

MORTALIDAD RELACIONADA CON INFECCIÓN Y RIESGO DE INFECCIONES FÚNGICAS Y VÍRICAS GRAVES EN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE DONANTE NO EMPARENTADO DE ADULTOS: ESTUDIO COMPARATIVO DE CORDÓN FRENTE A DONANTE ADULTO Y VENTAJAS DEL TRASPLANTE DE DONANTE AUXILIAR

R. Parody¹, R. Martino², R. de la Cámara³, A. García-Noblejas³, J.R. Cabrera⁴, M.A. Cabero⁴, T. Villaescusa⁵, M. Rovira⁶, F. Fernandez-Avilés⁶, I. Espigado¹, C. Castilla-Llorente⁷, I. Heras⁷, P. Barba⁸, C. Barrenetxea⁸, D. Serrano⁹, F. Carretero⁹, R. Duarte¹⁰, F.J. Marquez¹, L. Vázquez⁵

Subcomité de Complicaciones Infecciosas del Grupo Español de Trasplante Hematopoyético (GETH). ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Sant Pau. Barcelona. ³Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ⁵Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁶Hospital Clínic. Barcelona. ⁷Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. ⁸Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Duran i Reynalds. Barcelona

Fundamentos: El trasplante de cordón (TSCU) empieza a consolidarse como fuente alternativa en el adulto, si bien es controvertido que los resultados globales puedan ser equiparables a la sangre periférica (SP) y médula ósea (MO) dado el mayor riesgo de infecciones y fallo de injerto. El uso de donante auxiliar acelera el injerto, aunque su efecto sobre la incidencia de infecciones graves no se ha evaluado.

Métodos y pacientes: Análisis de supervivencia global y factores de riesgo, destacando el impacto del tipo de fuente (CU versus SP/MO y en un subgrupo aparte, CU versus CU+auxiliar) y del periodo de TPH (<2003 vs ≥2003), en los siguientes resultados: Incidencia acumulada (IAC) de infecciones fúngicas totales (IFI), Aspergilosis (API) y CMV, mortalidad atribuible a infección (MRI) y mortalidad relacionada con el TPH (MRT) a 100 días y 1 año. Se recogen un total de 506 aloTPH (66 CU, 139 MO y 229 SP, 71 CU+auxiliar) de 10 centros, realizados desde enero-1997 hasta marzo-2009, seguimiento medio de 5 años.

Resultados: La supervivencia global (SG) es de 35.5% en CU versus 43% en SP/MO y CU+auxiliar (p= 0.07). En comparación con SP/MO, el CU se asocia a mayor riesgo significativo de IFI a expensas de API precoz y tardía (IAC a 100ds 17 vs 6%, y a 1 año 18 vs 9%, p= 0.01), y mayor riesgo de infección por CMV (IAC- 100ds 39 vs 29%, p 0.04, IAC- 1a 46 vs 37%, p= 0.1). El riesgo de enfermedad por CMV es similar (IAC-1a 6.5%) en ambos grupos. No se encuentran diferencias significativas entre CU y SP/MO en la MRT y MRI a 100 días (IAC 21 vs 18% y 14 vs 10%) y al año (38 vs 37% y 30 vs 26% respectivamente). En el análisis univariado los factores de riesgo de MRI son EICH aguda ó crónica grave, API, infección y/o enfermedad por CMV, no profilaxis antifúngica de amplio espectro y fallo de injerto. En el 2º periodo de TPH aumenta la incidencia al año de infección por CMV (41 vs 30% p= 0.006) y de API (12 vs 5%, p 0.01), atribuible a los avances de diagnóstico precoz, y disminuye significativamente la MRT a 100ds (IAC 17 vs 24%, p= 0.01) y al año (32 vs 46%, p= 0.002), a expensas de menor MRI. El CU+auxiliar se asocia significativamente a menor riesgo de API que el CU (IAC-1a 6 vs 20%, p= 0.02) con riesgo similar de CMV, y una tendencia a menor MRI al año (18 vs 30% p=0.1).

Conclusiones: el CU se asocia a mayor riesgo de IFIs y CMV respecto a la MO/SP, sin diferencias significativas en MRI. El CU+auxiliar parece asociarse a menor MRI a expensas de menor riesgo de IFIs respecto al CU, con tasa de SG similar al donante adulto. Las innovaciones en el soporte general del TPH en la última década han contribuido significativamente a disminuir la MRT y MRI.