

# Resúmenes

**I CONGRESO ARGENTINO DE TRASPLANTE  
DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS**

**II CONGRESO DE LABMT**



## Indice

### Presentaciones Orales

A FEASIBILITY STUDY OF THE FULL OUTPATIENT CONDUCT OF HEMATOPOIETIC TRANSPLANTS IN PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS EMPLOYING AUTOLOGOUS NON-CRYOPRESERVED PERIPHERAL BLOOD STEM CELLS  
*Ruiz-Argüelles G; Leon Peña A; Leon Gonzalez M; Nuñez Cortes A; Olivares Gazca J; Vargas Espinosa J; Medina Ceballos E; Cantero Fortiz Y; Torres Priego M; Ruiz Argüelles A; Ruiz Delgado M; Ruiz Delgado R; Ruiz Reyes G; Priesca Marin M; Ruiz Delgado G*.....87

TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO EN NEOPLASIAS MIELOIDES: EXPERIENCIA ARGENTINA  
*Martinez Rolón J; Ferini G; Trucco J; Vitriu A; Bentolila G; Real J; García P; Yantorno S; Castro M; Remaggi G; Fernández Escobar N; Saslavsky M; Palmer S; Jarchum S; Requejo A; Foncuberta C; Basso A; Milovic V; Bullorsky E; Riera L; García J; Arbelbide J; Gustavo J; Milone J; Kusminsky G; Jaimovich G; Basquiera A; Duarte P*.....87

COMPARACIÓN DE TRASPLANTES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICOS RELACIONADOS FAMILIARMENTE, NO RELACIONADOS Y HAPLOIDÉNTICOS. EXPERIENCIA ARGENTINA  
*Trucco J; Berro M; Rivas M; Basquiera A; Ferini G; Yantorno S; Milone J; Palmer S; Stemmelin G; Requejo A; Jaimovich G; Vitriú A; Foncuberta C; Kusminsky G*.....88

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN TRASPLANTE AUTÓLOGO HEMATOPOYÉTICO. SCORE DEL GRUPO ARGENTINO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (GATMO)  
*Berro M; Arbelbide J; Rivas M; Basquiera A; Ferini G; Vitriu A; Foncuberta C; Fernandez Escobar N; Requejo A; Milovic V; Yantorno S; Szlagowski M; Martinez Rolón J; Bentolila G; Garcia J; Garcia P; Caeiro G; Castro M; Jaimovich G; Palmer S; Trucco J; Bet L; Tisi Baña M; Shaw B; Kusminsky G*.....88

CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS E IMPACTO DEL USO DE VORICONAZOL COMO PROFILAXIS PRIMARIA EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA  
*Julia A; Figueroa Turienzo C; Roizen M; Epelbaum C; Santos P; Staciuk R*.....89

AUTOTRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA CONSERVADOS A 4°C, EN MIELOMA MÚLTIPLE. COMPARACIÓN CON MÉTODOS CONVENCIONALES  
*Shanley C; Bullorsky E; Stemmelin G; Berro M; Kusminsky G; Trucco J; Milone J; Lopez M; Martinez Rolón J; Bentolila G; Real J; Milovic V; Requejo A; Jaimovich G; Feldman L; Endara A; Dallasta G; Gatto S; Irazu L*.....89

IMPACTO DEL PET-TC FDG PRE TRASPLANTE EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON LINFOMA HODGKIN RECAÍDÓ/REFRACTARIO SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTOLOGO DE CÉL  
*Szlagowski M; Berro M; Chavarrí A; De Luca T; Korin L; Kusminsky G; Montivero R; Sardu L; Seehaus C; Prates M*.....90

TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN PACIENTES CON MIELOFIBROSIS: RESULTADOS DEL GRUPO ARGENTINO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA  
*Basquiera A; Guanchiale L; Berro M; Remaggi G; Cerutti A; Cattaneo M; Jarchum S; Vitriú A; Ferini G; Szlagowski M; Palmer S; Kusminsky G; Foncuberta C; Jaimovich G; Riera L; García J; Martinez Rolón J; Arbelbide J*.....90

### Complicaciones del trasplante

CISTITIS HEMORRÁGICA EN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS  
*Mendez C; Montero L; Malacalza J; Cuellar S; Torre V; Berrueto L; Rey M; Palacios C; Franganillo F; Colombi F; Agamennoni L; Almada D; Saba S*.....91

REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE MÉDULA ÓSEA  
*Otermin F; Cremona A; De Luca T; Lossino J; Pessacq P; Ramirez Borga S; Szlagowski M*.....91

### Cuidados del paciente trasplantado

TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: DESDE LA INDICACIÓN MÉDICA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD  
*Luque L; Vanella S*.....92

THE STRATEGIC DEVELOPMENT OF THE BONE MARROW DONOR REGISTRY IN THE INTERNATIONAL SCENARIO BETWEEN 2010 AND 2016  
*Silva Tavares N; Santiago Nery Arrais P; Do Amaral Vidmontiene D; José Almada A; Bouzas L*.....92

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS <i>Perez Manelli R; Grande Ratti M; Elizondo C; Cadeiras M; Giunta D</i> .....	93
---	----

### **Donantes alogénicos**

VISIÓN DE DONANTES BRASILEÑOS EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA RED DE DONACIÓN DE MEDULA ÓSEA SIN PARENTESCO <i>Valverde L; Vidmontiene D; Almada A; Bouzas L</i> .....	93
---	----

WORK LEAVE OF BRAZILIAN VOLUNTARY DONORS AFTER COLLECTION OF HEMATOPOIETIC STEM CELLS <i>Adão C; Almada A; Baron M; Bouzas L; Ferreira I; Tavares N; Moura J; Gomes M; Oliveira J; Gelabert L</i> .....	94
--	----

MEJORA DE CONTACTO CON LOS DONANTES BRASILEÑOS <i>Vidmontiene D; Almada A; Garcia A; Bouzas L</i> .....	94
--	----

### **Terapia Celular**

REFUERZO DE CÉLULAS CD34+ PARA EL TRATAMIENTO DE POBRE FUNCIONAMIENTO DEL INJERTO LUEGO DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS. <i>Burgos Pratz L; Basquiera A; Santoro D; Camino P; Ferini G; Scordo W; Arlberbide J; Makiya M; Salamone H</i> .....	95
---	----

### **Trasplante Alogénico**

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TRASPLANTE HISTOIDÉNTICO RELACIONADO Y TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO CON ALTAS DOSIS DE CICLOFOSFAMIDA POSTRASPLANTE. <i>Cattaneo M; Saslavsky M; Basso A; Cozzi J</i> .....	95
--	----

VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE ALLOGÉNICO RELACIONADO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN EL CENTRO DE TPH SMI MONTEVIDEO-URUGUAY <i>Boada M; Grille S; Díaz A; Rocca A; Stevenazzi M; Perdomo S; Topolansky L; Zunino J; Lipschutz J; Guadagna R; Isaurralde H; Chevalier S; Moro I; Perdomo A; Lavagna G; Díaz L</i> .....	96
--	----

RECUESTO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO, COMPARACIÓN DE DOS PLATAFORMAS DE ANÁLISIS <i>Fanessi V; Issouribehere D; Cismondi V</i> .....	96
---	----

EXPERIENCIA EN TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO. REPORTE DE UN CENTRO <i>Cattaneo M; Saslavsky M; Basso A; Cozzi J</i> .....	97
---	----

### **Trasplante Alogénico en enfermedades benignas**

RESULTADOS DEL TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS(TCPH) DE DONANTE ALTERNATIVO EN ANEMIA APLÁSICA SEVERA (AAS) EN ARGENTINA <i>Milovic V; Berro M; Kusminsky G; Garcia J; Garcia M; Requejo A; Jaimovich G; Y antorno S; Fiad L; Saba S; Roberti J</i> .....	97
---	----

TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES NO MALIGNAS. <i>García M; Sartori L; García P; Berretta A; García J</i> .....	98
--	----

### **Trasplante Alogénico en enfermedades malignas**

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE INFUSIÓN DE LINFOCITOS DE DONANTE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS <i>García J; Montivero A; Olmedo J</i> .....	98
--	----

TRASPLANTE ALOGENICO EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN (LNH). EXPERIENCIA DE UN CENTRO. <i>García J; Guanchiale L; Rizzo L</i> .....	99
---	----

### **Trasplante Autólogo**

GEMCITABINA-BUSULFAN-MELFALAN (GENBUMEL) Y TRANSPLANTE AUTOLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN PACIENTES CON LINFOMAS RECAÍDOS/REFRACTARIOS <i>Jarchum G; Colombo E; Jarchum S; Rizzi M; Mas E; Álvarez Bollea M; Moreira L; Lavarda M</i> .....	99
---	----

NUEVA COMBINACIÓN DE VIEJAS DROGAS COMO CONDICIONANTE PRE-TRASPLANTE AUTÓLOGO EN LINFOMAS: BENDA-C-V , BENDAMUSTINA, CICLOFOSFAMIDA Y ETOPÓSIDO <i>Jaimovich G; Rosales Ostriz M; Castro M; Riera L; Longoni H; Foncuberta M; Fernandez Escobar N; Requejo A; Duarte P; Vitriu A; Vzhñay J</i> .....	100
PERFIL CLINICO, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO (LCM). EXPERIENCIA DE ONCE AÑOS EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE. <i>Taus R; Almada D; Colombi Martínez F; Agamennoni L; Saba S; Orlando S</i> .....	100
¿BEEAM COMO ACONDICIONAMIENTO EN AUTOTRASPLANTE POR LINFOMA HODGKIN Y NO HODGKIN RECAÍDO/REFRACTARIO? <i>Ovando C; García P</i> .....	101
QUIMIOTERAPIA EN ALTAS DOSIS Y TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN CÁNCER DE TESTÍCULO DE CÉLULAS GERMINALES <i>Miretti V; Martín C; Castellanos L; García J; Basquiera A</i> .....	101
<b>Trasplante Pediátrico</b>	
MORTALIDAD TEMPRANA Y TARDIA EN TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS ALOGENICO EN PEDIATRIA <i>Fernández Escobar N; Drelichman G; Freigeiro D; Canle O; Diaz D; Detoni D; Soberon B; Rivas F; Jaimovich G; Feldman L; Castro M; Cairnie A; Milovic V; Real J; Trentadue J; Saa G; Requejo A; Endara A; Martinez G; Vega C; Landry L</i> .....	102
TRAYECTORIA Y EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE RECIBEN UN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS <i>Roizen M; Dussel V</i> .....	102

### A FEASIBILITY STUDY OF THE FULL OUTPATIENT CONDUCT OF HEMATOPOIETIC TRANSPLANTS IN PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS EMPLOYING AUTOLOGOUS NON-CRYOPRESERVED PERIPHERAL BLOOD STEM CELLS

Ruiz-Argüelles G<sup>1</sup>; Leon Peña A<sup>1</sup>; Leon Gonzalez M<sup>1</sup>; Nuñez Cortes A<sup>1</sup>; Olivares Gazca J<sup>1</sup>; Vargas Espinosa J<sup>1</sup>; Medina Ceballos E<sup>1</sup>; Cantero Fortiz Y<sup>1</sup>; Torres Priego M<sup>1</sup>; Ruiz Argüelles A<sup>1</sup>; Ruiz Delgado M<sup>1</sup>; Ruiz Delgado R<sup>1</sup>; Ruiz Reyes G<sup>2</sup>; Priesca Marin M<sup>1</sup>; Ruiz Delgado G<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro de Hematología y Medicina Interna, <sup>2</sup>Laboratorios Clínicos De Puebla

OBJECTIVE: With the goal of immune system reset, autologous hematopoietic stem cell transplantations have been done in patients with multiple sclerosis (MS). MATERIAL AND METHODS: 131 consecutive patients with MS were autografted in a single center using non-frozen peripheral blood stem cells, on an outpatient basis and conditioning with cyclophosphamide (Cy) and rituximab. The protocol was registered in ClinicalTrials.gov identifier NCT02674217. The PBSC mobilization schedule was done with Cy and Filgrastim (G-CSF). Intravenous Cy (50mg/Kg) was delivered on days -11 and -10. Sucutaneous G-CSF (10ug/Kg/BID) was delivered on days -9 to -1. The apheresis procedure was performed on day -2. The apheresis objective was to reach at least 1 x 10<sup>6</sup> viable CD34+ cells/Kg. As outpatients and after collecting the PBSC, intravenous Cy (50mg/kg) was delivered over a 120 minute period, on days -2 and -1 followed by MESNA (1000mg/m<sup>2</sup> over a 180 minute period). After the intravenous Cy, oral ondasetron, oral cotrimoxazole, oral fluconazole and oral acyclovir were used in all patients until granulocytes were greater than 0.5x10<sup>9</sup>/L. After the recovery of the granulocytes, patients were given rituximab (375 mg/m<sup>2</sup> over a 3 h period) and subsequently rituximab (100mg) every two months over a 12-month period. The cumulative dose of Cy is 200mg/Kg. RESULTS: 80 females and 51 males were included; median age was 47 years. 28 have PPMS, 42 RRMS, and 61 SPMS. All procedures were started on an outpatient basis and two persons were admitted to the hospital during the procedure. In order to obtain at least 1 x10<sup>6</sup> / Kg viable CD34 cells, one to four apheresis were performed (median 1). Total number of viable CD34+ cells infused ranged between 1 and 9.6 x10<sup>6</sup> / Kg (median 2.2). Patients recovered above 0.5 x10<sup>9</sup>/L absolute granulocytes on median day 9 (range 6 to 12). Two individuals needed red blood cells but none needed platelet transfusions. There were no transplant related deaths and the 125 month overall survival of the patients is 100%. In a subset of 78 persons followed for 3 months or more the EDSS (Expended Disability Status Scale) was assessed three months after the graft and means diminished from 5.2 to 4.9. The EDSS score improved in 33 patients (42.3%), remained stable in 29 (37.17%) and worsened in 16 (20.51%). Best results of EDSS were found in Relapsing Remitting (82%) and Primary Progressive (80%) type of MS compared to Secondary Progressive (71.4%). **Conclusion:** It is possible to conduct autotrasplants for patients with MS employing non-frozen peripheral blood stem cells and outpatient conduction. Additional information is needed to assess the efficacy of these procedures in the treatment of patients with MS.

### TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO EN NEOPLASIAS MIELOIDES: EXPERIENCIA ARGENTINA

Martínez Rolón J<sup>1</sup>; Ferini G<sup>2</sup>; Trucco J<sup>3</sup>; Vitriu A<sup>4</sup>; Bentolila G<sup>1</sup>; Real J<sup>5</sup>; García P<sup>6</sup>; Yantorno S<sup>7</sup>; Castro M<sup>8</sup>; Remaggi G<sup>1</sup>; Fernández Escobar N<sup>9</sup>; Saslavsky M<sup>10</sup>; Palmer S<sup>11</sup>; Jarchum S<sup>12</sup>; Requejo A<sup>2</sup>; Foncuberta C<sup>2</sup>; Basso A<sup>10</sup>; Milovic V<sup>5</sup>; Bullorsky E<sup>11</sup>; Riera L<sup>13</sup>; García J<sup>6</sup>; Arbelbide J<sup>2</sup>; Gustavo J<sup>12</sup>; Milone J<sup>7</sup>; Kusminsky G<sup>3</sup>; Jaimovich G<sup>8</sup>; Basquiera A<sup>2</sup>; Duarte P<sup>13</sup>

<sup>1</sup>FUNDALEU, <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>3</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>4</sup>Instituto Alexander Fleming, <sup>5</sup>Hospital Alemán, <sup>6</sup>Hospital Privado de Córdoba, <sup>7</sup>Hospital Italiano de La Plata, <sup>8</sup>Sanatorio Anchorena, <sup>9</sup>Fundación Favaloro, <sup>10</sup>CETRAMOR, <sup>11</sup>Hospital Británico de Buenos Aires, <sup>12</sup>Sanatorio Allende, Córdoba, <sup>13</sup>CEMIC

INTRODUCCIÓN: El trasplante alogénico es la única opción curativa para pacientes con leucemias mieloides agudas (LMA) y síndromes mielodisplásicos (SMD) de alto riesgo. Sólo un tercio de ellos tiene un donante HLA idéntico y alrededor del 60-70% encontrará un donante no relacionado; en Argentina la mediana de demora de búsqueda de esta última modalidad es de 5,4 meses; por lo que el trasplante haploidéntico (HAPLO-HSCT) ofrece una opción terapéutica a la mayoría de estos pacientes. Objetivo: Evaluar la experiencia Argentina en HAPLO-HSCT en neoplasias mieloides. PACIENTES Y MÉTODOS: Se recolectaron datos mediante hoja de captura de 13 centros de Argentina. Se evaluó retrospectivamente los resultados de nuestra experiencia en LMA y SMD realizados en centros que conforman el Grupo Argentina de Trasplante de Medula Ósea (GATMO); todos utilizaron ciclofosfamida post trasplante (CyPT) como profilaxis de enfermedad injerto contra huésped (EICH) más inhibidores de calcineurina y micofenolato mofetil. Se evaluó sobrevida global (SG) por curvas de Kaplan-Meier con análisis de log rank test y análisis multivariado por regresión COX. La mortalidad no relacionada a recaída (MNR) y recaída se evaluaron por curvas de incidencia acumulada de riesgos competitivos. RESULTADOS: Desde el año 2012 a 2016 se realizaron 189 HAPLO-HSCT de los cuales 100 fueron LMA y SMD (91 y 9). La mediana de edad fue 44 años (1-70), la distribución de sexo varón/mujer fue del 50%. Recibieron trasplante previo 13 pacientes. El estado de la enfermedad al momento del HAPLO-HSCT fue remisión completa (RC) 1-2, 66%; RC 3 o >, 5%; enfermedad activa (EA) 27% y fallo de injerto de trasplante previo (FI) 2%. La distribución según el HCT-CI fue: 48% score 0 (75% MAC) y 11% Score >= 3 (30% MAC). La distribución del régimen según intensidad fue: MAC 67% y RIC 31%; hubo una variación de 16 esquemas distintos basados en irradiación o quimioterapia. La fuente utilizada fue médula ósea (MO)n=29, sangre periférica (SP)=64 o una combinación (MO + SP) n=5. La SG al año fue de 50% (RC: 57%; EA: 19%), y ajustado a HCT-CI 0: 60% y >=3: 17% (p=0,008). Según régimen condicionante la SG al año fue MAC: 58% y RIC 38% (p ajustada= NS) y la incidencia de recaída 19%/40% respectivamente. La MNR al día + 100, recaída al año y MNR al año fueron de 19%, 25%, 34% respectivamente. No hubo diferencia de mortalidad asociada a fuente de células progenitoras. La causa más frecuente de MNR fueron las infecciones (10% al día + 100 y 21% al año), no observándose plateau (31% a 2 años). Dentro de los agentes identificados, la sepsis por bacilos gram negativos fue la causa más frecuente de mortalidad por infecciones. CONCLUSIONES: El HAPLO-HSCT se considera una opción dentro de la selección de donantes alternativos. El score de HCT-CI muestra un impacto en la SG. La tasa de recaída según MAC o RIC (19%/40%), es igual a la reportada en la bibliografía. Deberán analizarse la elevada MNR al año, las infecciones como primera causa muerte y unificar los regímenes, para evaluar su impacto.



### COMPARACIÓN DE TRASPLANTES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICOS RELACIONADOS FAMILIARMENTE, NO RELACIONADOS Y HAPLOIDÉNTICOS. EXPERIENCIA ARGENTINA

**Trucco J<sup>1</sup>; Berro M<sup>1</sup>; Rivas M<sup>1</sup>; Basquiera A<sup>2</sup>; Ferini G<sup>2</sup>; Yantorno S<sup>3</sup>; Milone J<sup>3</sup>; Palmer S<sup>4</sup>; Stemmelin G<sup>4</sup>; Requejo A<sup>5</sup>; Jaimovich G<sup>5</sup>; Vitriú A<sup>6</sup>; Foncuberta C<sup>6</sup>; Kusminsky G<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>3</sup>Hospital Italiano de La Plata,

<sup>4</sup>Hospital Británico, <sup>5</sup>Fundación Favaloro, <sup>6</sup>Instituto Alexander Fleming

En experiencias recientes se han evaluado los resultados de trasplante de células hematopoyéticas (TCPH) alogénicas con donantes haploidénticos. Si bien esto constituye una modalidad atractiva, hasta el presente no hay comparaciones sobre los distintos tipos de trasplante en nuestro medio. **OBJETIVOS:** evaluar el impacto en la sobrevida global (SG), mortalidad libre de recaída (NRM), tasa de recaída y sobrevida libre de enfermedad (SLE) en TCPH Alogénico, dependiendo del tipo de donante utilizado. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se analizaron retrospectivamente 509 historias clínicas de pacientes que recibieron un TCPH en 6 centros que realizan los tres tipos de trasplantes, de enero de 2012 a diciembre de 2016. La edad media de los pacientes fue de 34 años (rango 0-71 a), edad media de los donantes fue de 34 años (rango 0-69 a); 58% y 60% de los pacientes y donantes respectivamente eran varones. Recibieron un trasplante de donante relacionado (Rel) 214 (42%); 160 (31%) no relacionado (NR) y 135 (27%) haploidéntico (Haplo). Los pacientes con Haplo recibieron ciclofosfamida post-trasplante como parte de profilaxis EICH. Un 33% fueron leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda 27% y síndromes mielodisplásicos 13%. El 54% de los pacientes presentaba un HCT.CI de bajo riesgo. El 70% de los pacientes recibió un régimen de acondicionamiento de tipo mieloablato (MAC). Se analizó la SG y la SLE utilizando Long - Rank y Kaplan Meier. Con respecto a la NRM y la tasa de recaída se analizaron con el test de Grey y los resultados se evaluaron con incidencia acumulada. Las variables dicotómicas se analizaron mediante Chi2. Para el análisis multivariado (AMV) se utilizó la regresión de Cox. **RESULTADOS:** la mediana de seguimiento fue de 1.24 años. Las características de los tres grupos, fueron similares en media de edad, sexo, serologías de CMV, HCT-CI y fuente, mientras que hubo diferencias significativas en status pre-TCPH (mayor incidencia de estadios tardíos), mayor incidencia de LMA y menor uso de MAC en los Haplo. El Haplo resultó en menor tasa de engraftment de polimorfonucleares en comparación con NR y Rel (84% vs. 96% - 94%; p < 0.001), incluso siendo esta más tardía ( $\geq$  día 15), (79% vs. 44% - 47%; p < 0.001). Haplo y NR mostraron mayor incidencia de infección fúngica (19% y 16% vs. 9%; p=0.03) y reactivación de CMV (50% y 55% vs. 30%; p < 0.001). NR presentó mayor incidencia de EICH agudo (57% vs. 38% Rel y 46% Haplo; p=0.006) y GI-IV (47% vs. 29% y 38%; p=0.01), con similares tasas de EICH Cr. La NRM al día 100 fue del 8.5% en Rel, 20% en NR y 18% en Haplo y a largo plazo (1-2 años) fue de 15.3-16%, 31-35% y 25-26% respectivamente (p < 0.001). La tasa de recaída (1-2 años) fue de 26-34% para Rel, 17-25% NR, 37-48% Haplo (p=0.002). La SLE (1-2 años) fue de 61-50% para Rel, 51-41% NR, 38-25% Haplo (p=0.001). La SG (1-2 años) fue de 70-59% para Rel, 58-48% NR, 52-38% Haplo (p < 0.001). En el AMV (expresado como HR con IC 95%) se evidenció un incremento significativo en la SG en Rel (NR HR: 1.7, 1.1-2.2; Haplo HR: 2.1, 1.4 - 3.1), así como una reducción significativa en la NRM (NR HR: 2.51, 1.5-4.2; Haplo HR: 2.46, 1.4-4.2). Con respecto a tasa de recaída se observó una reducción significativa de la misma en NR vs. Haplo (NR HR 0.52, 0.3-0.8). Los Rel presentaron mayor SLE de manera significativa vs. Haplo (Haplo HR 1.48, 1.03-2.12). Por último el HCT.CI pretrasplante  $\geq$  1 y la edad del paciente  $\geq$  41 se asociaron significativamente a menor SG. **CONCLUSIÓN:** El Haplo se asoció en similar NRM que el NR, tanto al día 100 como alejada en el tiempo, y a una mayor tasa de recaída. La SG a dos años, también resultó menor para Haplo vs. NR. Si bien estos resultados deben ser confirmados en estudios aleatorizados, en nuestro medio el TCPH Haplo muestra toxicidad similar al NR y mayor incidencia de recaídas, por lo que el TCPH NR debería seguir siendo considerado en primer lugar si los tiempos de búsqueda lo permiten

### PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MORTALIDAD EN TRASPLANTE AUTÓLOGO HEMATOPOYÉTICO. SCORE DEL GRUPO ARGENTINO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA (GATMO)

**Berro M<sup>1</sup>; Arbelbide J<sup>2</sup>; Rivas M<sup>1</sup>; Basquiera A<sup>2</sup>; Ferini G<sup>2</sup>; Vitriú A<sup>3</sup>; Foncuberta C<sup>3</sup>; Fernandez Escobar N<sup>4</sup>; Requejo A<sup>4</sup>; Milovic V<sup>5</sup>; Yantorno S<sup>6</sup>; Szlagowsky M<sup>6</sup>; Martinez Rolón J<sup>7</sup>; Bentolila G<sup>7</sup>; Garcia J<sup>8</sup>; Garcia P<sup>8</sup>; Cairo G<sup>8</sup>; Castro M<sup>9</sup>; Jaimovich G<sup>9</sup>; Palmer S<sup>10</sup>; Trucco J<sup>1</sup>; Bet L<sup>1</sup>; Tisi Baña M<sup>1</sup>; Shaw B11; Kusminsky G<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>3</sup>Instituto Alexander Fleming, <sup>4</sup>Fundación Favaloro, <sup>5</sup>

<sup>6</sup>Hospital Alemán, <sup>7</sup>Hospital Italiano de La Plata, <sup>8</sup>FUNDALEU, <sup>9</sup>Hospital Privado de Córdoba, <sup>10</sup>Sanatorio Anchorena,

<sup>11</sup>Hospital Británico de Buenos Aires, <sup>11</sup>CIBMTR, Medical College of Wisconsin

**INTRODUCCIÓN:** Existen en la literatura distintos estudios que han intentado predecir la mortalidad luego del trasplante autólogo de células precursoras hematopoyéticas (TACPH). El más utilizado hasta el presente es el score de comorbilidades desarrollado originalmente por Sorror y col. para trasplante alogénico (HCT-CI, por sus siglas en inglés). No hay una herramienta de uso en la práctica diaria que combine diferentes aspectos más allá de las comorbilidades. **OBJETIVO:** Desarrollar un score que combine las comorbilidades junto con otros factores y analizar su impacto en la Mortalidad Libre de Enfermedad (NRM) y Sobrevida Global (SG) en una cohorte de TACPH de Argentina. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Analizamos de manera retrospectiva 1453 historias clínicas de pacientes adultos que recibieron un TACPH en nuestros centros desde octubre/2002 y agosto/2016 debido a Mieloma Múltiple o Linfomas. Comparamos la MLE y Recaída con IC (test de Gray), la SG con log-rank (Kaplan-Meier); para los análisis multivariados (AMV) utilizamos Fine-gray para los eventos con riesgo competitivo y regresión de Cox para los eventos sin riesgo competitivo. Incluimos en el score todos los factores que resultaron significativos en el análisis multivariado para MLE y asignamos 1 punto para aquellos factores cuyo hazard ratio fue alrededor de 2 (1.5-2.5) y 2 puntos si el HR fue alrededor de 3 (2.6-3.5). **RESULTADOS:** La edad media fue de 50.7 años (rango 15-74); 57% fueron masculinos, 52% la patología de base era Mieloma Múltiple, 29% Linfoma No Hodgkin y 19% Linfoma de Hodgkin. Cuarenta y siete por ciento se encontraba en RC, 50% en PR y 3% con enfermedad estable/progresada; 14% recibió 3 o más líneas de tratamiento quimioterapéutico previo al trasplante (severamente pre-tratados). Con respecto a las comorbilidades, 62% tuvo un HCT-CI score de bajo riesgo (score 0), 26% intermedio (1-2) y 12% alto riesgo ( $\geq$ 3). La mediana de seguimiento fue de 1.1 años (rango 100 días-12 años). La MLE temprana (día 100) fue del 2.8%, a largo plazo (1-3 años) de 4.3-5.8% y la SG (1-5 años) 89-67%. Luego del AMV los factores de riesgo que mostraron un impacto significativo independiente para la MLE y que fueron incluidos en el score fueron: sexo masculino (1 punto), edad  $\geq$ 55 años (1 punto), severamente pre-tratados (1 punto), HCT-CI  $\geq$ 3 (1 punto) y Linfoma No Hodgkin (2 puntos). Ciento setenta y ocho pacientes (12%) tuvieron un score de 0, 469 (32%) 1, 381 (26%) 2, 241 (17%) 3, 137 (9.5%) 4 y 47 (3.5%)  $\geq$ 5. El hazard ratio para MLE mostró un incremento proporcional con el score (comparado con score 0: 1 2.2, 2 3.5, 3 4.6, 4 10.1 and  $\geq$ 5 32.3). Los pacientes fueron agrupados como bajo riesgo (BR) con un score 0 (12%), riesgo intermedio (IR) score 1-3 (75%) y alto riesgo (AR)  $>$ 3 (13%). El score tuvo un impacto significativo en la MLE temprana (día 100: 1.1% vs 1.9% vs 9.2 para BR, IR y AR respectivamente), MLE a largo plazo (1-3 años 1.1-1.1% vs. 2.9-4.1% vs. 15-20%, respectivamente, p. **CONCLUSIONES:** Encontramos que el score se asocia significativamente con la SG a largo plazo debido a un incremento de la MLE. Todos los riesgos evaluados se incrementaron proporcionalmente con el score. Estos hallazgos deben confirmarse en series con mayor número de pacientes.

