

TRASPLANTE AUTÓLOGO EN PACIENTES CON LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B; EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

R. Saldaña, M.J. Ramírez, M.J. Berrueto, F. Delgado, J.C. Hernández, S. Garzón, L. Hermosín, R. Campos, V. Rubio, M.A. Correa, R. Romero, J.L. Guzmán, E. Jean-Paul y A. León

Introducción: La quimioterapia a altas dosis (QTAD) seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TPH) está considerada tratamiento de rescate en pacientes con LDCGB en recaída quimiosensible y como tratamiento de primera línea cuando existen factores pronósticos adversos iniciales.

Objetivos: Analizar retrospectivamente los pacientes afectados de LDCGB que han sido trasplantados en nuestro centro desde Octubre 1992 a Octubre 2005. Comparar la SG y SLE según las distintas indicaciones.

Resultados: 43 pacientes (55,8% varones y 44,2% mujeres) con LDCGB han recibido QTAD y autoTPH en nuestro centro en los últimos 13 años. La edad media al TPH es de 47,9 años (28,65). 65,1% tenían un IPI de riesgo alto o alto-intermedio y 34,9% bajo o bajo-intermedio. La LDH era > normal en 60,5% de los pacientes. El 58,1% presentaba afectación extranodal y el 48,8% masa voluminosa. El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el TPH fué de 12,28 meses (3,6-58,7). La media de seguimiento en pacientes vivos es de 72,62 meses (11,7-185,4). El 39,5% de los pacientes se trasplantaron en 1ª remisión completa (RC), el 14% en 2ªRC y el 46,5% con enfermedad activa (44,2% con enfermedad sensible; en 1ª o 2ªRP, y un paciente con enfermedad refractaria). A los 10 años la SG es de 74,2% y la SLE de 71,59%. El estado de la enfermedad al TPH es determinante; en trasplantados en 1ªRC la SG a los 10 años es de 84,85% y la SLE 81,09%, mientras que en trasplantados en 2ªRC o RP es de 72,28% y 54,25% respectivamente. El IPI ajustado a la edad previo al TPH refleja el estado de respuesta de la enfermedad y condiciona la SG: 100% a los 5 años en pacientes con IPI de bajo, 90% con bajo-intermedio y 78,3% con alto-intermedio. El 25,6% de nuestros pacientes recayó (11). Al analizarlos según la indicación de TPH vemos que recaen el 20,6% de los pacientes trasplantados en 1ªRC y el 44,4% de aquellos en 2ªRC o RP. 7 de estos fallecieron; 6 por progresión y 1 por cardiotoxicidad. 4 pacientes continúan vivos en RC; 2 tras un 2ºautoTPH, 1 tras mini-alo y 1 tras QT. El 79,1% de nuestros pacientes (34) están vivos y en RC. Han fallecido 9 pacientes (20,9%); 7 por progresión, 1 por cardiotoxicidad y 1 por causa no hematológica.

Conclusiones: El TPH es eficaz como tratamiento de 1ª línea en pacientes con LDCGB con factores adversos al diagnósticos y en paciente en recaída quimiosensible. Como refleja la literatura, el IPI al TPH condiciona los resultados. En nuestra experiencia, la recaída pos-TPH puede ser rescatada con un 2º auto-TPH o un mini-aloTPH.