

UTILIDAD DE LOS ÍNDICES DE CHARLSON Y EL HCT-CI COMO PREDICTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Romera, J.J. Cerezo-Manchado, C. Castilla-Llorente, A.B. Martínez, I. Heras, F. de Arriba, P. Gallego, E. Pérez-Ceballos, V. Vicente

Servicio de Hematología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

Introducción: En los pacientes que van a ser sometidos a TAPH, las comorbilidades que acompañan a la enfermedad hematológica de base (EHB) pueden condicionar un aumento de la toxicidad del procedimiento. En la actualidad, existen numerosos índices pronósticos pretrasplante que valoran el impacto de las comorbilidades en la morbimortalidad al realizar un TAPH. El objetivo de este estudio es valorar la utilidad de los índices descritos para trasplante alogénico (índices de Charlson y HCT-CI) en receptores de TAPH.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes sometidos a TAPH entre 2006 y 2010 en nuestro centro. Se han recogido datos del estudio pretrasplante correspondientes a los ítems de las escalas pronósticas de Charlson y HCT-CI y posteriormente se ha valorado la mortalidad global.

Resultados: Se incluyeron 144 pacientes, 80 varones (56%), con una mediana de edad al TAPH de 53 años (rango 17-71) y una mediana de seguimiento de 25 meses (rango 0-64). La distribución según su EHB fue: mieloma múltiple 39%, linfoma no Hodgkin 29%, linfoma de Hodgkin 12%, leucemia aguda mieloide 8%, otros 12%, encontrándose la misma en el momento del TAPH en RC en el 46%, MBRP en el 19%, RP en el 26% y sin respuesta en el 9%. En función de la EHB y la respuesta al tratamiento, se han dividido los pacientes en tres grupos de riesgo: bajo (0%), intermedio (32%) y alto (68%)¹. Un 61% presentaban enfermedad avanzada². Se administró una mediana de una línea de quimioterapia previo al TAPH y al 12% se le había realizado un TAPH previo. Las frecuencias divididas por categorías de riesgo (CR) para los índices valorados ha sido: Charlson bajo=0 (5%), intermedio=1 (8%), alto≥2(87%) y HCT-CI bajo=0 (33%), intermedio=1-2 (38%), alto≥3 (29%). La tasa de recaída fue del 33% y la mortalidad global del 19%. Tras el análisis estadístico se ha objetivado asociación significativa entre el HCT-CI, tanto en su computo global ($p=0,04$) como por CR ($p=0,03$) y la mortalidad en el primer año (M360) tras el TAPH. No así para la mortalidad en el día+100. También hemos encontrado asociación entre M360 y el número de líneas de tratamiento recibidas ($p=0,036$), y una asociación en el límite de la significación entre el índice de Charlson ($p=0,053$) y la mortalidad global.

Tabla

Tabla	
¹ Grupo de riesgo	
- Bajo	LMC en fase crónica, Anemia Aplásica
- Intermedio	LMC fase acelerada / >2 fc, Leucemia aguda o linfoma en RC, LLC
- Alto	LMC fase blástica, leucemia aguda o linfoma en recaída, MM, SMD y enf. no hematológicas
² Enfermedad Avanzada	Leucemia aguda > RC2, SMP > 2 fc/fc. acelerada/f. Blástica, LH > RC3, LNH Folicular > RC3, LNH DCG ó MM > RC2, cualquier paciente con enfermedad al trasplante

Conclusiones: La experiencia de nuestro centro sugiere que el HCT-CI puede ser un buen indicador pronóstico para el primer año tras un TAPH que nos permita cuantificar el riesgo añadido al procedimiento debido a las comorbilidades del paciente, sin demostrarse esta utilidad respecto al día+100. El Índice de Charlson según nuestros datos queda en el límite de la significación en relación con la mortalidad.