

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON LMC Y RECEPTORES DE TPH ALOGÉNICO EN EL PERÍODO 1995-2010. VARIABLES QUE SE ASOCIAN A LA RECIDIVA POST-TPH Y SUPERVIVENCIA

A. García-Noblejas, M. Cuadrado, J. Cannata-Ortiz, A. Velasco, N. Acedo, B. Quereda, R. de la Cámara, A. Figuera, A. Alegre, J.L. Steegmann
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. IIS-IP.

Introducción: Actualmente el tratamiento con inhibidores de tirosincinasas (TKIs) es el estándar en la LMC. Sin embargo, hasta hace apenas 10 años lo era el alo-TPH y aún hoy sigue siendo el tratamiento de elección en pacientes en fases avanzadas o con fallo del tratamiento a los TKIs.

Objetivos: Realizar un análisis de las recidivas y las variables que se asocian a ella tras alo-TPH.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con LMC receptores de alo-TPH en nuestro centro en el período 1995-2010. Análisis de probabilidades de supervivencia global (SG) y libre de recidiva (SLR) por métodos KM y Cox.

Resultados: Entre 1995 y 2010 125 pacientes diagnosticados de LMC recibieron un alo-TPH en nuestro centro. De los 18 pacientes que habían recibido TKIs antes del TPH, sólo un 53% estaban en 1ª FC frente a 81% en el grupo sin TKI ($p=0.02$). Sin embargo, un 52% tenían respuesta genética mayor (RGM) frente a un 8% ($p<0.001$). Doce de los 125 pacientes murieron en el período temprano del trasplante (<120 d). La probabilidad de supervivencia (SG) a los 8 años fue del 60%. Las siguientes variables se asociaron a mayor probabilidad de muerte: fallo de injerto (HR: 13,9; $p=0,003$) score EBMT >2 (HR: 5,2; $p=0,02$); y EICH agudo (HR: 5; $p=0,04$). El haber recibido tratamiento previo con TKIs no tuvo influencia. En pacientes en 1ª FC la probabilidad de SG a 12 años fue del 65%. De los 123 pacientes evaluables, 39 (31%) sufrieron recaída: 39% molecular, 21% genética, 4% hematológica, y 36% en forma de crisis blástica. La probabilidad de SLR fue del 55% a los 8 años. La variable que se asoció más significativamente a la recaída fue el no conseguir quimerismo completo (HR 0,24; $p=0.001$) y el tener fases avanzadas al trasplante (HR: 1,8 $p=0.066$). En pacientes en 1ª FC la probabilidad de SLR a 12 años fue del 58%. El EBMT score pretrasplante, la fuente de progenitores (MO vs SP), el haber recibido IFN o Imatinib previo no se asociaron con la probabilidad de recidiva.

Conclusión: El alo-TPH ha sido durante mucho tiempo el único tratamiento curativo en la LMC y hoy en día sigue siendo una opción en aquellos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad y una alternativa al fallo del tratamiento con TKIs. En nuestra serie, el tratamiento previo con TKI no parece influir en la SG ni en la SLR. En nuestra experiencia casi un tercio de los pacientes recaen, y de ellos un tercio lo hacen en fase blástica. El no lograr quimerismo completo y una fase más avanzada en el momento del alo-TPH se asociaron a la recidiva, lo que enfatiza la importancia de un estrecho control de los pacientes en tratamiento con TKIs, para poder adecuar el tratamiento según la respuesta.