**CAMBIOS EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS E IMPACTO DEL USO DE VORICONAZOL COMO PROFILAXIS PRIMARIA EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA**

**Julia A<sup>1</sup>; Figueroa Turienzo C<sup>1</sup>; Roizen M<sup>1</sup>; Epelbaum C<sup>1</sup>; Santos P<sup>1</sup>; Staciuk R<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan"

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) causa importante de morbi-mortalidad en los receptores de trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyético (TCPH). Se ha observado un aumento de la frecuencia de hongos filamentosos (HF) respecto a levaduras (L). Hay controversias respecto al riesgo-beneficio de la profilaxis primaria contra HF. En nuestro hospital, a fin del 2013, por observarse un incremento de las IFI por HF, se cambia la profilaxis antifúngica primaria de Fluconazol durante la etapa de neutropenia a Voriconazol hasta los 100 días de TCPH. **OBJETIVO:** Analizar los efectos del cambio de profilaxis en una cohorte retrospectiva de receptores de TCPH.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se revisó la base de datos de todos los pacientes receptores de TCPH en los periodos 2012-2013 (P1) y 2014-2015 (P2) y las HC de aquellos que presentaron IFI. Se evaluaron características generales y las variables: tipo de TCPH [Relacionado (R) vs No relacionado (NR)], IFI pretrasplante, IFI posttrasplante, mortalidad relacionada con el trasplante (MRT) y mortalidad directa por IFI (MDIFI). Se compararon las variables en ambos grupos y subgrupos utilizando la prueba de Fisher. p significativa < 0,05. **RESULTADOS:** n:P1 75 pac, P2 81 pac. Tipo TCPH:R P1 60%, P2 47%; NR:P1 40%, P2 53%. Edad m(r):P1 8a (4m-21a), P2 7a(5m-19a). Sexo M:P1 61%, P2 68%. Causa del TCPH: LLA 35%, SMD 16%, LMA 14%, AAS 8%, inmunodeficiencias 7%, Fanconi 4%, enf. metabólicas 4%. EICH aguda° 2-4:P1 62,7%, P2 66%; EICH agudo° 3- 4:P1 21,3% P2 5,8% (p 0,004). EICH crónica:P1 39,2%, P2 17,4%(p 0,003). IFI previa:P1 27% vs P2 42%, p 0,048. IFI posttrasplante:P1 34,3% vs P2 14,8% p 0,007. Tipo de IFI:L: P1 9,3% vs P2 6,2%. Las L predominantes fueron Cándida no albicans en P1 y Rodothorula en P2. HF:P1 20 % vs P2 9,9% p 0,1. Aspergillus fue el HF predominante en ambos periodos (un caso de Fusariosis en P1 y de Mucor en P2). MRT:P1 37,8% vs P2 18,6% p 0,008. MDIFI:P1 8%(Aspergillus) vs P2 1,2%(Mucor)

**FRECUENCIA DE IFI, MORTALIDAD RELACIONADA AL TRASPLANTE Y MORTALIDAD DIRECTA**

**POR IFI EN RECEPTORES DE TCPH CON PROFILAXIS ANTIFÚNGICA PRIMARIA**

IFI:P1 21/55 (38,1%)vs P2 8/47 (17%)p 0,02

IFI por levaduras:P1 9/55 (16,3%)vs P2 3/47 (6,38%)p 0,13

IFI por hongos filamentosos:P1 12/55 (21,8%)vs P2 3/47 (6,38%)p 0,047

MRT:P1 21/55 (38,18%)vs P2 7/46 (15,2%)p 0,01

MDIFI:P1 5/55 (9%)vs P2 0/48 (0%)p 0,059

**FRECUENCIA DE IFI, MORTALIDAD RELACIONADA AL TRASPLANTE Y MORTALIDAD DIRECTA POR IFI**

**EN RECEPTORES DE TCPH CON PROFILAXIS ANTIFÚNGICA PRIMARIA DISCRIMINADA ENTRE TCPH**

**RELACIONADOS Y NO RELACIONADOS**

P y tipo de THA	n	IFI	L	HF	MRT	MDIFI
P1- R	32	28,2%	18,8%	9,4%	28%	0%
P2- R	22	13,5%	9%	4,5%	0 %***	0%
P1- NR	23	52,1%	13%	39,1%	52,1%	21,7%
P2- NR	25	12,5%*	4,5%	8%**	28%	0 %****

\* p 0,04 \*\* p 0,02 \*\*\* p < 0,01 \*\*\*\* p 0,02

Disminución del riesgo absoluto de IFI entre P1 y P2:0,21(NNT 5)

Disminución del riesgo absoluto de IFI entre P1 y P2 para TCPH relacionados:0,14(NNT 7)

Disminución del riesgo absoluto de IFI entre P1 y P2 para TCPH no relacionados:0,39(NNT 3)

**CONCLUSIÓN:** Se observó un incremento de IFI previa al ingreso a trasplante en el segundo periodo, esto refleja la epidemiología general del hospital que se encuentra en plan de reformas edilicias. La profilaxis primaria con Voriconazol se asoció con una disminución de las IFI por HF y de la MDIFI, significativa en los receptores de trasplante no familiares. Se observó también una disminución entre los periodos de la MRT, significativa solo en los receptores de trasplantes familiares. El riesgo de emergencia de Mucor obliga a un seguimiento epidemiológico estricto.

**AUTOTRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE SANGRE PERIFÉRICA CONSERVADOS A 4°C, EN MIELOMA MÚLTIPLE. COMPARACIÓN CON MÉTODOS CONVENCIONALES**

**Shanley C<sup>1</sup>; Bullorsky E<sup>1</sup>; Stemmelin G<sup>1</sup>; Berro M<sup>2</sup>; Kusminsky G<sup>2</sup>; Trucco J<sup>2</sup>; Milone J<sup>3</sup>; Lopez M<sup>3</sup>; Martinez Rolon J<sup>4</sup>; Bentolila G<sup>4</sup>; Real J<sup>5</sup>; Milovic V<sup>5</sup>; Requejo A<sup>5</sup>; Jaimovich G<sup>6</sup>; Feldman L<sup>7</sup>; Endara A<sup>7</sup>; Dallasta G<sup>8</sup>; Gatto S<sup>8</sup>; Irazu L<sup>9</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Británico de Buenos Aires, <sup>2</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>3</sup>Hospital Italiano La Plata, <sup>4</sup>FUNDALEU, <sup>5</sup>Hospital Aleman,

<sup>6</sup>Fundacion Favaloro / Sanatorio Anchorena, <sup>7</sup>Fundacion Favaloro, <sup>8</sup>Sanatorio Anchorena, <sup>9</sup>INEI-ANLIS

La evolución del mieloma múltiple (MM) se beneficia con consolidación post inducción con altas dosis de quimioterapia y posterior rescate de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica autólogos (PHSP). Dado que el régimen condicionante que se utiliza en MM es con Melfalán como monodroga, que tiene un clearance rápido, hemos implementado una técnica simple, conservando las stem cells a 4°C, sin agregado de mezcla crioprotectante. **OBJETIVO:** Comparar en un estudio retrospectivo, multicéntrico, la conservación de PHSP a 4°C (manteniendo el inóculo entre 24 y 60hs a 4°C hasta su reinfusión), sin el agregado de crioprotectantes, con la criopreservación convencional (-80°C/-196°C), evaluando número de células CD34 infundidas, parámetros de recuperación hematopoyética (engraftment, requerimiento transfusional), días de internación y complicaciones (infecciones, y mortalidad relacionada al procedimiento) post TAPH en pacientes con MM, acondicionados con Melfalán. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron 405 pacientes, 141/405 con PHSP conservados a 4°C (grupo A) y 264/405 criopreservados a -80°C/-196°C (grupo B), tratados en 7 instituciones. Se consideraron criterios de inclusión: primer trasplante, movilización sólo con GCSF y acondicionamiento con Melfalán. Se analizaron las diferencias en las variables: n° cél CD34, engraftment polimorfonuclear (PMN) (>500/mm<sup>3</sup>), engraftment plaquetario (>25000/mm<sup>3</sup>), requerimiento transfusional de glóbulos rojos (GR), de plaquetas, infecciones, días de internación y mortalidad asociada al trasplante. Los estadísticos descriptivos se presentan como promedio y rango. Se utilizaron test estadísticos no paramétricos ( $\chi^2$  y Mann-Whitney para comparación de proporciones y distribuciones) considerando un nivel de significación alfa de 5%. **RESULTADOS:** Edad: 57a (26-73) grupo A; 55a (26-72) grupo B. No hubo diferencias significativas de distribución de sexo entre grupos. El promedio de cél. CD34 infundidas fue de 6,35x10<sup>6</sup>/kg (0,42 y 20,2) grupo A y de 5,03x10<sup>6</sup>/kg (1,13-23,4) grupo B. El engraftment PMN fue 11,6 días (9-48) grupo A y 11,8 días (7-25) grupo B (MW=10758,5; p < 0.05), el engraftment plaquetario fue 13,2 días (8-53) grupo A y 15,5 días (0-35) grupo B (MW=8150,5; p < 0.05), el promedio de transfusiones de GR fue 0,78 U(0-5) grupo A y 1,06 U (0-16) grupo B (p=0.125), el promedio de transfusiones de concentrados de plaquetas fue de 2,43 (0-19) grupo A y de 5,78 (0-110) grupo B (p=0.739). La mediana de días de internación de los ptes que recibieron infusión conservada a 4°C fue 14,63(10-25), menor que la de los del otro grupo: 20,03 (13-36) (MW= 2170,5; p < 0.05). La diferencia en la incidencia de infecciones fue menor para el grupo A ( $\chi^2(1;0,05)11,892$ ; p < 0,05). La mortalidad relacionada al trasplante al día 100 fue menor para el grupo A ( $\chi^2(1;0,05)4,048$ ; p < 0,05). Ningún pte del grupo A tuvo reacciones adversas asociadas a la infusión. 4 ptes presentaron reacciones adversas asociadas a la infusión de PHSP en grupo B. **CONCLUSIONES:** Los PHSP recolectados post movilización con GCSF, conservados a 4°C y reinfundidos luego de la administración de Melfalán, constituyen un método de reconstrucción hematopoyética rápida y eficaz, sugiriendo una adecuada viabilidad celular. Se pudo demostrar una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo A con respecto a la velocidad de recuperación de PMN y plaquetas, a la disminución de los días de internación, a la incidencia de infecciones y a la mortalidad relacionada al trasplante. Las reacciones adversas asociadas a la infusión solo se observaron en el grupo B que recibió el inóculo con mezcla crioprotectante. La conservación a 4°C es un procedimiento seguro, simple y de bajo costo por lo que podría constituir, en nuestro medio, una alternativa para TAPH en pacientes con MM acondicionados con Melfalán.

### IMPACTO DEL PET-TC FDG PRE TRASPLANTE EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON LINFOMA HODGKIN RECAIDO/REFRACTARIO SOMETIDOS A TRASPLANTE AUTOLOGO DE CÉL

Szelagowski M<sup>1</sup>; Berro M<sup>2</sup>; Chavarrí A<sup>3</sup>; De Luca T<sup>1</sup>; Korin L<sup>4</sup>; Kusminsky G<sup>2</sup>; Montivero R<sup>5</sup>; Sardú L<sup>6</sup>; Seehaus C<sup>6</sup>; Prates M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Italiano La Plata, <sup>2</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>3</sup>Sanatorio Sagrado Corazón,

<sup>4</sup>Instituto Alexander Fleming, <sup>5</sup>Hospital Privado Córdoba, <sup>6</sup>Hospital italiano buenos aires

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento estándar para el Linfoma Hodgkin recaído/refractario (LHRR) es altas dosis de quimioterapia seguido de trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH); este tratamiento cura aproximadamente al 50% de los pacientes (pac) que demuestran enfermedad quimiosensible. Los métodos de imágenes funcionales como la evaluación con tomografía por emisión de positrones con fluoro-desoxiglucosa (PET-TC FDG) previo al trasplante permiten evaluar la respuesta en forma objetiva y son una herramienta pronóstica útil. **OBJETIVOS:** Determinar el impacto pronóstico del resultado del PET-TC FDG pre TACPH en pac con LHRR. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se obtuvieron datos de 145 pacientes con LHRR trasplantados en 6 centros de Argentina pertenecientes al GATMO entre los años 1993 y 2016, que fueron evaluados antes del trasplante con PET-TC FDG. Se consideró PET-TC FDG negativo a aquellos con Score de Deauville 1-3. Se analizó retrospectivamente la Sobrevida Libre de Evento (SLE) y la Sobrevida Global (SG) a 36 meses mediante curvas de Kaplan-Meier en los grupos PET-TC positivos y PET-TC negativos pre TACPH, y se compararon por test de log-rank. **RESULTADOS:** Se evaluaron 145 pac, 77 (53.1%) hombres, 68 (46.9%) mujeres, con una media de edad de 31.9 años [rango 16-61]. Recibieron ABVD como tratamiento de primera línea 142 pac (97.9%), BEACOPP 2 pac (1.4%), 62 (42.7%) con radioterapia. Un paciente (0.7%) realizó solamente radioterapia en primera línea. Recayeron luego de los 12 meses de finalizado el tratamiento de 1º línea 61 pac (42.06%), 68 pac (46.9%) antes de los 12 meses, y 51 (35.17%) fueron refractarios primarios. Los tratamientos de rescate fueron: ESHAP 95 pac (65.51%), GVD 28 pac (19.31%), ABVD 7 pac (4.82%), IGEV 28 pac (19.31%), ICE 15 pac (10.34%), BEACOPP 10 pac (6.89%), DHAP 8 pac (5.5%), Bendamustina 3 pac (2.06%) Brentuximab 2 pac (1.4%), Bendamustina+Brentuximab, otros 2 pac (1.4%). Previo al TACPH, 77 pac (53.1%) negativizaron el PET-TC y 68 (46.9%) mostraron persistencia de enfermedad. La SLE a los 3 años fue de 62% y 34% para los pacientes con PET-TC negativo y positivo, respectivamente (p=0.001). La SG a los 3 años fue de 95% para los pac con PET-TC negativo y de 70% para los PET-TC positivo (p=0.04), con una mediana de seguimiento de 72 meses. **CONCLUSIONES:** Los pacientes con LHRR PET-TC negativo pre trasplante tienen una mejor evolución luego del TACPH, por lo que esta estrategia de evaluación podría ser una adecuada forma para evaluar a los pac previo a ser sometidos al procedimiento. En nuestra experiencia, la negativización de PET-TC FDG luego de la quimioterapia de rescate fue un factor pronóstico favorable significativo de SLE (62 vs 34%) y SG (95 vs 70%) a 3 años en los pacientes con LHRR sometidos a TACPH.

### TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN PACIENTES CON MIELOFIBROSIS: RESULTADOS DEL GRUPO ARGENTINO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Basquiera A<sup>1</sup>; Guanchiale L<sup>2</sup>; Berro M<sup>3</sup>; Remaggi G<sup>4</sup>; Cerutti A<sup>5</sup>; Cattaneo M<sup>6</sup>; Jarchum S<sup>7</sup>; Vitriú A<sup>8</sup>; Ferini G<sup>1</sup>; Szelagowski M<sup>9</sup>; Palmer S<sup>10</sup>; Kusminsky G<sup>3</sup>; Foncuberta C<sup>8</sup>; Jaimovich G<sup>11</sup>; Riera L<sup>12</sup>; García J<sup>2</sup>; Martínez Rolón J<sup>1</sup>; Arbelbide J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>2</sup>Hospital Privado de Córdoba, <sup>3</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>4</sup>FUNDALEU,

<sup>5</sup>Sanatorio Británico Rosario, <sup>6</sup>CETRAMOR, <sup>7</sup>Sanatorio Allende, <sup>8</sup>Instituto Alexander Fleming, <sup>9</sup>Hospital Italiano de La Plata,

<sup>10</sup>Hospital Británico de Buenos Aires, <sup>11</sup>Fundación Favaloro, <sup>12</sup>CEMIC

**ANTECEDENTES:** El trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) constituye la única posibilidad curativa para pacientes con mielofibrosis (MF). El objetivo del presente estudio fue analizar los resultados con TACPH en MF en Argentina. **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo multicéntrico. El punto final primario fue supervivencia global (SG) y se evaluó por Kaplan-Meier con regresión COX para análisis multivariado. Los puntos finales secundarios fueron: mortalidad no relacionada a recaída (MNR), recaída, recuperación hematológica e incidencia de enfermedad injerto versus huésped (EICH) aguda(a) y crónica (c), todos analizados por método de incidencia acumulada de eventos competitivos. **RESULTADOS:** 43 pacientes (mediana edad 53 años; rango 23-70; varones 56%) recibieron un TACPH entre 2002 y 2016 en 12 centros de trasplante de la Argentina. Del total, 33 fueron por MF primaria (MFP) y 10 por MF secundaria (MFS) a PV (n=4) o TE (n=6). La mediana de tiempo del diagnóstico al trasplante fue de 2,6 años (rango 0,3-20), siendo mayor para pacientes con MFP (2,8 años) que MFS (0,9 años), p=0,27. El DIPSS-Plus pre-trasplante fue alto (n=6), intermedio-2 (n=23) e intermedio-1 (n=7), con 37% presentando esplenomegalia  $\geq 10$  cm. Los donantes fueron relacionados en 30 casos (70%) y completamente idénticos en 38 casos (88%) y todos se realizaron con CPH de sangre periférica previo acondicionamiento mioablativo (MA; n=16; Bu  $\geq 9,6$  mg/kg) o de intensidad reducida (IR; n=27; 13 basados en Bu, 10 basados en Mel y cuatro en TBI). Al día +30, 88% presentaron injerto de neutrófilos (mediana 17 días) y 68% injerto de plaquetas  $\geq 20 \times 10^9/L$  (mediana 24 días). Al año, la incidencia acumulada de EICHa grado 2-4 fue de 49% y de EICHC de 11%; la EICHa fue mayor en donantes no relacionados (p=0,043). La incidencia de recaída fue de 20%, todas ocurrieron antes del año del trasplante y fue mayor en pacientes con DIPSS PLUS alto (p=0,015) y en aquellos que recibieron profilaxis con metotrexato (p < 0,001); dos pacientes recibieron infusión de linfocitos del donante y tres pacientes un segundo trasplante. La MNR al día 100 fue de 19% y la MNR al año de 37%, siendo la principal causa de muerte la EICH. Con una mediana de seguimiento de 14 meses, la SG al año fue de 55% y a dos años 38%; en el análisis multivariado los factores pre-trasplante que se asociaron a peor SG fueron el HCT-CI (p=0,019), la presencia de esplenomegalia mayor o igual a 10cm (p=0,021) y la transformación leucémica (p=0,019). No hubo diferencias en cuanto a edad o tipo de donante. Los pacientes con HCT-CI bajo (n=17) presentaron mejor SG al año con acondicionamiento MA (MA vs IR: 83% vs 41%; p=0,025) mientras que aquellos con HCT-CI intermedio-alto (n=23) tuvieron peor SG al año con MA (MA vs IR: 22% vs 69%; p=0,040). **CONCLUSIONES:** Nuestros datos muestran que la SG de estos pacientes está dada sobre todo por la MNR, por lo que se deben realizar esfuerzos para controlar la EICH e infecciones secundarias. El uso del índice de comorbilidades, más que la edad, podría guiar la decisión del régimen de acondicionamiento.



**CISTITIS HEMORRÁGICA EN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS**

**Mendez C<sup>1</sup>; Montero L<sup>1</sup>; Malacalza J<sup>1</sup>; Cuellar S<sup>1</sup>; Torre V<sup>1</sup>; Berrueto L<sup>1</sup>; Rey M<sup>1</sup>; Palacios C<sup>1</sup>; Franganillo F<sup>1</sup>; Colombi F<sup>1</sup>; Agamennoni L<sup>1</sup>; Almada D<sup>1</sup>; Saba S<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>HIGA Rossi La Plata

**INTRODUCCIÓN:** La Cistitis hemorrágica (CH) es una causa importante de morbilidad y, ocasionalmente de mortalidad en receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Su incidencia varía de 7 a 68%. Los factores predisponentes son: TCPH alogénico y autólogo, enfermedad injerto contra huésped (EICH), trombocitopenia severa, uso de alemtuzumab y linfopenia severa. **OBJETIVOS:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los episodios de CH en pacientes que recibieron TCPH. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CH que recibieron TCPH en una unidad de trasplante de médula ósea entre marzo de 1994 y febrero de 2017. **RESULTADOS:** Se registraron 38 episodios de CH en 718 pacientes que recibieron TCPH, 30 alogénicos y 8 autólogos, con una tasa de incidencia del 5%. La relación masculino/femenino fue de 29:9. La edad promedio fue de 31,3 años (15-62). Las enfermedades de base que más frecuentemente se asociaron fueron leucemia mieloblástica aguda (LMA) 15 (39%), seguida por leucemia linfoblástica aguda (LLA) 8 (21%). El 97% de los episodios fueron tardíos; con un promedio de comienzo de +35 días. Al momento del diagnóstico, 17 pacientes se encontraban ambulatorios, de los cuales 12 requirieron internación y 21 ya se encontraban internados. En el 79% de los casos se utilizó BUCY como esquema de acondicionamiento. El 58% de los pacientes presentaron hematuria Grado III-IV. La duración promedio fue de 33.5 días (2 -170). Al momento del diagnóstico el 61% de los pacientes tenían un recuento plaquetario menor a 50 x 10<sup>9</sup> /L y el 71% tenían injerto granulocítico. En 5 de los episodios se detectó urocultivo bacteriano positivo. 22 pacientes presentaron viruria (BK en 9, CMV en 6 y Adenovirus en 7) y 14 viremia (BK en 4, CMV en 7 y Adenovirus en 3). Los tratamientos instaurados fueron: hiperhidratación endovenosa en 28 (74 %), analgésicos opiáceos en 17 (45%), antibióticos en 25 (66%) y antivirales en 17 (45%). Otros tratamientos incluyeron prostaglandinas intravesicales en 4 (11%) y leflunomida en 3 (8%). 12 paciente requirieron sonda vesical, con lavado continuo en 9 y cistoscopia con remoción de coágulos en 4. La mortalidad global fue del 50% y la atribuible del 28%. **CONCLUSIONES:** En concordancia con la literatura, observamos asociación de CH con TCPH alogénico, plaquetopenia menor a 50x10<sup>9</sup>/L y régimen acondicionante de alta intensidad (BUCY). Hubo una mayor incidencia de CH grado III/IV (58%) que requirió mayor internación e intensidad de tratamiento. Predominaron los casos de comienzo tardío (97%) y con injerto granulocitario (71%), lo que avala la patogenia viral. La CH es una complicación infrecuente pero de alta morbilidad en nuestra población de pacientes trasplantados.

**REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE MÉDULA ÓSEA**

**Otermin F<sup>1</sup>; Cremona A<sup>1</sup>; De Luca T<sup>1</sup>; Lossino J<sup>1</sup>; Pessacq P<sup>1</sup>; Ramirez Borga S<sup>1</sup>; Szelagowski M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Italiano La Plata

**OBJETIVOS:** PRIMARIO: Evaluar la incidencia de reactivación de citomegalovirus (CMV) en pacientes receptores de trasplante haploidéntico SECUNDARIO: Relacionar el régimen de acondicionamiento realizado con los episodios de reactivación de CMV. **MATERIAL Y METODOS:** Se analizaron de forma retrospectiva descriptiva 33 pacientes que recibieron trasplante haploidéntico de médula ósea en la Unidad de Pacientes Inmunocomprometidos del Hospital Italiano de La Plata desde agosto del 2014 hasta diciembre del 2016 (**Tabla 1**). Se realizó reacción en cadena de polimerasa (PCR) en tiempo real una vez por semana para monitorear los niveles de ADN CMV hasta los 180 días después del trasplante tomando como punto de corte 150 copias. Se utilizaron distintos tipos de acondicionamiento: Fludarabina/Citarabina/Busulfán (Flu/Cy/BU), Fludarabina/Citarabina/TBI (Flu/Cy/TBI), Fludarabina/ Melfalan(Flu/Mel) y Fludarabina/Busulfán (Flu/Bu). **ABREVIATURAS:** RC1: primera respuesta completa; RC2: segunda respuesta completa; RP: Respuesta parcial; EA: Enfermedad activa. **RESULTADOS:** De los 34 trasplantes realizados, 23 (67,7%) presentaron reactivación de CMV con un promedio de 39 días pos trasplante. De éstos, aquellos que sufrieron mayor número de episodios de reactivación fueron los que recibieron acondicionamiento con Flu/Cy/TBI (p: 0.049) **Tabla 2** **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio se puede observar que los episodios de reactivación de CMV durante el período pos trasplante haploidéntico es una situación que debe ser considerada en estos pacientes, sobre todo en aquellos que realizaron en el régimen de acondicionamiento TBI.

**Tabla 1.** Características de la población

Característica	N
Número de pacientes	33
Número de trasplantes	34
Edad promedio en años (rango)	37 (16-60)
<b>Sexo</b>	
Hombres	19
Mujeres	14
<b>Diagnóstico</b>	
Leucemia Linfoblástica Aguda	8
Leucemia Mieloblástica Aguda	14
Linfoma Hodgkin	6
Linfoma No Hodgkin	1
Síndrome Mielodisplásico	2
Leucemia Mieloide Crónica	3
<b>Estatus de la enfermedad pretrasplante</b>	
RC 1	10
RC 2	9
RP	6
EA	9
<b>Régimen de acondicionamiento</b>	
Flu/Cy/BU	21
Flu/Cy/TBI	12
Flu/Bu	3
Flu/Mel	1
<b>Serología CMV</b>	
Donante +/Receptor +	29
Donante +/Receptor -	1
Donante -/Receptor +	4

**Tabla 2.** reactivación de CMV según acondicionamiento

	Acondicionamiento con Flu/Cy/Bu	Acondicionamiento con Flu/Cy/TBI	Acondicionamiento con Flu/Bu	Acondicionamiento con Flu/Mel
<b>Reactivación de CMV</b>	10	11	2	0
<b>No reactivación de CMV</b>	8	1	1	1

**TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA: DESDE LA INDICACIÓN MÉDICA A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD****3****Luque L<sup>1</sup>; Vanella S<sup>1</sup>**<sup>1</sup>ECODAIC

**OBJETIVO:** caracterizar los aspectos multidisciplinarios (médico-administrativo y sociales) involucrados en el proceso de trasplante de médula ósea de pacientes sin cobertura social de la Provincia de Córdoba en el período 2014 – 2016. **MATERIAL Y MÉTODO:** estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado en base a la revisión de las 98 indicaciones médicas recibidas en ECODAIC para la gestión de cobertura de trasplante (tx) en el período 2014-2016. Se hizo hincapié en la fuente de células madre. Toda la población se caracteriza por carecer de cobertura social y requerir financiamiento estatal. Se construyó un sistema de ponderación para valorar los casos de riesgo social basado en 5 variables de análisis que fueron aplicadas sólo a los casos evaluados en domicilio y bajo seguimiento por la Trabajadora Social. **RESULTADOS:** Se objetiva un notable aumento de indicaciones de trasplante en abril y un marcado descenso de las mismas en noviembre. De 98 indicaciones, se concretaron 43 tx, correspondiendo el 51% a autólogos. Según evolución de las indicaciones se valora que el 75% de las mismas corresponde a “trasplante vive”, “fallece pre tx” y “suspendido”. Del total de indicaciones de tx el 21% fueron suspendidos, la principal causa fue por “condiciones clínicas”. La demora promedio entre la indicación de un tx, independiente de la fuente de células, y la efectivización del mismo es de 146 días. Del total de casos adjudicados el 80% son derivados a Centros de tx privados. Los tx autólogos y haploidenticos realizados, presentan un pico entre mayo-julio mientras que los alogénicos no relacionados se concretan en la segunda mitad del año. Características socio demográficas: el 50 % pertenece a una familia de tipo nuclear, el 87% es desocupados, el 73 % de la población corresponde a pacientes adultos y el 27 % son pediátricos, la población masculina corresponde a un 64 % mientras que la femenina es de 36%. Según procedencia el 61% son pacientes del interior provincial, mientras que el 39 % son de Córdoba capital. Se observa tomando como año de base el 2014; un progresivo aumento del 8% de casos en Córdoba capital; mientras que en el interior este asciende a un 26%. Teniendo en cuenta los pacientes trasplantados, se observa que la tasa de fallecimiento post tx aumenta en los pacientes del interior con respecto a los de capital. Según la aplicación de un sistema de ponderación de riesgo social, de la totalidad de los pacientes (predominantemente de capital) un 40 % fue evaluado a partir de una entrevista en domicilio y bajo seguimiento social. De esos casos el 80 % tienen un indicador de ponderación de riesgo alto. Según esta ponderación, el 47 % de los pacientes hoy vive. **CONCLUSIONES:** Predominan los casos de adultos, de sexo masculino y del interior de la Provincia de Córdoba. El 50% de las indicaciones de tx son Autólogos. Se registró un notable aumento de indicaciones en el 2016. Llama la atención el crecimiento de casos de Leucemia Linfoblástica Aguda en pacientes del interior. Los tx Autólogos tienen una demora promedio superior a 68 días con respecto a los Alogénicos Relacionados Haploidenticos. En todos los tipos de tx, la tasa de fallecimiento pre tx predomina sobre la de fallecimiento post tx, excepto en el tx Alogénico relacionado Haploidentico que es a la inversa. No se encontró relación directa entre el nivel educativo de los pacientes, el tipo de tx y la evolución del mismo. Tampoco la zona geográfica de procedencia indicaría claramente una asociación con la patología. Según evaluación de riesgo social se concluye que el alto riesgo no es un determinante de la evolución. Se infiere que la intervención social oportuna es un factor potenciador y facilitador para dichos pacientes, aumentando un 13% los casos vivos post tx respecto a la población total.

**THE STRATEGIC DEVELOPMENT OF THE BONE MARROW DONOR REGISTRY IN THE INTERNATIONAL SCENARIO BETWEEN 2010 AND 2016****9****Silva Tavares N<sup>1</sup>; Nery Arrais SP<sup>1</sup>; Do Amaral Vidmontiene D<sup>1</sup>; Almada JA<sup>1</sup>; Bouzas L<sup>1</sup>**<sup>1</sup>REDOME

**OBJECTIVES:** This study aims to identify how the Brazilian Bone Marrow Donor Registry (REDOME) is developing strategically within the international scenario, aiming at the shortest possible time to attend international patients who need bone marrow transplantation and have high quality level in the donor support throughout the process. The importance of strategic planning for the growth of international demand with the application of strategies for the qualitative development of the Register. **MATERIAL AND METHOD:** The Registry performed a collection of requests for international patients in the management system between 2010 and 2016. Starting with Ordinance No. 87/GM, effective on on 2009, when initiates the growth of REDOME international activity giving financial resources for the development of international activities, authorizing the sending abroad of hematopoietic stem cells from donors enrolled in REDOME for the accomplishment of bone marrow transplantation. In addition, it is also established that the Cancer Foundation would be the manager of the financial resources received from the International Registries and determined that the National Cancer Institute José Alencar (INCA) would adopt all technical and legal measures to formalize the Foundation's participation in the process for the effective and efficient performance of the technical and operational functions of the Donor's Registry. Hence, in the period from 2010 to 2016, REDOME presented a vertiginous growth in every requests demands to the international patient. For preliminary search requests, the demand of 71 requests on 2010 increased to 14.545 on 2016, the percentage showed a growth of 2.086%. This raise was followed by the phases of the process, with the result of Complementary Typing of Human Leukocyte Antigen (HLA Typing) with accretion of 2.044%, in the requests of Confirmatory Typing (CT), the advancement was 299%. When the final phase of Bone Marrow, Peripheral Blood and Lymphocyte Infusion products exported cell is analysed, the registry realized that on 2011 was exported 9 hematopoietic cells, but at the end of 2016 the sum of the units exported reach the mark of 106, so it means a variation of 1.078%. Contemporary organizations realize their modernity incorporating with new values, ideals, technology to fulfill the demands of an increasingly demanding market. In this perspective, REDOME understands that growing up is not only a matter of numbers, but also adopting new processes to adapt, global interaction, with the main focus on saving the lives of national and international patients in the shortest possible time, providing the best care and support to our donors, so REDOME started implementing the strategies below: Hiring resources to work directly with the international area; Preparation of monthly performance reports for all areas of REDOME; Standardization of processes; Establishment of a quality nucleus; Recruitment of external consultancy in the area of quality; Structuring of operational and quality indicators; Training cycles; Open new connections via EMDIS; Initiation of the accreditation process, attend the first requirements for qualification. **RESULT AND CONCLUSION:** We conclude that over the years, REDOME becomes more present in the international area, making necessary to deepen the study of strategic planning aiming at the growth of the international demand of REDOME for the development of strategies and services that assume good standards of Quality in all areas of the Bone Marrow donation process and throughout the REDOME relationship with Registries around the world. We also understand that this study enables the opportunity to improve REDOME's credibility and, in the future, make it a benchmark for quality in the international scenario.

