

## TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN 171 PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA: EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

C. Montes-Gaisán, C. Martín, A. Cuesta, J. Núñez, A. Bermúdez, L. Yáñez, C. Richard, E. Conde, A. Iriondo  
*Servicio de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFIMAV. Santander*

**Objetivo:** Analizar los resultados a largo plazo de los adultos con LMA en que se ha realizado Alo-TPH en el Hospital Universitario Marqués Valdecilla.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 171 adultos con LMA no promielocítica que se sometieron a Alo-TPH entre 1982 y 2010: 65 en 1982-1999 y 106 en 2000-2010. Relación varón/mujer: 85/86. Mediana de edad al TPH: 37 años [18-74]. Mediana de leucocitos al diagnóstico: 13400/ $\mu$ L [470-250000]. Clasificación etiológica: 82% novo-18% secundarias. TPH previo: 14 pacientes. Riesgo citogenético: 11% bajo-55% intermedio-34% alto. Status preTPH: 149 pacientes (87%) en RC (119 en 1ª). Acondicionamiento mieloablatoivo en 162 pacientes (95%): 36% CyRT-30% BuFlu-31% BuCy-3% otros. Donante: 76% familiar (95% HLA idénticos)-24% DnE (64% HLA idénticos). Fuente de progenitores: 85% MO-13% SP-2% CU. Profilaxis de EICH: 88% esquemas con CsA.

**Resultados:** Con una media de seguimiento de 61 meses [1-317], la SG estimada fue 57%-44%-40% a 1-3-5 años del TPH, y la SLR, 62%-50%-45% respectivamente. Incidencia de mortalidad precoz (<100 días) global: 26% (18 infecciones, 10 toxicidad, 9 enfermedad y 7 EICH), reduciéndose del 43% en 1982-1999 al 15% en 2000-2010 ( $p=0,00005$ ). Incidencia de mortalidad tardía global: 27% (53% enfermedad), sin diferencias significativas entre 1982-1999 y 2000-2010. Incidencia acumulada de recaída a los 5 años: 35% (37 pacientes), con mediana de aparición a 4 meses. Incidencia de neoplasias 2ªs a largo plazo: 5% (4 pacientes). La mortalidad relacionada con el procedimiento se relacionó en el análisis multivariante con año del TPH (SG\*: 49% si 2000-2010 vs 28% si 1982-1999,  $p=0,00005$ ), recuperación tardía de 100 PMN ( $p=0,022$ ) y EICH agudo grados III-IV (SG\*: 25% vs 45%,  $p=0,071$ ). Otras variables como tipo de donante, edad de receptor, tipo de acondicionamiento o recuperación plaquetaria perdieron su significación estadística. La mortalidad relacionada con la recaída se relacionó en el análisis multivariante con status de enfermedad al TPH (SLR\*: 50% si RC vs 0% si RP/refractoriedad,  $p=0,002$ ), cifra de leucocitos al diagnóstico (SLR\*: 54% si <20000/ $\mu$ L vs 37% si  $\geq 20000/\mu$ L,  $p=0,038$ ) y EICH crónico (SLR\*: 67% vs 41%,  $p=0,035$ ). Otras variables (riesgo citogenético, respuesta a inducción o presencia de EMR preTPH) perdieron su significación estadística. No hubo diferencias según fuente de precursores o clasificación etiológica. En la actualidad 80 pacientes están vivos, todos en RC y con excelente estado general (85% con ECOG  $\leq 1$ ).

**Conclusiones:** El Alo-TPH es un procedimiento curativo en LMA, especialmente si hay un buen control previo de la enfermedad y si se desarrolla posteriormente EICH crónico. En la última década ha habido una reducción importante de la mortalidad en relación con las mejoras en el procedimiento.

*\*En el análisis multivariante se consideraron las supervivencias estimadas a los 5 años en todos los casos.*