

## **BORTEZOMIB COMO TRATAMIENTO DE RESCATE TRAS UN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS CON TRATAMIENTO DE ACONDICIONAMIENTO INTENSIDAD REDUCIDA**

A. García<sup>a</sup>, A. Sureda<sup>a</sup>, J. Beltran<sup>b</sup>, S.J. Bravo<sup>c</sup> y J. Sierra<sup>a</sup>

*Servicios de Hematología Clínica. <sup>a</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), <sup>b</sup>Hospital de Basurto (Bilbao), <sup>c</sup>Hospital Dr. Negrín (Las Palmas Gran Canaria).*

**Objetivo:** Análisis de tolerancia y efectividad de bortezomib como tratamiento de rescate en pacientes con mieloma múltiple (MM) que presentan enfermedad estable o recaen tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos acondicionamiento de intensidad reducida (alo-TIR).

**Pacientes y métodos:** Hemos analizado 9 pacientes con MM [4 hombres, mediana de edad (extremos) al diagnóstico de 51 (43–63) años] tratados en 3 hospitales (H. Santa Creu i Sant Pau, n=7; H. Basurto, n=1 y H. Dr. Negrín, n=1). Ocho pacientes habían recibido un trasplante autólogo previo (TASPE), 7 de ellos dentro de protocolo en tándem y 1 paciente había sido tratado con un doble TASPE. La mediana (extremos) de tiempo entre el diagnóstico y el alo-TIR fue de 15 (12–69) meses. Al alo-TIR, 3 (33%) pacientes se encontraban en remisión parcial (RP), 2 (22%) en enfermedad estable (EE) y 4 (44%) en progresión (EP). El acondicionamiento utilizado para el alo-TIR fue fludarabina 150mg/m<sup>2</sup> ev y melfalán 70mg/m<sup>2</sup> ev. Ciclosporina A y metotrexate se utilizaron como profilaxis de la enfermedad del injerto contra el huésped aguda.

**Resultados.** Bortezomib se administró a una dosis de 1,3 mg/m<sup>2</sup> ev los días 1, 4, 8, 11 en ciclos de 21 días y en un paciente (11%), se administró asociado a dexametasona (DXM). La mediana (extremos) de tiempo entre el alo-TIR y el inicio de bortezomib fue de 29 (6–68) meses y se administró una mediana de 4 (2–8) ciclos. Siete (77%) pacientes estaban en progresión, 1 (11%) en RP y 1 paciente (11%) con EE al inicio del fármaco. En un paciente, bortezomib fue el primer tratamiento utilizado tras la progresión. Los 8 (88%) pacientes restantes habían recibido otras terapéuticas: infusión de linfocitos del donante (ILDs) en 3 pacientes (33%), ILDs y talidomida en 2 pacientes (22%), radioterapia (RT) en 1 paciente y la combinación de talidomida y DXM y posterior RT en el último paciente. La administración de bortezomib se asoció a trombopenia reversible grado IV en un paciente (11%), neutropenia grado IV en 1 caso, neuropatía periférica grado II en 2 (22%) casos, neuropatía grado III en 1 (11%) caso y síntomas gastrointestinales en 2 casos (22%). Un paciente presentó reactivación del virus hepatitis B. El tratamiento se suspendió en un paciente por toxicidad neuropática y en otro hubo que suspender una dosis por trombopenia grado IV. La tasa de respuestas fue del 66% [remisión completa (RC), n = 2; RP, n = 4]. Dos pacientes (22%) progresaron bajo tratamiento y en uno, la enfermedad permaneció estable. La mediana de ciclos a la mejor respuesta fue de 4 y el tiempo a la mejor respuesta fue de 4,5 (1,8 - 11) meses. Tras un seguimiento de 6 meses, 5 pacientes (55%) mantienen la respuesta (2RC, 3RP), 3 pacientes (33%) están en progresión y un paciente falleció por progresión.

**Conclusión:** El bortezomib constituye una opción terapéutica eficaz para tratar pacientes con MM recaídos o progresados tras un alo-TIR que se asocia a una baja morbilidad.