

EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE SANGRE PERIFÉRICA MEJORA LA CALIDAD DE LA RESPUESTA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE: ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

M.S. Infante, C. Encinas, M. Kwon, F. Carretero, J. Gayoso, D. Serrano, P. Font, G. Rodríguez-Macias, P. Balsalobre, J.L. Díez-Martín
Servicio de Hematología-UTMO. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: El tratamiento actual del mieloma multiple (MM) en pacientes menores de 65 años está basado en esquemas de poliquimioterapia (poliQT) (con o sin los nuevos fármacos) y consolidación con trasplante autólogo de sangre periférica (TASPE). Está demostrado que cuanto mejor sea la respuesta obtenida con la inducción mejor será la calidad de la respuesta obtenida tras TASPE y la supervivencia libre de progresión (SLP). Actualmente los grupos de trabajo están definiendo el papel del TASPE en aquellos pacientes en respuesta completa tras recibir tratamiento de inducción.

Objetivo: el objetivo de este estudio es analizar el papel del TASPE en los pacientes tratados con poliQT ± nuevos fármacos en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Hemos analizado 54 pacientes diagnosticados de MM sintomático entre 2003 y 2011 y tratados con quimioterapia de inducción, altas dosis de melfalán y TASPE. Se valoró de forma retrospectiva la respuesta pre- y post-TASPE (día +100).

Resultados: La mediana de edad de los pacientes al momento del trasplante fue de 57 años (rango 32-70). El 46% de los pacientes eran varones. Al diagnóstico el 64% tenían estadio III de Durie-Salmon y un 35 % un ISS de 3. El 31% presentaron un componente monoclonal (CM) > 5 gr/dl, siendo en el 40% tipo IgGk y en un 20% cadenas ligeras. La mayoría (44/54) recibió esquemas con vincristina, adriamicina y dexame-tasona (VAD o VBCMP/VBAD) y desde 2010 se sustituyó vincristina por bortezomib (esquema PAD) que han recibido 10/54 pacientes. La movilización de progenitores de sangre periférica se ha realizado en todos los pacientes con ciclofosfamida y G-CSF, en 2/54 se ha utilizado Plerixafor. La mayoría de los pacientes no precisaron 2ª línea de tratamiento. Sólo 14/54 pacientes precisaron otra línea de tratamiento previo a TASPE, ninguno dentro de los que recibieron esquemas con bortezomib. Las respuestas pre y postTASPE se resumen en la **Tabla 1**. Las respuestas completas (RC) previas a TASPE fueron 15 (28%), mientras que en el día + 100 post-TASPE se alcanzaron 25 RC (47%). En nuestra serie la mediana de seguimiento desde el inicio de tratamiento es 37,5 meses (8,4-122,7) con una supervivencia global y una supervivencia libre de progresión (SLP) de 88% y 57,5% respectivamente.

Tabla 1						
		Situación +100 (criterios IMWG)				
		RC	RP	VGPR	Prog	Total (n)
Situación preTPH	RC	14	0	0	1*	15
	RP	5	8	4	1	18
	VGPR	6	1	11	1*	19
	Prog	0	0	0	1	1
	Total (n)	25	9	15	4	53
*progresión biológica, siguen vivos. Se pierde 1 paciente en el seguimiento.						

Conclusión: Nuestra experiencia, basada principalmente en esquemas de inducción con poliquimioterapia, confirma que el TASPE incrementa la tasa de RC en un 19 % de los pacientes (28% preTASPE y 47% postTASPE). Los nuevos ensayos con los nuevas esquemas de inducción y de acondicionamiento definirán el papel del TASPE en los pacientes con MM y especialmente en aquellos en RC previo a trasplante.