

ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DE IMPLANTE EN EL TRASPLANTE MICROALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS.SERIE 25 CASOS

G. Salas^a, M. Jurado^a, A. Romero^a, J.M. De Pablos^a, A. Moratalla^a, P. Navarro, P. Lopez^a, M. Almagro^a y F. Ruiz Cabello^b

^aServicio Hematología y Hemoterapia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ^bServicio de Inmunología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

El TPH alogénico estándar con acondicionamiento mieloablativo comporta un riesgo de mortalidad por el propio procedimiento (mortalidad relacionada con el trasplante – MRT-) que oscila entre el 10% y más del 50%. El intento de reducir la toxicidad y extender su posibilidad de aplicación ha desarrollado el denominado trasplante alogénico con acondicionamiento no mieloablativo. En este tipo de trasplante, denominado Microalotrasplante, el tratamiento es fundamentalmente inmunosupresor, dando lugar con frecuencia a un quimerismo mixto estable o evolucionar a un quimerismo completo de donante, espontáneamente o inducido por la administración de linfocitos del donante.

Material y métodos: Se han analizado los resultados en 25 pacientes que fueron sometidos a TPH microallogénico, en 18 de los cuales se realizó un TPH autólogo previo con objeto de reducir la carga tumoral. La edad media fue de 42 (22-63) años. Los diagnósticos hematológicos fueron: Mieloma múltiple Ig G/A (9), Enfermedad de Hodgkin Estadio II-III (5), Leucemia aguda mieloblástica (2), Leucemia linfática crónica Estadio IV-C (2), Linfoma no Hodgkin de alto grado (5), Leucemia Mielomonocítica Crónica (1), Aplasia Medular severa (1). Todos ellos, excepto dos que se trasplantaron en primera remisión completa, se encontraban en situación de enfermedad activa y 1-3 líneas de quimioterapia previas. El acondicionamiento en el caso de TPH autólogo fue según protocolo BEAM en linfomas y Melfalán 200 mg en mielomas. Con una media de 106 días (350-52) más tarde se procedió al TPH microallogénico según esquema SEATTLE (Fludarabina 90mg/m²+TBI 200 cGy). Tras la infusión de progenitores se realizó una inmunoprofilaxis con Ciclosporina desde el día (-3) y retirada a partir del día 80 junto Micofenolato (15 mg/Kg/12 h.) hasta el día (+27). Se determinaron estudios del quimerismo linfoide y mieloide en los días +14,+28,+56,+84,+180.

Resultados: Sólo 10 pacientes presentaron neutropenia febril con el TPH microallogénico en los primeros 100 días postTPH. En el día +84 se obtuvo quimerismo linfoide en el 75% de los pacientes y mieloide en 90%. Un 48% de los enfermos (12) presentaron EICH aguda grado II/IV, con respuesta clínica completa en la 1ª o 2ª línea de tratamiento inmunosupresor en 9 de los 12. De los 25 trasplantados, sólo 13 han presentado hasta el momento EICH crónica, 11 de ellos extensa y 2 limitada. Con un seguimiento medio de 750 (1640-25) días, la supervivencia global de los pacientes es del (60,5%). Diez enfermos fallecieron, por progresión de su enfermedad (4) y por EICH (aguda 2, crónica 4); de ellos 7 habían sido sometidos a doble trasplante y los otros 3 a TPH microallogénico.

Conclusiones: A la vista de los resultados, consideramos que el TPH autólogo seguido de microaloTPH es una estrategia segura, con toxicidad asumible y con eficacia antitumoral.