### DESARROLLO DE UN SISTEMA DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Perez Manelli R<sup>1</sup>; Grande Ratti M<sup>2</sup>; Elizondo C<sup>2</sup>; Cadeiras M<sup>3</sup>; Giunta D<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CorazonArte-Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, <sup>3</sup>UCLA

**OBJETIVO:** El número de pacientes en lista de espera aguardando un trasplante de órgano se encuentra en constante aumento. La falta de información es una de las principales limitaciones en la población para decidir ser donantes. Creamos CorazonArte con el objetivo de generar conciencia, crear una actitud positiva y promover cambios en las personas acerca de la donación de órganos y hábitos saludables. El objetivo del presente trabajo es describir la creación de CorazónArte y mostrar su alcance en la población hasta el momento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se crearon diferentes canales de difusión, interacción y distribución de información incluyendo Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn y una página web. Se difundió información relevante sobre el trasplante y hábitos saludables a través de posts diarios. Con el fin de organizar la información, se crearon diferentes secciones. En este trabajo evaluamos la tasa de repercusión en las redes sociales durante el periodo 2015 -2016.

**RESULTADOS:** Se contabilizan más de 5000 seguidores en Facebook, con un crecimiento constante entre 5-15% por semana, una exposición de contenido promedio de 201 seguidores/publicación (rango 7-840) y una tasa de adquisición promedio del 6% (rango 1-15%). El contenido que generó mayor adquisición fue aquel relacionado a las historias verdaderas con contenido emocional. En Twitter contamos con más de 1500 seguidores, Instagram 500 y LinkedIn 150.

**CONCLUSIONES:** Las redes sociales son sistemas espontáneos de influencia masiva. CorazónArte ha logrado posicionarse como una herramienta fundamental para mejorar la educación en salud, y potencialmente permitiría reducir la brecha entre en el número de pacientes esperando trasplante de órganos y el número de donantes.

### Donantes alogénicos

### VISIÓN DE DONANTES BRASILEÑOS EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA RED DE DONACIÓN DE MEDULA ÓSEA SIN PARENTESCO

Valverde L<sup>1</sup>; Vidmontiene D<sup>1</sup>; Almada A<sup>1</sup>; Bouzas L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>REDOME

**OBJETIVOS:** Este trabajo pretende demostrar la opinión del los donantes brasileños compatibles y seleccionados para el proceso de donación de médula ósea sobre los servicios prestados por la red que trabaja en colaboración con el Registro Nacional de Donantes Voluntarios de Médula Ósea (REDOME), desde el primer contacto para iniciar el proceso de recolección de sangre para la confirmación de compatibilidad hasta la realización de la donación de células madre hematopoyéticas. El bienestar, la calidad de los servicios y la preocupación por la salud, son algunos de los pilares principales de REDOME, éstos valores deben tomarse en cuenta para que la experiencia de la donación pueda ocurrir de acuerdo a lo planeado, sin complicaciones y con excelencia para el donante.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Enviamos por correo electrónico una encuesta con algunas preguntas, compiladas por REDOME, a todos los donantes que hicieron el proceso de donación de células madre hematopoyéticas (CTH) en los años 2015 y 2016. El total de donantes fue de 459, donde tuvimos un retorno del 50% de las respuestas (230 personas).

**RESULTADOS:** Fue posible analizar que más del 78% de los donantes consideraron como óptimo el primer contacto con los profesionales que trabajan en REDOME en la fase de confirmación de la compatibilidad. El banco de sangre hace un proceso de programación y recogida de muestras, el resultado de la evaluación es: 69% y se considera óptimo, mientras que el 6% evaluó este contacto por debajo de la media. Durante el workup (exámenes), 80% de los donantes consideran excelente el contacto de los profesionales que trabajan en REDOME. Con respecto a la logística que se lleva a cabo para que el donante se desplace de su residencia al centro de donación el 83% la calificó como un gran servicio. Para los exámenes post-colección, 7% los calificó como razonable, pero más del 71% afirman haber recibido un gran servicio en el centro de donación. Cuando se le preguntó sobre el día de su donación, 79% lo clasifica como bueno, mientras que el 6% por debajo del promedio de asistencias. Se preguntó si sus dudas son resueltas por la REDOME, el 99% dicen que sí y 98% dijo que preguntas adicionales fueron correctamente atendidas por los profesionales de la salud en centros de donación.

**CONCLUSIONES:** La conclusión de la encuesta de opinión indica que la comunicación en el proceso de donación, que abarca todas sus etapas, está bien sostenida por los equipos involucrados, pero también podemos identificar, con los resultados y comentarios, puntos débiles en el proceso que se pueden mejorar. En el centro de donación, muchos donantes informan la necesidad de supervisión única, estrecha y eficaz, así como más información sobre el receptor después de su trasplante (tratamiento y recuperación). Cuando se le preguntó sobre lo que ésta experiencia les ha dado recibimos declaraciones de agradecimiento, felicidad y alegría. Los donantes han indicado que la red tiene credibilidad, competencia, actúan con agilidad y subrayan la bondad de todos los profesionales involucrados en el proceso.

**WORK LEAVE OF BRAZILIAN VOLUNTARY DONORS AFTER COLLECTION OF HEMATOPOIETIC STEM CELLS**Adão C<sup>1</sup>; Almada A<sup>1</sup>; Baron M<sup>1</sup>; Bouzas L<sup>1</sup>; Ferreira I<sup>1</sup>; Tavares N<sup>1</sup>; Moura J<sup>1</sup>; Gomes M<sup>1</sup>; Oliveira J<sup>1</sup>; Gelabert L<sup>1</sup><sup>1</sup>REDOME

**OBJECTIVE:** Concerned about the leave period of these donors and the problems that might come with this work absence, we decided to check the period of withdrawal from work by voluntary donors of Hematopoietic Stem Cells from Brazilian Bone Marrow Donor Registry (REDOME) regarding the collection source.

**MATERIALS AND METHODS:** A total of 216 donors were evaluated from August 2016 to February 2017, considering the following variables: age, sex, cell sources, period of absence from work and donor most common occupation.

**RESULTS:** In the analysis of the donors by sex: 120 are of the male sex and 96 of the female. Regarding collection source: 127 donated bone marrow, 81 peripheral blood and 08 lymphocytes. With reference to the age of the donors: 84 from 18 to 29 years, 92 from 30 to 39 years, 32 from 40 to 49 years and 08 from 50 to 59 years. The main professions reported were: administrative workers 20%, autonomous 13%, police 8%, students 7%, domestic workers 5%, lawyers 5%, mechanics 4%, and other 39%. The mean period of labor withdrawal related to the type of collection source evidenced: 11 days for bone marrow, 06 days for peripheral blood and 03 days for lymphocytes.

**CONCLUSION:** Employment has a fundamental role in the insertion of individuals in the world, as it contributes to the formation of their identity, enables the construction of subjectivity, and allows individuals to participate in social life, those configuring essential elements for the general health. The period of leave from work by REDOME donors after the collection of Hematopoietic Stem Cells is directly linked to the type of collection source used. When adverse events resulting from donation of hematopoietic stem cell occur during this leave time, the leave period can be extended causing financial damage to the donor and the impossibility of carrying out his daily activities.

**MEJORA DE CONTACTO CON LOS DONANTES BRASILEÑOS**

Vidmontiene D1; Almada A1; Garcia A1; Bouzas L1

<sup>1</sup>REDOME

**OBJETIVOS:** La posibilidad de encontrar un donante compatible de médula ósea es de 1 en 100.000, pero cuando se selecciona un donante y no se le puede localizar en el momento del contacto, la sensación de frustración es muy grande. Encontrar a este donante y aclarar todas las dudas, son algunas de las principales tareas del Registro Nacional de Donantes Voluntarios de Médula Ósea (REDOME). Este trabajo pretende demostrar cuáles fueron los cambios en el flujo de contacto con los donantes y el crecimiento logrado.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Los datos fueron recogidos de los contactos del 2015 y 2016, figuran las mejoras implementadas después del análisis de los trimestres primero y segundo de 2015 y realización de monitoreos trimestrales del crecimiento alcanzado.

**RESULTADOS:** En 2015, se realizó el análisis de los datos de los dos primeros trimestres y se planearon cambios en la secuencia desde el tercer trimestre de 2015. Estos cambios tuvieron efecto, teniendo en cuenta que el porcentaje general de donantes en 2015 fue 47% en el universo de 26.867 donantes y en 2016 fue de 71% en 29.034 donantes. Las fases observadas de crecimiento en eficiencia fue de un 26% en la fase tipo HLA y 22% en la fase de confirmación. Los principales cambios realizados en el tercer trimestre del año 2015, fueron hacer una limpieza previa en el contacto, aumentar la cantidad de contactos, cambiar la programación y el lanzamiento de la Página Web de la REDOME, con opción de actualización de datos de donantes. En 2016, los cambios principales fueron la disponibilidad de mensajes de voz en un teléfono y creación del sistema para la inserción de nuevos datos por el banco de sangre. Cabe destacar que además el porcentaje ya demostrado, tenemos una tasa de rentabilidad de 5%, después de enviar telegramas y correos electrónicos a los donantes que no se encuentran la vía teléfono.

**CONCLUSIONES:** Debido a los datos recaudados concluimos que con un control eficaz, cambios bien planificados, herramientas adecuadas y un equipo motivado, podemos conseguir incluso mejores resultados. Estamos trabajando para aumentar este porcentaje en el año 2017 y con él, dando incluso mayor cantidad de donantes a pacientes que necesitan un trasplante.



## REFUERZO DE CÉLULAS CD34+ PARA EL TRATAMIENTO DE POBRE FUNCIONAMIENTO DEL INJERTO LUEGO DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS.

**Burgos Pratz L<sup>1</sup>; Basquiera A<sup>1</sup>; Santoro D<sup>1</sup>; Camino P<sup>1</sup>; Ferini G<sup>1</sup>; Scordo W<sup>1</sup>; Arlberbide J<sup>1</sup>; Makiya M<sup>1</sup>; Salamone H<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires

**INTRODUCCIÓN:** El pobre funcionamiento del injerto (PFI) luego del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es una complicación seria con alta mortalidad y aumento de los costos para los sistemas de salud. Mediante el análisis de los diferentes grados de quimerismo es posible diferenciar el PFI del rechazo del injerto (RI). El PFI puede ser causado por infecciones, medicamentos o ser de causa no determinada. La selección positiva de CD34+ ex vivo para refuerzo pos trasplante ha sido descripta para el tratamiento de PFI. **OBJETIVO:** Comunicar 2 casos de pobre funcionamiento del injerto luego del trasplante de Células progenitoras hematopoyéticas tratados con rescate de CD34+ obtenidos por selección positiva ex vivo. **MATERIAL Y MÉTODO:** Caso 1: Mujer de 41 años de edad, diagnóstico de leucemia mieloide aguda secundaria. Recibió TCPH haploideéntico, donante hermana, la fuente de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) fue médula ósea (MO) estimulada, (células mononucleares totales/kg (CNT/kg): 6.83 x 10E08/kg de peso y dosis de CD34+ (CD34+/kg): 2.05 x 10E06/kg de peso. Postrasplante recibió ciclofosfamida, micofenolato y tacrolimus. Desarrolló PFI primario manifestado predominantemente por plaquetopenia (recuento plaquetario promedio (RPP) 10739/mcl, IC95% 9.617-11.860), logrando un número absoluto de neutrófilos (NAN) mayor a 500/mcl a los 17 días. Luego de 32 semanas del TCPH recibió refuerzo de CD34+ (96% CD34) del mismo donante, dosis CD34/kg 6.3 E06. Durante el periodo de PFI recibió transfusiones de 28 unidades de glóbulos rojos (UGR) y 192 unidades de plaquetas (UPQ) Caso 2: Paciente de sexo masculino de 62 años con antecedente de leucemia mieloide aguda secundaria a mielodisplasia. Recibió trasplante haploideéntico relacionado, donante hijo, fuente CPH obtenida por aféresis (CNT/kg 9.45E08, dosis de CD34/kg 3.6E06). Recibió ciclofosfamida postrasplante. Desarrolló PFI primario manifestado predominantemente por plaquetopenia (RP promedio 14.911/mcl, IC95% 13.119-16.703), logrando NAN mayor a 500/mcl a los 20 días. A las 26 semanas del TCPH recibió refuerzo de CD34 (98%CD34) dosis CD34/kg 7 E06, presentando como complicación EICH crónico leve. Durante el periodo de PFI recibió transfusiones de 36 UGR y 209 UPQ. En ambos casos realizamos la comparación de los resultados del laboratorio hematólogo durante el periodo de PFI y el periodo posterior al refuerzo de CD34 hasta la actualidad. **RESULTADOS:** En el caso 1 la paciente presentó recuperación del injerto a los 22 días con un recuento plaquetario de 58.000/mcl. La diferencia de la media del recuento previo y posterior al refuerzo de CD34+ y fue de 10.739/mcl (IC95% 9617-11860) vs 86.635 mcl (IC95% 66.566-106.703), p 0.001, con respecto al hematocrito la diferencia de la media también fue estadísticamente significativa (23 vs 28% p 0.001), en cambio la diferencia de la media de leucocitos no fue significativa (4.025 vs 5.527, p 0.06). En el caso 2 el paciente presentó recuperación del injerto a los 16 días con un RP de 58.000/mcl. El RP promedio previo y posterior al refuerzo de CD34+ fue de 14911/mcl (IC95% 13119-16703) vs 66253/mcl (IC95% 38.496-84.011), p 0.001. Con respecto al hematocrito la diferencia de la media también fue estadísticamente significativa (23 vs 28% p 0.001), en cambio la diferencia de la media de leucocitos no fue estadísticamente significativa (1.913 vs 3.237 p 0.06). **Conclusión.** En casos seleccionados y disponiendo del desarrollo tecnológico adecuado el refuerzo de células CD34 obtenidas mediante selección positiva ex vivo es una alternativa terapéutica válida para el PFI.

## Trasplante Alogénico

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE TRASPLANTE HISTOIDÉNTICO RELACIONADO Y TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO CON ALTAS DOSIS DE CICLOFOSFAMIDA POSTRASPLANTE.

