

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE FILGRASTIM VERSUS LENOGRASTIM EN LA MOVILIZACIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES CANDIDATOS A TASPE

O. Pérez-López, J. Martín-Sánchez, C. Calderón-Cabrera, R. Parody-Porras, P. Noguerol, I. Espigado, J.A. Pérez-Simón, M. Carmona-González
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Fundamentos: En la práctica clínica hay dos tipos de G-CSF recombinante humano disponibles: filgrastim y lenograstim, ambos con estructuras químicas y propiedades diferentes, destacando la glicosilación del 2º, presentando ambos distintos costes y manejo. Existen pocos estudios y con escaso número de pacientes que comparen la eficacia de ambos en la movilización de progenitores hematopoyéticos. Presentamos nuestra experiencia con ambos tipos de G-CSF en una amplia serie de pacientes candidatos a trasplante autólogo, evaluando la efectividad de ambos agentes movilizadores.

Pacientes y método: Analizamos un total de 185 pacientes candidatos a auto-TPH y movilizados desde enero 2005 a febrero 2010, con los siguientes diagnósticos: mieloma múltiple (MM:53 pacientes), linfoma no Hodgkin (LNH:59), linfoma de Hodgkin (LH:31), leucemia aguda mieloblástica (LAM:18) y otros (24).

Resultados: Tanto la mediana de células CD34+ circulantes en sangre periférica durante el primer día de aféresis con filgrastim y lenograstim ($54.5 \times 10^6/l$ vs. $29.5 \times 10^6/l$), la mediana de células CD34+ recogidas en la 1ª aféresis ($4.55 \times 10^6/kg$ vs. $2.52 \times 10^6/kg$), como la mediana de células CD34+ recogidas totales ($6.8 \times 10^6/kg$ vs. $5.2 \times 10^6/l$) presentan diferencias significativas a favor de filgrastim con una $P < 0.05$. En el estudio univariante, los factores que influyen de forma significativa en estos parámetros son: diagnóstico, uso de quimioterapia para la movilización, tratamiento previo con alquilantes y número de líneas de tratamiento recibidas. Curiosamente, no existen diferencias entre ambos tipos de G-CSF en pacientes que no han recibido alquilantes previos ni en los que se movilizan sólo con G-CSF. Finalmente, la recuperación de $> 0.5 \times 10^9/l$ neutrófilos postrasplante (sin administración de G-CSF postrasplante en ninguno de los pacientes), es más lenta en los pacientes movilizados con filgrastim (14 días vs. 13 días, $p=0.035$).

Conclusiones:

1. Filgrastin es superior en cuanto a células CD34+ circulantes en sangre periférica durante el primer día de aféresis, células CD34+ recogidas en la 1ª aféresis y CD34+ recogidas totales en pacientes que se movilizan con quimioterapia y G-CSF y en los que han recibido tratamiento previo con alquilantes.
2. No hay diferencias entre ambos productos en pacientes que se movilizan sólo con G-CSF y que no han recibido alquilantes.
3. Desde el punto de vista clínico la diferencia en la velocidad del injerto de neutrófilos no es relevante si bien, este resultado apoya la idea de que el tipo de progenitores movilizados con uno u otro factor tienen características biológicas diferentes.