

FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA (EICHc) TRAS TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA (TPHSP)

C. Encinas, F. Silva, M.J. Arcos, I. de la Fuente, M. Díez-Campelo, O. López, J. Martín, E. Colado, J. Olazabal, L. López, J. Alonso, L. Vázquez, C. Cañizo, F. Sánchez-Guijo, M.D. Caballero, J. San Miguel, J.A. Pérez-Simón

Hospital Clínico Universitario. Salamanca

Introducción: La EICHc supone la complicación tardía más frecuente y severa tras TPHSP. La clasificación en limitada/extensa carece de valor pronóstico por lo que el NIH Consensus Development Project ha propuesto una nueva clasificación del EICHc en leve, moderada o grave. No obstante, requiere ser validada en lo que respecta a su valor pronóstico. Además, si bien tras el trasplante de médula ósea diversos estudios han descrito factores pronósticos (criterios Akpek), tras TPHSP se requieren estudios que permitan identificar pacientes de alto riesgo.

Objetivo: En el presente estudio pretendemos identificar factores pronósticos en el contexto del EICHc en pacientes sometidos a TPHSP de donante emparentado así como evaluar el valor pronóstico de la nueva clasificación propuesta por el NIH.

Material y métodos: Para ello se analizó una serie de 171 pacientes sometidos a TPHSP de donante emparentado. Todos recibieron CSP-MTX como profilaxis de EICH y el seguimiento mínimo en los pacientes vivos fue de 1 año.

Resultados: De los 150 pacientes a riesgo 91 presentaron EICHc, de los que 22 desarrollaron EICHc limitado y 69 extenso. 45 presentaron EICHc de novo, 38 quiescente y 8 progresivo. De acuerdo con la nueva clasificación 24, 42 y 25 desarrollaron EICHc leve, moderado y severo. La mortalidad relacionada con el trasplante (MRT) a los 5 años fue del 19% y la Mortalidad Relacionada con EICHc (MRE) del 10%. Las siguientes variables influyeron en la MRE: tipo de comienzo (3% vs 12% vs 38% para EICHc de novo, quiescente o progresiva, respectivamente; $p=0,004$); clasificación NIH (0%, 9% y 30% para formas leves, moderadas y severas; $p=0,004$); afectación hepática (3%, 11%, 15% y 38% para grado 0, 1, 2 y 3; $p=0,008$); afectación pulmonar (5%, 20%, 24% y 100% para grados 0, 1, 2 y 3; $p< 0,001$); ECOG (4% vs 30% para grados $< \geq 2$; $p< 0,001$); la forma limitada/extensa no influyó de manera significativa en la MRE (0% vs 13% respectivamente, $p=0,24$). La Supervivencia Global (SG) a los 8 años fue del 52% y la Libre de Evento del 45%. Las siguientes variables influyeron de manera significativa en la SG en análisis multivariante: el grado de severidad según criterios NIH (HR para EICHc grave) = 5,69 (95% CI = 1,61-19,9), $p=0,007$. Incluyendo los diferentes órganos afectados en el multivariante la afectación pulmonar (grado 3) HR = 30,12 (95% CI = 3,09 –293), $p=0,003$ y hepática (grado 3) HR = 38,19 (95% CI = 3,72-391), $p=0,002$, influyeron en el pronóstico. La incidencia acumulada de recaída de la EICHc fue del 60% a 5 años; influyeron en el riesgo de recaída el grado de severidad según NIH (80%, 70% y 26% para formas severas, moderadas y leves, $p=0,05$), el ECOG (82% vs 54%, $p=0,03$), así como el grado de afectación ocular, digestivo, hepático y pulmonar ($p< 0,05$ en todos los casos)

Conclusiones: El presente estudio confirma que la nueva clasificación del EICHc (propuesta NIH) es el factor pronóstico más importante en pacientes con EICHc sometidos a TPHSP.