**Cattaneo M<sup>1</sup>; Saslavsky M<sup>1</sup>; Basso A<sup>1</sup>; Cozzi J<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>CETRAMOR

**INTRODUCCIÓN:** Solo el 25 al 30% de los pacientes que necesitan un trasplante alogénico cuentan con un donante relacionado histoidéntico. El resto de los pacientes deben recurrir a otras fuentes de progenitores hematopoyéticos. Dentro de esas fuentes, el trasplante haploideéntico (HAPLO) ha ganado terreno de manera considerable desde la utilización de altas dosis de ciclofosfamida postrasplante como profilaxis de la enfermedad injerto contra huésped (EICH). **OBJETIVOS:** Comparar la evolución de pacientes que realizaron un trasplante alogénico histoidéntico relacionado (THR) y un HAPLO durante un mismo periodo de tiempo en una única institución. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de los 34 pacientes que realizaron un THR (n 16) o un HAPLO (n 18) entre agosto de 2011 y diciembre de 2016. Los puntos finales primarios fueron la sobrevida global (SG) y la sobrevida libre de enfermedad (SLE), evaluadas mediante Kaplan-Meier y sus resultados comparados mediante el test de log-rank. Como puntos finales secundarios se consideraron el desarrollo de EICH aguda y crónica y la recaída, los que se evaluaron mediante incidencia acumulada (IA) y los resultados comparados mediante test de Gray. Las variables categóricas fueron comparadas mediante el test de Fisher y las cuantitativas mediante el test de Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** La media de seguimiento fue de 16,25 meses para los trasplantes histoidéntico y de 15,88 meses para los haploideéntico (p 0,89). Para los THR y los HAPLO la edad promedio fue de 38 y 40 años (p 0,55), la proporción de sexo masculino fue de 73% y 61% (p 0,47), y la media de dosis de CD 34 infundida fue de 9,59 y 9,43 x 106 por kilo peso respectivamente (p 0,42). En relación al tipo de condicionante, el 66% de la rama THR y el 77% de la rama HAPLO recibieron un régimen de intensidad reducida (p 0,69). El 26% de los THR y el 22% de los HAPLO realizaron un trasplante autólogo previo (p 1). Las patologías de cada grupo se describen en la tabla 1. El tiempo medio de recuperación neutrofílica y plaquetaria fue de 14 y 15 días para los THR y de 15 días en ambas variables para los HAPLO (p 0,023 en el engraftment neutrofílico). El 75% de los histoidéntico y el 83% de los HAPLO presentaron reactivación de la infección por CMV (p 0,68) La SG al año fue del 75% para los THR y del 71,1% para los HAPLO (p 0,50). La SLE al año fue del 68,2% en los THR y del 61% en los HAPLO (p 0,71). La IA de EICH aguda a los 100 días post trasplante fue de 23,1% en el grupo de THR y del 25,5% en el grupo de HAPLO (p 0,93), mientras que la IA de EICH crónica al año fue del 43,8% y 39,7% respectivamente (p 0,92). Por último, la IA de recaída a 12 meses fue del 9,1% para los THR y del 26,2% para los HAPLO (p 0,34). **CONCLUSIONES:** A pesar del escaso tamaño de la muestra y de la tendencia del trasplante histoidéntico relacionado a mostrar una mejor evolución (aunque no estadísticamente significativa), el trasplante haploideéntico presenta resultados alentadores, posicionándolo como una alternativa válida y segura en aquellos pacientes que carecen de un donante histoidéntico relacionado o bien en los casos en que los plazos de la búsqueda internacional constituyen un riesgo para el paciente.

Tabla 1.		
Patologías	Histoidéntico	Haploideéntico
LMA/SMD	6 (38%)	7 (44%)
LLA	0	2 (11%)
LMC	1 (6%)	3 (16%)
LH	2 (6%)	2 (11%)
LNH	1 (6%)	1 (6%)
MM	2 (12,5%)	1 (6%)
AAS	3 (19%)	0
Mielofibrosis	1 (6%)	0
LMMC	0	1 (6%)

## VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE ALLOGÉNICO RELACIONADO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN EL CENTRO DE TPH SMI MONTEVIDEO-URUGUAY

**Boada M<sup>1</sup>; Grille S<sup>1</sup>; Díaz A<sup>1</sup>; Rocca A<sup>1</sup>; Stevenazzi M<sup>1</sup>; Perdomo S<sup>1</sup>; Topolansky L<sup>1</sup>; Zunino J<sup>1</sup>; Lipschutz J<sup>1</sup>; Guadagna R<sup>1</sup>; Isaurralde H<sup>1</sup>; Chevalier S<sup>1</sup>; Moro I<sup>1</sup>; Perdomo A<sup>1</sup>; Lavagna G<sup>1</sup>; Díaz L<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SMI

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (allo-TPH) es un procedimiento de alta complejidad utilizada para el tratamiento de afecciones hematológicas. En nuestro país es una técnica desarrollada desde el año 1985 y nuestro centro tiene 20 años de experiencia en allo-TPH relacionado. **OBJETIVO:** Describir la experiencia de 20 años en Allo-TPH del Centro Integral de Trasplante de Médula Ósea (CITMO) en Montevideo-Uruguay (1996-2016). **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y observacional efectuado en base a la revisión de los datos clínicos de pacientes trasplantados en el CITMO en el período 1996-2016. Se confeccionó una planilla de recolección de datos y los mismos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS. **RESULTADOS:** En este período se realizaron 67 allo-TPH. La mediana de edad fue de 41 años (14-58) con una relación masculino:femenino 1,2:1. Las patologías tratadas fueron: Leucemia Aguda Mieloblástica (LAM) 26,9%, Leucemia Mieloide Crónica (LMC) 16,4%, Síndromes Mielodisplásicos (SMD) 11,9%, Linfomas 10,5%, Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL) 9%, Aplasia Medular 9%, Leucemia mielomonocítica crónica 6%, Leucemia Linfocítica Crónica 3%, Mieloma Múltiple 1,5%, Mielofibrosis 1,5%, otras 4,5%. 95,6% correspondieron a donantes HLA-idéntico, 2,9% con algún mismatch en HLA y 1,5% singénico. 73,5% utilizaron como fuente progenitores de aféresis de sangre periférica y 26,5% de médula ósea destacando que hasta el año 2000 se realizaban de médula y desde ese año todos los trasplantes se realizaron de aféresis de sangre periférica. En cuanto a los regímenes de acondicionamiento: 56,7% Mieloablativo, 31,3% No Mieloablativo y 11,9% Regímenes de intensidad reducida. Se infundieron una mediana de células mononucleares de  $8,8 \times 10^8/\text{kg} \pm 3,7$  y de  $\text{CD34}^+ 3,1 \times 10^6/\text{kg} \pm 3,5$ . 77% presentan compatibilidad ABO. La mediana de nadir de leucocitos fue  $7 \pm 3,6$  días y la plaquetaria  $8 \pm 4,7$  días. La mediana de recuperación de leucocitos (mayor a 1000/ul) fue  $12 \pm 2,5$  días y la de plaquetas (mayor a 20.000/ul y más de 7 días de la última transfusión)  $15 \pm 8,7$  días. La mediana de requerimiento transfusional de eritrocitos fue de  $2 \pm 4,8$  y la de concentrado plaquetario de donante único de  $2 \pm 3,1$ . Con respecto a las complicaciones: 58,2% de neutropenia febril y 77,6% Enfermedad Injerto vs huésped agudo (EICHa) siendo 20% de estos grado III-IV (moderado-severo). Con respecto al EICHa fue: cutáneo 88,2% (11% grado III-IV), Digestivo 28% (35% grado III-IV), Hepático 38% (42% grado III-IV) y Oftálmico 10,2% (0% grado III-IV). Con respecto a la profilaxis de EICH en el 65,6% se utilizaron esquemas que contenían corticoides y en el 34,4% sin corticoides (plan utilizado en la actualidad). El uso de corticoides en la profilaxis de EICHa no mejora ni la incidencia ni la severidad del mismo. El síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) se observó en el 10,4% y pérdida del injerto en 4,5%. La mortalidad en los primeros 100 días post-TPH es de 21%. La presencia de EICHa grave se asocia a mayor mortalidad en los primeros 100 días ( $p=0,0001$ ). Si analizamos los datos en 2 períodos antes y después del 2006 vemos un incremento en la indicación para LAM, LAL y SMD y un franco descenso en la indicación de LMC. Se ha observado una menor incidencia de EICHa, EICHa grado III-IV (moderado-severo) y SOS luego del 2006 aunque esta diferencia no es significativa. Adicionalmente, se ha observado una disminución de la mortalidad a los 100 días luego del 2006, 29,7% vs 8% ( $p=0,039$ ). **CONCLUSIONES:** Presentamos la experiencia en allo-TPH de nuestro centro. Se destaca que han existido cambios en las indicaciones, fuente de progenitores, planes de condicionamiento, profilaxis de EICHa y manejo de la misma en el correr de los años. Hemos observado una disminución de mortalidad a 100 días (menor a 10% en últimos 10 años), incidencia de EICHa y EICHa grave.

## RECUESTO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO, COMPARACIÓN DE DOS PLATAFORMAS DE ANÁLISIS

**Fanessi V<sup>1</sup>; Issouribehere D<sup>1</sup>; Cisondi V<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital El Cruce

Las Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) obtenidas por punción de médula ósea o productos de aféresis (PA) son usadas para trasplante autólogo o alogénico en pacientes con enfermedades oncohematológicas. Estas células se caracterizan por la expresión del antígeno CD34 y la Citometría de Flujo (CMF) es la técnica de elección para su cuantificación en sangre periférica (SP) y PA, siendo el método ISHAGE (International Society of Hematotherapy and Graft Engineering) la guía de referencia para el recuento de las mismas.

El objetivo de este estudio fue determinar las diferencias en la cuantificación de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) por citometría de flujo (CMF) de productos de aféresis (PA), utilizando dos programas de análisis diferentes, FACSDiva e Infinicyt.

Los PA se obtuvieron durante los procedimientos de estimulación-aféresis en el Servicio de Trasplante de Médula Ósea (TMO) del hospital y correspondieron a 46 pacientes para trasplante autólogo y 19 donantes para trasplante alogénico haploidéntico, con una distribución por género de 39% masculino y 61% mujeres. La distribución por patología fue LMA(5%), LH (18%), LNH(31%), MM(46%). Para la cuantificación de las CPH se utilizó el método de simple plataforma con tubos Trucount BD, marcación con CD45 FITC/CD34PE, lisante PharmLyse BD y 7-AAD para viabilidad.

Se adquirieron 75.000 eventos en la región de células CD45+ viables en el citómetro FACSCanto II BD, siguiendo la estrategia de gating del protocolo ISHAGE. Se realizó un análisis retrospectivo de las muestras enviadas al laboratorio desde Mayo de 2015 hasta Marzo de 2017. Se analizó cada muestra con los software de análisis FACSDiva e Infinicyt. El recuento absoluto se obtuvo realizando los cálculos de acuerdo a las especificaciones del fabricante. Se utilizó el software Method Validator, el método Bland y Altman para evaluar la media de las diferencias y los límites de concordancia de 95%; y la prueba de regresión de Deming para la correlación. Las muestras fueron procesadas y analizadas en un tiempo promedio de 2 horas.

La viabilidad de las CPH fue de 90 % por Infinicyt y 84,4% por FACSDiva y el valor promedio porcentual de células CD34+ viables analizadas con FACSDiva fue 0,43% y con Infinicyt fue 0,41%.

El análisis de Bland y Altman arrojó una media de las diferencias de 12,10, IC 95% [-8,07; 32,30]; el análisis de regresión de Deming evidenció una pendiente de 1,01 IC 95% [0,97; 1,06] con un r: 0,989. La cuantificación de las CPH por ambos programas, no mostró diferencias significativas de acuerdo con los resultados de los test estadísticos y se observa correlación entre ambos métodos de análisis. Los programas estudiados alcanzan la sensibilidad necesaria para la cuantificación de células CD34+ en productos de aféresis

**EXPERIENCIA EN TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO. REPORTE DE UN CENTRO.****Cattaneo M<sup>1</sup>; Saslavsky M<sup>1</sup>; Basso A<sup>1</sup>; Cozzi J<sup>1</sup>**<sup>1</sup>CETRAMOR

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante alogénico de medula ósea constituye una opción curativa para muchas enfermedades onco-hematológicas. Dentro de las distintas modalidades, el trasplante haploideéntico se ofrece como una alternativa que ha ido ganando protagonismo en función de los resultados favorables que muestra la literatura. El objetivo del presente trabajo es exponer los resultados de 5 años de experiencia en este programa. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron 18 pacientes sometidos a trasplante haploideéntico con altas dosis de ciclofosfamida posttrasplante (CyPT) como profilaxis de la enfermedad injerto versus huésped (EICH) tratados en nuestra institución entre agosto de 2011 y diciembre de 2016. La sobrevida global (SG) y la sobrevida libre de enfermedad (SLE) se evaluaron mediante Kaplan-Meier, mientras que el desarrollo de EICH aguda y crónica y la recaída se midió mediante la incidencia acumulada (IC). **RESULTADOS:** Edad promedio 40 años (rango 22 -61). Sexo hombre/mujer 11/7 (hombre 61%). Patologías: LMA/SMD 44% (8/18); LMC 16% (3/18); LLA 11% (2/18); LH 11% (2/18); MM, LMMC y LnoH 5% (1/18). Se utilizó mayoritariamente regímenes de intensidad reducida en el 72%, siendo los elegidos FLU/Cy/TBI 200 en el 53% y FLUMEL en el 47% restante. Los regímenes mieloablativos (28%) se basaron en busulfán. 4 pacientes habían realizado un trasplante autólogo con anterioridad (2 LH; 1 MM; 1 LMA). En todos los casos se realizó la profilaxis de EICH se realizó mediante CyPT en altas dosis seguido de micofenolato mofetil y ciclosporina A. La fuente de progenitores hematopoyéticos fue sangre periférica en el 100% de los casos. La dosis promedio de CD34 infundida fue de 9.43 por 106 por kilo de peso. La edad promedio de los donantes fue de 40 años (rango 18- 67 años). El mismatch más frecuente fue 3/6 con el 61%, seguido de 4/6 con el 33% de los casos. La relación de sexo entre receptor y donante más frecuente fue masculino/femenino con el 55%. En relación a la serología de CMV, la combinación más frecuente fue positivo/positivo con el 83%. La media de engraftment neutrofílico y plaquetario se evidenció en el día +15 posttrasplante. Todos los pacientes presentaron fiebre en el posttrasplante inmediato que continuó hasta la infusión de la CyPT. Las infecciones documentadas incluyeron infección por *Acinetobacter baumannii* en el periodo de neutropenia y *Streptococo pneumoniae* en un paciente con EICH crónica; ambas con desenlace fatal. Se constató reactivación de la infección por CMV en el 83% de los casos. No se constataron reactivaciones de infecciones fúngicas previas (IFI n 2), parasitarias (Chagas, n 1) ni de otras infecciones virales (VHC n 1). 2 pacientes (11%) presentaron microangiopatía trombótica asociada a trasplante como complicación. La SG a 6 y 12 meses fue del 77% y 71% mientras que la SLE evaluada en los mismos periodos fue del 77% y 61% respectivamente. La IA de EICH aguda a los 100 días post trasplante fue del 25%, mientras que la IA de EICH crónica al año fue del 39% respectivamente. Por último, la IA de recaída a 12 meses fue 26%. **CONCLUSIONES:** El trasplante haploideéntico constituye una alternativa válida para aquellos pacientes que no cuentan con un donante relacionado histoiéntico o un donante no relacionado, o bien para aquellos pacientes en los que, en función del riesgo de su patología, no tolere los plazos actuales de que implica la realización de una búsqueda internacional.

