

## PAPEL DEL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH) CON ACONDICIONAMIENTO DE INTENSIDAD REDUCIDA (AIR) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ACTIVA

C. Prats Martín<sup>a</sup>, I. Espigado Tocino<sup>a</sup>, F. Márquez Malaver<sup>a</sup>, R. Parody Ruiz-Berdejo<sup>a</sup>, M. Carmona González<sup>a</sup>, I. Fernández López<sup>a</sup>, Aurelio Cayuela<sup>b</sup> y J.M. Blas Orlando<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Hematología y Hemoterapia. <sup>b</sup>Centro de Documentación Clínica. HHUU. Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** El TPH alogénico con AIR constituye una opción curativa para pacientes con neoplasias hematológicas que no son candidatos al trasplante mieloablatoivo convencional o a otras opciones terapéuticas. Sin embargo la información existente sobre su utilidad en pacientes con enfermedad activa en el momento del trasplante es escasa y controvertida.

**Objetivo:** Evaluar comparativamente supervivencia global (SG) mortalidad relacionada con el procedimiento (MRT) y tasa de recidiva en pacientes sometidos a TPH con AIR según tengan enfermedad activa o estable en el momento del TPH.

**Pacientes/método:** Se analizan 35 pacientes consecutivos sometidos a TPH con AIR de febrero/2001 a enero/2006. 17 (48%) eran mujeres. Mediana de edad de 44 años (4-58). 25 presentaban enfermedad activa al trasplante: 6 Linfomas no Hodgkin (LNH), 5 Linfomas Hodgkin (LH), 5 Leucemias mieloides agudas (LMA), 6 Síndromes mielodisplásicos (SMD) de alto riesgo, 1 Leucemia linfoide aguda, 1 Leucemia linfática crónica, y 1 Mieloma múltiple. Los demás pacientes (10) presentaban enfermedad estable: 4 LNH, 2 LH, 3 LMA en 1ª o posterior remisión completa y una Leucemia mielode crónica tras pérdida de implante de alo-TPH convencional previo. El acondicionamiento consistió en fludarabina (30 mg/m<sup>2</sup> x 5 días) más irradiación corporal total (200cGy). En caso de actividad de la enfermedad hematológica se añadió melfalán (70 mg/Kg/día x 2 días) en neoplasias linfoides y busulfán (4 mg/Kg. x 2 días) en neoplasias mieloides. En un paciente con SMD se empleó Idarrubicina (8 mg/m<sup>2</sup>) y citarabina (100mg/m<sup>2</sup>/12 horas) asociadas a fludarabina, y en otro caso de SMD hipoplásico se utilizó Campath (10 mg/día x 5 días). Como profilaxis de EICH se utilizó Ciclosporina (3 mg/Kg/día hasta día +100) y metotrexate (10 mg/m<sup>2</sup> días: +1 +3 y +6). La fuente de progenitores hematopoyéticos fue sangre periférica en todos los casos.

**Resultados:** La SG a los 3 años fue del 40% en los pacientes trasplantados con enfermedad activa y del 70% para el grupo en remisión. La MRT fue de 9/25 pacientes (36%) para el grupo de enfermedad activa, mientras que no hubo MRT en el grupo en remisión (0%). Recayeron 11/35 pacientes (31,4% del total), 10/25 (40%) en el grupo trasplantado con enfermedad activa y 1/10 (10%) en el grupo en remisión.

**Conclusiones:** 1. La SG es significativamente menor en pacientes que reciben un alo-TPH con enfermedad activa respecto a los que lo reciben en remisión, tanto porque presentan mayor MRT como mayor tasa de recidiva. 2. En los pacientes que reciben trasplante en remisión la supervivencia es similar (70%) a la del alotrasplante con acondicionamiento mieloablatoivo. 3. El TPH con AIR es una opción terapéutica que debe ser explorada en estudios controlados para pacientes con enfermedad activa dado el pobre pronóstico de los mismos.