosensibles. Presentamos nuestra experiencia en 14 pacientes con enfermedad de Hodgkin refractarios o en recaída que recibieron tratamiento con esquemas basados en el platino como quimioterapia intensiva seguida de TASPE como consolidación.

Pacientes y metodo: Se incluyeron en el estudio 14 pacientes (5 varones y 9 mujeres) con una edad media de 19,3 años (17-48). Los subtipos histológicos fueron: 1 predominio linfocítico, 11 esclerosis nodular y 2 celularidad mixta. Cinco caso estaban en recaída y 9 eran resistentes a tratamientos previos (1 paciente radioterapia, 3 ABVD+radioterapia, 10 pacientes ABVD).

Resultados: El esquema de movilización fue la propia quimioterapia intensiva (protocolos basados en platino: ESHAP o DHAP) y G-CSF en 13 pacientes mientras que el restante sólo recibió G-CSF. La media de ciclos recibidos fue de 2,8 (2-4; mediana 3). La respuesta a estos ciclos y la situación de la enfermedad previa a trasplante fue: 5 (35,7%) respuesta completa (RC), 7 (50%) respuesta parcial (RP) y 2 (14,3%) no respuesta (NR). En todos los casos la fuente de progenitores fue sangre periférica. El número medio de aféresis realizado fue 1,35 (1-2; mediana 1) y no se registraron complicaciones significativas durante los procedimientos. En todos los pacientes se obtuvieron suficiente número de progenitores y no fueron precisos otros agentes movilizadores (plerixafor). Todos los pacientes realizaron tratamiento de acondicionamiento con el régimen BEAM. La media de células CD34+ infundidas fue 6x10⁶/Kg (3-18; mediana 6). Tras el TASPE, 12 (85,5%) alcanzaron RC, 1 (7,1%) RP y 1 (7,1%) NR. No se registraron fallecimientos en relación al trasplante. Los 2 pacientes que no presentaban respuesta previa al TASPE alcanzaron RC tras el mismo pero uno de ellos tuvo una recaída temprana (4 meses). Sólo hemos registrado otra recaída a los 9 meses del TASPE. La supervivencia media global es de 25,3 meses (4-55+; mediana 19,5).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el TASPE es un procedimiento seguro y útil en pacientes con enfermedad de Hodgkin refractarios o en recaída. El uso de quimioterapia intensiva con protocolos basados en el platino permite recoger suficiente cantidad de progenitores en todos los pacientes con un número bajo de aféresis. Las tasas de respuesta globales tras el TASPE es alta (incluso pacientes que no han respondido previamente) y el número de recaídas bajo. La supervivencia media global en nuestra serie es ligeramente superior a 2 años.