**Trasplante Alogénico en enfermedades benignas****RESULTADOS DEL TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH) DE DONANTE ALTERNATIVO EN ANEMIA APLÁSICA SEVERA (AAS) EN ARGENTINA****Milovic V<sup>1</sup>; Berro M<sup>2</sup>; Kusminsky G<sup>3</sup>; Garcia J<sup>3</sup>; Garcia M<sup>3</sup>; Requejo A<sup>4</sup>; Jaimovich G<sup>4</sup>; Yantorno S<sup>5</sup>; Fiad L<sup>5</sup>; Saba S<sup>6</sup>; Roberti J<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Hospital Alemán, <sup>2</sup>Hospital Universitario Austral, <sup>3</sup>Hospital Privado de Cordoba,<sup>4</sup>Fundación Favalaro, <sup>5</sup>Hospital Italiano de La Plata, <sup>6</sup>Hospital Rossi De La Plata

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante de CPH es el tratamiento de elección en pacientes con diagnóstico de AAS, menores de 40 años y que cuentan con un donante relacionado histoiéntico. Históricamente el uso de donantes no emparentado (DNE) se ha asociado con una mayor tasa de rechazo y de enfermedad de injerto versus huésped (EICH) y una menor sobrevida global (SG) a 5 años. En los últimos años, el desarrollo de técnicas de alta resolución para los estudios de HLA y la mejores medidas de soporte y el uso de regímenes de acondicionamiento de mayor intensidad inmunosupresora, y menor toxicidad, se han asociado con una mayor sobrevida. La SG en pacientes que reciben un TCPH de DNE, reportada por el CIBMTR es de 78% para menores de 20 años y 67% para mayores de 20 años(1) El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la realización del trasplante mayor a 6 meses, ha sido identificado como un factor de mal pronóstico(2). En la Argentina la media de tiempo que trascurre entre el inicio de la búsqueda de un DNE y la realización del trasplante, ha sido reportado en 5 a 6 m. **OBJETIVO:** evaluar los resultados del trasplante con donante alternativo en pacientes con AAS en la Argentina. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, observacional. Las comparaciones se realizaron con pruebas de t de Student, Chi2, exacto de Fisher, o Wilcoxon, según corresponda. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para la supervivencia que se compararon con prueba de log-rank. Se utilizó Stata v10 (College Station, TX, USA). Se analizaron retrospectivamente 29 TCPH de donante alternativo, realizados en 24 ptes, 26 de DNE y 3 con donante relacionado haploideéntico, realizados entre el 1 de enero 2008 y 31 de enero 2017. La media de edad fue de 31 años, mayores de 20 años, 11 pacientes (ptes) y menores de 20 años, 13 ptes; sexo femenino 11 y masculino 13 ptes. Veinte habían recibido tratamiento previo con ciclosporina (CSA) y ATG. En 16 trasplantes se reportó sexo del donante, siendo donante femenino para receptor masculino en 3 casos. **RESULTADOS:** la mediana de tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la AAS y el trasplante es de 49 meses (5 a 199m). La paridad HLA entre D y R fue 10/10 en 11, 9/10 en 7 y no reportado en 8 casos de DNE. El régimen condicionante incluyó ATG en 70% de los casos. 6 ptes recibieron TBI. La fuente de CPH fue MO: 13, SP: 15 y MOySP: 1 pte. La celularidad infundida CD34+/kg: mediana 5.65 (rango: 0.8 a 12). La recuperación hematopoyética ocurrió en 86.3% de los ptes: neutrófilos mayor a 1000/mm3 día+ 14.5 (rango: 11 a 38d) y plaquetas  $\geq$  20000/mm3 día + 24.8 (rango: 11 a 180d) 5 ptes presentaron rechazo primario, 4 recibieron un nuevo trasplante. Nueve ptes presentaron EICH agudo: GII-IV y 2 GIII-IV. Solo en 2 ptes se reportó eich crónico. Cuatro pacientes recibieron un tx haploideéntico, 3 de ellos como 2 TCPH. Con un seguimiento medio de 28.5 meses (rango: 1 a 190m) la tasa de sobrevida global es de 79.32%. La mortalidad en los primeros 100 días fue de 10.34%, principalmente asociada a falla de recuperación hematopoyética. No se observó diferencia significativa en la SG en pacientes que recibieron o no ATG en el régimen condicionante ni SP vs MO como fuente de injerto (p= 0.478). La SG observada en esta población es similar a las publicadas por registros internacionales. El uso de SP como fuente de injerto definido por la preferencia del donante, no se asoció a una mayor tasa de eich crónico en esta población de ptes, probablemente por el uso de ATG, Fludarabina y ciclofosfamida en el regimen condicionante. El inicio más temprano de la búsqueda de DNE en un pte con AAS que no cuenta con donante relacionado histoiéntico con la consiguiente reducción en el tiempo que trascurre entre el diagnóstico y el trasplante podría asociarse a una menor tasa de rechazo primario del injerto.

**TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES NO MALIGNAS.****García M<sup>1</sup>; Sartori L<sup>1</sup>; García P<sup>1</sup>; Berretta A<sup>1</sup>; García J<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Hospital Privado de Córdoba

**INTRODUCCIÓN:** El Trasplante Alogénico de Médula Ósea (TMO) es una modalidad de tratamiento potencialmente curativa para pacientes con enfermedades no malignas. Este estudio es una revisión de los resultados del TMO en pacientes pediátricos con enfermedades no malignas que fueron tratados en nuestro centro.

**OBJETIVOS:** El objetivo primario fue determinar la supervivencia global (SG) a los 36 meses del TMO. Los objetivos secundarios fueron analizar la frecuencia de falla del injerto y de enfermedad de injerto contra huésped (EICH).

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizaron las historias clínicas de los pacientes menores de 18 años que recibieron TMO por presentar diagnóstico de Inmunodeficiencia, metabopatía, hemoglobinopatía y fallo medular congénito entre el año 1999 y el año 2016 en nuestra institución. Las variables continuas se describieron como medianas (rango). La estimación de la SG se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se utilizó el software estadístico StatsDirect.

**RESULTADOS:** Entre los años 1999 y 2016, se realizaron 25 TMO en pacientes pediátricos con enfermedades no malignas. La media de edad fue de 3 años (rango: 0-16). Del total de pacientes, 11 (44%) tenían inmunodeficiencias, 7 (25%) metabopatía, 2 (4%) hemoglobinopatías, y 5 (28%) fallos medulares congénitos. De los 25 TMO, 6 (24%) fueron de donante relacionado; y 19 (76%), de donante no relacionado. Diferentes regímenes de condicionamiento fueron utilizados según la patología y el tipo de donante. Las fuentes de rescate utilizadas fueron: médula ósea en 14 pacientes (56%), sangre periférica en 2 (8%), y cordón umbilical en 9 (36%). Con un seguimiento medio de 22 meses la SG estimada a los 36 meses del trasplante fue de 58,45%. La falla del injerto ocurrió en 4 pacientes (16%), tres de ellos fueron trasplantados a partir de un donante no relacionado. Once pacientes (44%) presentaron EICH aguda, y sólo 1 (4%), presentó EICH crónica. Sólo en 2 casos (8%), la EICH fue severa (GIII-IV). De los 10 pacientes fallecidos, 9 ocurrieron dentro de los primeros 100 días post-trasplante. Las causas de mortalidad fueron infectológicas en 5 pacientes, EICH severa en 2 pacientes y enfermedad veno-oclusiva en 2 pacientes.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, la SG estimada a los 36 meses del TMO fue similar a la reportada en publicaciones previas. La mayoría de las muertes ocurrieron dentro de los 100 días post-trasplante. Las complicaciones infectológicas fueron las más frecuentemente encontradas como causa de fallecimiento.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE INFUSIÓN DE LINFOCITOS DE DONANTE EN UN CENTRO ESPECIALIZADO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS****GARCÍA J<sup>1</sup>; MONTIVERO A<sup>1</sup>; OLMEDO J<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Hospital privado SA, Córdoba, Argentina.

**OBJETIVOS:** reportar los resultados de pacientes que recibieron DLI (infusión de linfocitos del donante) por patología hematológica maligna recaída posterior a trasplante alogénico de médula ósea. Analizar supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y mortalidad relacionada a dicho procedimiento. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se recolectaron datos de 31 pacientes que recibieron DLI en nuestro centro durante el periodo comprendido entre septiembre de 1998 a marzo de 2017. La información fue obtenida de la historia clínica. Analizamos de forma retrospectiva las características de estos pacientes y los resultados.

**RESULTADOS:** Los 31 pacientes recibieron DLI de sus respectivos donantes de médula ósea, siendo 22 relacionados histoiénticos, 3 relacionados haploidenticos y 6 no relacionados. La distribución de acuerdo a patologías fue la siguiente: LMA 10 pacientes (32%), LLA 8 pacientes (26%), LMC 3 pacientes (10%), SMD 2 pacientes (6%), SMP 3 pacientes (10%), LH 4 pacientes (13%), mieloma múltiple 1 pacientes (3%). La indicación de DLI fue recaída post trasplante en 29 pacientes, mientras que dos pacientes recibieron DLI por pérdida progresiva del injerto. La mediana de tiempo entre el trasplante y la DLI fue de 9 meses, la mediana de dosis de células CD3+ administrada fue de 8,5 x 10<sup>7</sup> cel/kg (rango: 0,1-22,9). El tratamiento previo a la DLI fue quimioterapia en 39% de los casos (n=12), 5-azacitidina 3% (n=1), mientras que el 58% de los pacientes no recibió ningún tipo de tratamiento. Un total de 14 (45%) pacientes presentaron enfermedad injerto contra huésped (EICH) agudo grado 3-4, versus 13 de los 20 (65%) evaluados manifestaron EICH crónico. El 55 % (n=17) logró remisión completa, pero finalmente el 70 % (n=12) de esos pacientes recayó posterior a la DLI. La mediana de seguimiento fue de 276 días (IQR: 62-719 días). La supervivencia libre de eventos correspondió al 32,2% al año y 25,8% a los 3 años. La supervivencia global al año fue del 41,9%, mientras que la supervivencia a los 3 años fue de 32,5%. Se documentaron 23 eventos fatales. Las causas de mortalidad fueron recaída (n=19), infecciosa (n=1), EICH (n=3). La mortalidad relacionada al tratamiento de DLI fue del 13% (n=4). **CONCLUSIÓN:** La DLI es una opción terapéutica factible en nuestro medio. El bajo número de pacientes y la heterogeneidad de los mismos en este estudio impiden realizar un análisis más profundo de los datos obtenidos. No obstante, los datos recolectados concuerdan con la bibliografía internacional revisada, mostrando tasas similares de supervivencia global en pacientes con LLA y LMA. Aquellos estudios que presentaron más cantidad de pacientes con patologías de lenta progresión, por ejemplo LMC, mostraron mejor supervivencia global y supervivencia libre de evento. Es importante destacar que la tasa de mortalidad registrada fue en mayor medida secundaria a recaída, por lo que la estrategia de DLI debería posiblemente tenerse en cuenta en etapas más precoces de la enfermedad (como recaída molecular o citogenética) o como tratamiento profiláctico, prolongando así la supervivencia.



**TRASPLANTE ALOGENICO EN PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN (LNH). EXPERIENCIA DE UN CENTRO.**

**García J<sup>1</sup>; Guanchiale L<sup>1</sup>; Riso L<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Privado Centro Médico SA

**INTRODUCCIÓN:** el trasplante alogénico (TXMO) en su modalidad intensidad reducida ha sido empleado en el tratamiento de pacientes con LNH de bajo y alto grado quimiorrefractarios o recaídos a trasplante autólogo. Esta modalidad mostró beneficios en supervivencia global (SG) y en respuestas globales (RG) con toxicidad manejable en un grupo de pacientes que no presenta actualmente posibilidad curativa con otros agentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** el presente trabajo es un estudio retrospectivo de un centro en el que se incluyeron 20 pacientes de los cuales 3 eran menores de edad, la mediana de edad fue 40 años (rango 8-63). Seis presentaban linfomas de bajo grado y 14 de alto grado. Todos habían recibido al menos 2 líneas de tratamiento previas, máximo 8; 9 pacientes habían recibido trasplante autólogo (TAMO). Los que no fueron a TAMO en su mayoría fue por falla en la movilización de stem cells. Los acondicionamientos fueron de intensidad reducida (RIM) en la mayoría de los casos (14 RIM y 6 modalidad mieloablativa). La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 9 meses (IQR 1-218). La mediana de tiempo transcurrido entre el TAMO y el TXMO fue de 4 meses (rango 8-41).

**OBJETIVOS:** Los objetivos primarios fueron tasa de respuesta y mortalidad relacionada al procedimiento. El objetivo secundario fue evaluar supervivencia global.

**RESULTADOS:** La tasa global de respuesta fue del 70% con 20% de respuestas completas. Las mejores respuestas las alcanzaron aquellos pacientes que ingresaron al trasplante con menor carga tumoral y menos líneas terapéuticas previas, o un tiempo entre el TAMO y el TXMO menor a 12 meses. La SG fue del 25% a los 3 años y del 10% a los 5 años y fue evaluada por Kaplan Meier. La mortalidad relacionada al procedimiento fue del 20%.

**CONCLUSIONES:** En nuestra pequeña serie hemos observado que el trasplante alogénico en pacientes con LNH recaídos o refractarios a TAMO o a múltiples líneas terapéuticas ofrece una estrategia de tratamiento con tasas de respuestas prometedoras y mortalidad similar a series mayores. Las causas de mortalidad infección y enfermedad injerto contra huésped. La mejor población para esta intervención parece ser aquella compuesta por pacientes con menor carga tumoral al ingreso, menos líneas terapéuticas previas o mayor tiempo desde el TAMO. Lo que podría llevar a considerarla en etapas más tempranas del tratamiento.

**Trasplante Autólogo**

**GEMCITABINA-BUSULFAN-MELFALAN (GENBUMEL) Y TRASPLANTE AUTOLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS EN PACIENTES CON LINFOMAS RECAÍDOS/REFRACTARIOS**

**Jarchum G<sup>1</sup>; Colombo E<sup>1</sup>; Jarchum S<sup>1</sup>; Rizzi M<sup>1</sup>; Mas E<sup>1</sup>; Álvarez Bollea M<sup>1</sup>; Moreira L<sup>1</sup>; Lavarda M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sanatorio Allende, Córdoba

**INTRODUCCIÓN:** El esquema de tratamiento mieloablativo es la base de la efectividad del trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos en pacientes con neoplasia. Los regímenes más utilizados en el tratamiento de linfomas son: BEAM, CVB, BUCY, TBI. Existen algunas diferencias en cuanto a eficiencia/toxicidad entre estos esquemas y también en relación a la histología. Existe la necesidad de mejorar los esquemas de acondicionamiento y por otro lado existe una falta de disponibilidad de nitrosoureas en nuestro país. Esto ha llevado a la búsqueda de esquemas alternativos de condicionamiento. Uno de los nuevos esquemas consistió en la combinación de altas dosis de gemcitabina busulfan melfalan (GENBUMEL). Este protocolo fue desarrollado por el grupo de MDA basado en dos premisas: la infusión prolongada de gemcitabina en secuencia con BUMEL tienen acción sinérgica inhibiendo la reparación del DNA inducido por los alquilantes y que la gemcitabina induce la relajación de la cromatina aumentando el acceso de busulfan al DNA; comprobado por este grupo en líneas celulares de linfomas. Este grupo también mostró que no se modificó la farmacocinética de busulfan cuando se lo combina con gemcitabina. El objetivo de este trabajo fue evaluar respuesta y toxicidad en pacientes con linfomas refractarios/recaídos usando el condicionamiento GENBUMEL. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Entre octubre 2015 y febrero 2017 18 pacientes consecutivos con diagnóstico de linfoma recaído/refractario fueron tratados con altas dosis de quimioterapia con gemcitabina (2775mg/m<sup>2</sup> D-8y-3, melfalan 60 mg/m<sup>2</sup>, d-3-2, busulfan ev105 mg/m<sup>2</sup> d-8-5, según protocolo descrito por Nieto Y. (Bbmt1677,2012). Todos los pacientes dieron su consentimiento informado. Se realizó profilaxis de mucositis oral con frío y glutamina. Profilaxis anti infecciosa con fluconazol/ ciprofloxacina. Filgastrin 150 ug sc a partir día +4. Ursodiol o heparina para prevención de VOD. Edad media 36 años. L Hodgkin 11 ptes, LNH 7 (LCGDB 3, L MANTO 2, L FOLICULAR 1, LNH T PERIF 1). Quimioterapias previas promedio 2,5, (1 a 4). XRT previa 30%. Brentuximab previo 10%. HST-CI =3 >30% Status pretrasplante RC 10, RP 5, REF 3. Promedio de CD34\*kg infundido: 7,7 (1.6-20.4). **RESULTADOS:** Toxicidad hematológica GIII-IV: Media recuperación neutrófilos 11 d, recuperación plaquetaria 18 d. Fallo de injerto 0. Toxicidad no hematológica G III-IV: Mucositis 18/18, duración 6 d. Dérmica 7/18, duración 6 d. Hepática (transaminasas) 14/18, duración 4 d. Necesidad de vasopresores, ARM 1 pte. Mortalidad 0%. Duración de la internación +16. **RESPUESTAS:** evaluables 15, seguimiento medio 7,7 m (1m-15m) supervivencia libre progresión 100%, SLE 87%. **CONCLUSIONES:** Este estudio muestra que las altas dosis de gemcitabina adicionado al esquema busulfan melfalan, tiene toxicidad aceptable y es activo en pacientes con linfomas recaídos refractarios de alto riesgo. La toxicidad más importante de este régimen es la mucositis severa que requiere analgesia con derivados de la morfina pero de duración limitada. La dermatitis no fue una toxicidad importante; disminuyó significativamente posterior al uso de esteroides dosis única el día de la infusión de gemcitabina. La mayor parte de los pacientes hizo transaminitis que revirtió en forma rápida. Un paciente hizo enfermedad venoclusiva leve que cedió espontáneamente. La recuperación hematológica estuvo dentro de los tiempos normales. En cuanto a eficacia es de notar que los pacientes en remisión parcial se convirtieron a remisión completa y los pacientes refractarios evaluables hicieron remisión parcial. GENBUMEL es un condicionamiento alternativo con buena relación eficacia/toxicidad para pacientes con linfomas recaídos/refractarios y justifica la realización de estudios comparativos randomizados.

