

Trasplante alogénico de células hematopoyéticas en leucemia mieloblástica aguda en México

J. Vela-Ojeda,* F. Tripp-Villanueva,* J. Gonzalez-Llaven,* E. Gómez Morales,** E. Sánchez-Valle,** J. Pizzuto-Chavez,** D. Gómez-Almaguer,*** JL Herrera-Garza,** O. González-Llano,*** A. Limón-Flores,**** R. Lobato-Tolama,**** P. Rodríguez-Castillo****

Se revisaron 59 pacientes adultos y pediátricos con leucemia mieloblástica aguda (LMA) a los que se les realizó TACH. De los 12 pacientes pediátricos, sólo se obtuvo información completa en dos, por lo que no se pudo analizar esta población. Se excluyó también un paciente adulto por la misma razón. Los Hospitales en donde fueron trasplantados fueron: Hospital de especialidades Centro Médico La Raza, IMSS 30 pacientes, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS 10 pacientes, Hospital Universitario de Monterrey 4 pacientes y Hospital de especialidades Centro Médico de Puebla, IMSS 2 pacientes. Las características clínicas de los 46 pacientes se muestran en el cuadro I.

El tipo de LMA según la clasificación de la FAB fue: M1: 2 (4.5%), M2: 15 (33%), M3: 7 (15%), M4: 13 (28%), M5: 7 (15%), M6: 2 (4.5%). Al momento del TACH 25 pacientes (54%) se encontraban en 1ª. Remisión completa, 13 (28%) en 2ª-3ª remisión completa, seis (13%) en 1ª-2ª recaída y dos pacientes (5%) eran refractarios a quimioterapia. El régimen de acondicionamiento consistió en quimioterapia en todos los pacientes (BuCy2 en 98%). La profilaxis para EICH consistió en ciclo corto de ciclosporina-metotrexate en 28 pacientes (61%) y ciclosporina sola en 18 (39%). La cantidad de células infundidas, días de injerto y requerimientos transfusionales se describen en el cuadro II y en el cuadro III las complicaciones del TACH.

Cuadro I. Características clínicas de los pacientes

Edad en años (mediana, rango)	29 (16-52)	
Sexo M/F (n, %)	21/25 (46%/54%)	
Histocompatibilidad:	6/6	41 (89%)
	5/6	5 (11%)
Sexo donador/receptor	MM	11 (24%)
	MF	9 (19%)
	F/F	16 (35%)
	FM	10 (22%)
Tipo de TACH	Médula ósea	39 (85%)
	Sangre periférica	7 (15%)

Cuadro II. Días de injerto y requerimientos transfusionales en leucemia mielode aguda

	Mediana-Rango
Células mononucleares x10 ⁹ /kg	3.2 (0.3-10.7)
Injerto neutrófilos (> 500 mm ³)	14 (9-27) días
Injerto eritrocitos (retis >2% sin transfundir >8 días)	18 (10-35) días
Injerto plaquetas (>20 000 mm ³)	22 (7-60) días
Requerimientos transfusionales: Eritrocitos	2 (0-12) UI
Plaquetas	6 (0-24) UI

* Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS.

** Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

*** Hospital Universitario de Monterrey.

**** Hospital de Especialidades Centro Médico de Puebla, IMSS.

Cuadro III. Complicaciones relacionadas al TACH en leucemia mieloide aguda

Mucositis:	0	5 (11%)
	II	9 (19%)
	III-IV	32 (70%)
Cistitis hemorrágica:	0	34 (74%)
	II	3 (6%)
	III	19 (20%)
Enfermedad veno-oclusiva hepática:	0	39 (85%)
	Leve-moderada	5 (11%)
	Grave	2 (4%)

En el cuadro IV se muestra la frecuencia de EICH aguda y crónica y en el cuadro V las infecciones ocurridas posterior al TACH.

La media de supervivencia libre de enfermedad fue de 60.6 meses (intervalo de confianza del 95% de 44.1-77) y la media de supervivencia global fue de 61.3 meses (intervalo de confianza del 95% de 45.2-77.4).

El análisis de regresión de Cox para supervivencia libre de enfermedad y global demostró las siguientes variables de mal pronóstico: EICH agudo grado III-IV ($p=0.04$), ausencia de EICH crónica ($p<0.008$), 2ª Recaída o refractario ($p<0.0001$). La compatibilidad HLA (6/6 VS 5/6), tipo de TACH (médula ósea VS sangre periférica), y sexo entre donador y receptor no tuvieron significado estadística. El subtipo LMA-M3 y el donador masculino con receptor femenino fueron variables de buen pronóstico ($p<0.01$).

Los resultados de TACH en LMC y LMA obtenidos en México, son comparables a los de otros grupos de trasplante, sin embargo, la alta incidencia de enfermedad por citomegalovirus, aspergilosis y enfermedad injerto contra huésped aguda, son todavía importantes problemas por resolver. Es necesario contar con mejores esquemas de profilaxis para citomegalovirus y aspergilosis, así como detectar de manera oportuna estas complicaciones. La realización de estudios de histocompatibilidad con técnicas más avanzadas (PCR) y una mejor selección de pacientes, son dos estrategias necesarias en nuestro país.

Cuadro IV. Enfermedad Injerto contra huésped aguda y crónica en leucemia mieloblástica aguda

Enfermedad injerto contra huésped aguda	0	19 (41%)
	II	25 (54%)
	III	2 (5%)
Enfermedad injerto contra huésped crónica (n=28)	0	12 (43%)
	Localizada	3 (11%)
	Extensa	13 (46%)

Cuadro V. Infecciones posterior a TACH en leucemia mieloblástica aguda

No	21 (46%)
Bacterias	12 (26%)
Aspergillus	6 (13%)
Citomegalovirus	4 (9%)
Varicela-Zoster	2 (4%)
Candidiasis	1 (2%)

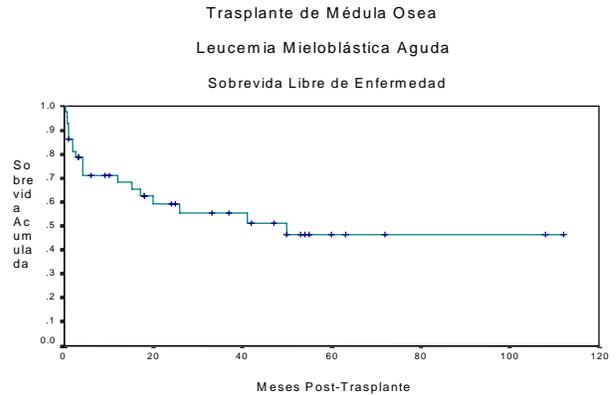


Figura 1.

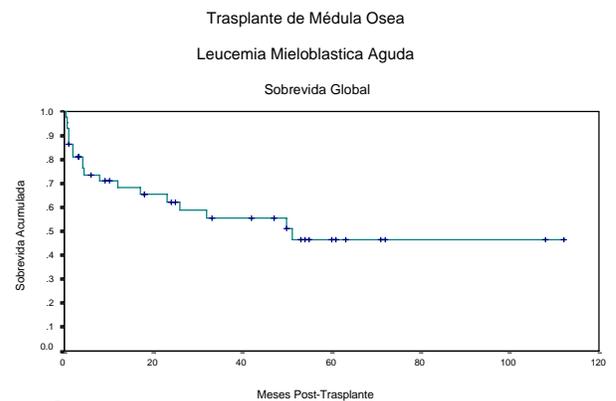


Figura 2.