

Controversias en el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

Manuel R. Morales-Polanco*

El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) provenientes de la médula ósea (MO), sangre periférica o cordón umbilical, se ha extendido considerablemente en los últimos 20 años. Lo anterior ocurrió después de que en los años setentas se demostró que dosis altas de quimioterapia (QT) y radioterapia, junto con la aplicación de un trasplante de CPH alogénicas de la MO, podía curar a pacientes con leucemia de alto riesgo.

El concepto de curación se fundamenta en el hecho de que el rescate hematológico con CPH alogénicas de la MO o del cordón umbilical, singénicas o autólogas, permite superar el daño letal de la MO del enfermo y facilita la administración de dosis altas de tumorocidas eficaces. En segundo lugar, se conoce que el sistema inmunológico trasplantado puede ejercer efecto antitumoral, al conferir una forma de inmunoterapia adoptada. Esta sólo se observa después del trasplante alogénico en neoplasias hematológicas malignas y depende de la activación de linfocitos T. Ello fue evidente al encontrar una baja frecuencia de recaídas en: I.- trasplantes alogénicos en comparación con singénicos; II.- pacientes con enfermedad del injerto en contra del hospedero en relación con aquellos que no la desarrollan y, III.- enfermos que reciben inóculos de CPH no depletados de linfocitos con respecto a los que recibieron trasplantes con un contenido bajo de linfocitos T.

A la fecha, algunas indicaciones para un trasplante de CPH son enfermedades de alto riesgo hematológicas y oncológicas, en las que se ha observado relación entre dosis de quimioterapia y respuesta como son: leucemias, linfomas,

neuroblastoma y cánceres testicular, del ovario o mama. En estas neoplasias el trasplante permite dosis de QT 3 a 8 veces mayores que las habituales para su tratamiento, mejorando las posibilidades de respuesta si se trata de tumores refractarios o en recaída. Pero tanto la duración de la remisión como la supervivencia son de por sí cortas, por lo que su uso se recomienda en condiciones favorables, es decir, en pacientes con enfermedad residual mínima. No hay que olvidar que el trasplante con CPH, también es una forma de tratamiento para enfermedades benignas como anemia aplásica, talasemia, deficiencias inmunológicas y errores congénitos del metabolismo.

Los regímenes preparatorios intensivos para el trasplante, provocan dos a tres semanas de pancitopenia intensa que domina la toxicidad del procedimiento y se relaciona con cifras de mortalidad de 5 a 20%. Los avances en su manejo incrementaron los costos del trasplante y han añadido inconvenientes como aislamiento, uso de factores estimuladores del crecimiento de células hematopoyéticas, antibióticos de espectro amplio, fracciones de sangre y nutrición parenteral a pesar de los cuales, la morbilidad inmediata postrasplante continúa siendo un problema clínico importante.

Cuándo, con qué esquema de QT y con qué tipo de CPH, trasplantar constituye una decisión difícil que depende de circunstancias tales como condiciones del enfermo, urgencia del procedimiento, disponibilidad de donadores, facilidades y calidad del entrenamiento del personal en donde recibe el tratamiento cuestiones que serán resueltas, por lo menos en parte, durante el desarrollo del presente simposio.

**Presidente, Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología; Hematólogo, Hospital ABC; socio numerario, Academia Nacional de Medicina, México.*