### NUEVA COMBINACIÓN DE VIEJAS DROGAS COMO CONDICIONANTE PRE-TRASPLANTE AUTÓLOGO EN LINFOMAS: BENDA-C-V, BENDAMUSTINA, CICLOFOSFAMIDA Y ETOPÓSIDO.

Jaimovich G<sup>1</sup>; Rosales Ostriz M<sup>2</sup>; Castro M<sup>2</sup>; Riera L<sup>3</sup>; Longoni H<sup>4</sup>; Foncuberta M<sup>5</sup>; Fernandez Escobar N<sup>6</sup>; Quejido A<sup>6</sup>; Duarte P<sup>3</sup>; Vitriu A<sup>5</sup>; Vizñay J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Fundación Favaloro y Sanatorio Anchorena, <sup>2</sup>Sanatorio Anchorena, <sup>3</sup>CEMIC,

<sup>4</sup>Hospital de Clínicas de Buenos Aires, <sup>5</sup>Instituto Alexander Fleming, <sup>6</sup>Fundación Favaloro

Las altas dosis de quimioterapia seguidas del trasplante autólogo de progenitores hemopoyéticos son parte del tratamiento estándar tanto de los pacientes (pts) con enfermedad de Hodgkin o linfomas no-Hodgkin que han fallado a tratamientos de primera línea o como consolidación de la remisión en casos de linfoma del manto o de células T. Varios regímenes de acondicionamiento han sido usados y ninguno ha demostrado superioridad sobre los restantes. Desde 1990, la asociación de carmustina, ciclofosfamida y etopósido (CBV) fue de uso habitual y difundida en el mundo así como en la Argentina. Desde el año 2013 la carmustina no está disponible en el mercado local por lo que debimos diseñar un régimen alternativo para el acondicionamiento de los enfermos sustituyendo a la carmustina por la bendamustina en el CBV. La bendamustina asocia dos propiedades antitumorales. Es un agente alquilante y tiene actividad antimetabólica. Ha demostrado una importante efectividad con resultados promisorios en el tratamiento de enfermos con linfomas de Hodgkin y no-Hodgkin. También se ha comunicado su utilidad como parte del acondicionamiento pre-trasplante en linfomas asociada a etopósido, Ara-C y melfalán (Benda-Beam). El presente es un estudio multicéntrico prospectivo fase II evaluando la seguridad y eficacia del régimen Benda CV (bendamustina 400 mg/m<sup>2</sup>, ciclofosfamida 4800-6000 mg/m<sup>2</sup> y etopósido 1000 – 2400 mg/m<sup>2</sup>). Se incorporaron al estudio 73 pts consecutivos, edad media 48 años (r 18-74 a.). Diagnósticos: Linfoma de Hodgkin: 24, linfoma difuso a grandes células B: 20, linfoma del manto: 15, linfoma T: 5 y otros diag: 9. Cincuenta y siete (57) pte recibieron 2 o más líneas de tratamiento. El estado pre-trasplante fue: 54 pts en remisión completa y 19 en remisión parcial. Se infundieron con un número medio de células CD34+ de 5,2 X 10<sup>6</sup>/kg (r: 1,2 – 26,9). Todos los pts, salvo 1 que murió tempranamente, presentaron recuperación hemopoyética de granulocitos (> .5 X 10<sup>9</sup>/L) luego de una media de 12 días (r: 9-17 d.) y de plaquetas (> 20X 10<sup>9</sup>/L.) luego de 15 días (r: 9-38 d.). La toxicidad grado III-IV más frecuente fue: Fiebre: 54 pts., diarrea: 14 pts, náusea y vómitos: 14 pts., mucositis: 13 pts., cardio-vascular: 8. Pulmonar: 2 pts. Todos los pacientes, salvo el que murió, se recuperaron de las complicaciones sin secuelas. La mortalidad relacionada al trasplante fue en un único caso (1 pt.) y hasta el presente reporte, con una mediana de seguimiento de 8 meses (r: 3- 25 m.) 6 pts murieron por progresión de enfermedad. Sobrevida global a 12 meses (Kaplan- Meier) : 88% (IC95%, 78-97) para todo el grupo y 92% (IC: 83 – 100) y 75% (IC: 48 – 100) para los trasplantados en RC y RP respectivamente. La sobrevida libre de progresión fue de 74% (IC: 58 – 90) y de 31% (IC: 5 – 55) para los trasplantados en RC y RP respectivamente. La toxicidad del régimen fue similar a la observada con otras combinaciones empleadas en el mismo contexto. Obviamente se necesita un seguimiento más prolongado para confirmar la toxicidad a largo plazo y la eficacia de este nuevo régimen.

### PERFIL CLINICO, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DE PACIENTES CON LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO (LCM). EXPERIENCIA DE ONCE AÑOS EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE.

Taus R<sup>1</sup>; Almada D<sup>1</sup>; Colombi Martínez F<sup>1</sup>; Agamennoni L<sup>1</sup>; Saba S<sup>1</sup>; Orlando S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIGA Rodolfo Rossi

OBJETIVOS: Evaluar la experiencia institucional en pacientes (ptes) con LCM en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de historias clínicas de ptes con LCM. Se evaluó la estratificación por índice MIPI, índice Ki-67 y tratamientos realizados en distintas líneas incluyendo trasplante de células progenitoras hematopoyéticas autólogo (TCPH).

RESULTADOS: Se analizaron 21 ptes en un lapso de 133 meses consecutivos (3/2006-3/2017). Edad promedio al diagnóstico 56.4 años (25-83). Relación M/F 4.25. Histología: variante blastoide 3, nodular y difuso 3, clásico 1, difuso 7, folicular 1, nodular 2 y no especificado a la derivación 4. Inmunohistoquímica (IHQ) con CDK1+ en 16/21. Índice de proliferación de Ki-67 especificado en 8/21. Estadio clínico III 2 ptes (10%) y IV 19 ptes (90%), con MIPI evaluable en 13/21 (62%). Riesgo bajo 1 (7%), intermedio 5 (38%) y alto 7 (54%). Compromiso extranodal al diagnóstico 19/21 (90%): médula ósea (MO) 18 (86%), hígado 3, bazo 2, otros 4. Tratamientos de primera línea: R-CHOP 11 ptes (52%), régimen con altas dosis de citarabina (HDAC) 9 (43%) (R-DHAP, R-HiperCyVAD, Protocolo MCL2) y corticoides 1. Recibieron consolidación con TCPH 8/21 (38%) (edad promedio 48). Status al momento de TCPH RC1 6 ptes, RC2 1 pte, RP 1 pte. Ocho pacientes recibieron tratamientos de segunda línea: HDAC 6, otros 3. Recibieron mantenimiento con rituximab 5/21 ptes: 2 post TCPH, y 3 del grupo no TCPH. Se registraron 3/8 recaídas post TCPH, a los 18, 20, y 72 meses. Mortalidad en grupo TCPH 1/8 (12%) (infección por CMV), mortalidad en no TCPH 8/13 (62%).

Respecto a los ptes que recibieron esquemas con HDAC como primera línea, se registraron 3 óbitos (3/9; 33%), 2 de los cuales se asociaron con toxicidad del tratamiento. En contraste, el grupo que no recibió HDAC de inicio presentó 6 decesos (6/12; 50%): 5 ptes no TCPH (3 PE, 2 neutropenia febril) y 1 pte TCPH (infección por CMV).

Al momento de realizar el análisis, sobrevida global (SG) 12/21 (57%), grupo TCPH 7/8 (88%) y no TCPH 5/13 (38%). Todos los ptes con TCPH vivos (7/7) a la fecha se encuentran en RC. De los pacientes no TCPH vivos (5/13) RC 2 ptes (1 espera TCPH), RP 2 ptes y PE 1 pte.

CONCLUSIONES: De los pacientes con LCM asistidos en la institución, 8/21 recibieron TCPH autólogo con mejor calidad de respuesta y sobrevida global. Los pacientes que recibieron regímenes con HDAC en primera línea presentan mejor evolución con mayor toxicidad asociada al tratamiento.

**BEEAM COMO ACONDICIONAMIENTO EN AUTOTRASPLANTE POR LINFOMA HODGKIN Y NO HODGKIN RECAÍDO/REFRACTARIO**

**Ovando C<sup>1</sup>; García P<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Privado

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TAPH) es una estrategia comúnmente utilizada en el tratamiento del Linfoma Hodgkin y no Hodgkin recaído/refractario así como en el Linfoma del manto en primera línea. Muchos esquemas de acondicionamiento han sido utilizados en este contexto, uno de los cuales BeEAM (bendamustina 320 mg/m<sup>2</sup>, etoposido 800 mg/m<sup>2</sup>, citarabina 1600 mg/m<sup>2</sup> y melfalan 140 mg/m<sup>2</sup>) ha mostrado tener toxicidad y efectividad aceptables en estudios publicados. Nuestro objetivo fue determinar las toxicidades más frecuentes, efectividad y los resultados por patologías en pacientes que recibieron acondicionamiento con BeEAM y TAPH por Linfoma Hodgkin y no Hodgkin recaído/refractario en nuestra institución. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron los registros clínicos de 48 pacientes consecutivos con diagnóstico de Linfoma Hodgkin (LH), Linfoma no Hodgkin Difuso de células grandes B (LDCGB), Linfoma del manto (LM), Linfoma Folicular (LF) y Linfoma No Hodgkin T (LNHT) que recibieron acondicionamiento con BeEAM y TAPH en nuestra institución desde Enero del 2015 a Diciembre del 2016. La estimación de SLE se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se utilizó el software estadístico StatsDirect. **RESULTADOS:** Recibieron acondicionamiento con BeEAM y TAPH 48 pacientes, 32 (66.6%) del sexo masculino, mediana de edad 42 años (rango: 13-68). Los diagnósticos fueron: LH 15 (31%), LDCGB 11 (23%), LM 13 (27%), LF 5 (10%) y LNHT 4 (8%). La mediana de células infundidas fue de CD34+ 3.99x10<sup>6</sup>/Kg (rango: 2.07-20.93). La mediana de tiempo al engraftment de neutrófilos y plaquetas fue de 11 (rango 9-14) y 13 (rango: 7-27) días respectivamente. La mediana de tiempo de internación fue de 23 días (rango: 19-32). Las toxicidades registradas fueron: Neutropenia febril en 42 (87.5%) pacientes, 5 (12%) de ellos con aislamiento de germen, la mediana de tratamiento antibiótico fue de 9 días (rango: 4-21); mucositis grado III-IV en 8 (17%) pacientes; insuficiencia renal aguda en 5 (10.4%) pacientes, uno de ellos con antecedente de IRC; se registraron un total de 7 (14.6%) internaciones asociadas a complicaciones infecciosas en los 180 días posteriores al trasplante; 4 (8.3%) pacientes recibieron tratamiento antifúngico y 2 (4.2%) presentaron infección por CMV; 7/30 (23.3%) presentaron dosajes de IgG < 400 mg/dl. No se registraron eventos de toxicidad pulmonar ni cardíaca. La mortalidad en los primeros 60 días post-trasplante fue de 2 eventos (4.2%) de los cuales un paciente falleció por sangrado en sistema nervioso central y otro por sepsis. Con una mediana de seguimiento de los pacientes vivos de 73 días (rango: 12 - 659), 41 (85.4%) pacientes se encontraban vivos. Se registraron un total de 9 (18.7%) recaídas, 7 (14.5%) de ellas en los primeros 180 días post-trasplante en pacientes que no se encontraban en RC previo al TACP. La mediana de SLE estimada para los pacientes según el diagnóstico fue para LH de 9.6 meses, LDCGB 14.7 meses, LM no se pudo estimar encontrándose 12/13 pacientes vivos y libres de enfermedad, los 5 pacientes con diagnóstico de LF se encontraban vivos y sin evidencia de enfermedad, 2/4 pacientes con diagnóstico de LNHT, uno de ellos con progresión de enfermedad, fallecieron. **CONCLUSIÓN:** El esquema BeEAM mostró toxicidad y efectividad aceptable como acondicionamiento de trasplante autólogo en pacientes con diagnóstico de LH y LNH recaído/refractario en nuestra institución.

**QUIMIOTERAPIA EN ALTAS DOSIS Y TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN CÁNCER DE TESTÍCULO DE CÉLULAS GERMINALES**

**Miretti V<sup>1</sup>; Martín C<sup>1</sup>; Castellanos L<sup>1</sup>; García J<sup>1</sup>; Basquiera A<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Privado de Córdoba, <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires

El cáncer de testículo de células germinales tiene altas tasas de curación con los tratamientos actuales. Una de las opciones en la enfermedad recurrente/refractaria es la quimioterapia en altas dosis y rescate de células autólogas. El presente trabajo analiza la experiencia de un centro en quimioterapia de altas dosis (QAD) de única aplicación con rescate de células autólogas en este tipo tumores. El objetivo principal es comparar la sobrevida global (SG) con la reportada en la bibliografía; el objetivo secundario es estudiar la SG según subgrupos (histología, estadio, grupo de riesgo a la recaída, estado de enfermedad tras quimioterapia de inducción, número de líneas previas al tratamiento de altas dosis y enfermedad post-trasplante). Es un trabajo descriptivo y retrospectivo que analiza los pacientes tratados desde enero de 1994 hasta diciembre de 2016 en un centro de tercera complejidad. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics (Version 19.0, SPSS, Chicago, IL, USA). El número de pacientes incluido en este trabajo es de 21 con un seguimiento medio de 5,35 años (Tabla 1). La SG a 5 años fue del 66,7%, mayor que la publicada en la bibliografía. En relación al análisis de objetivos secundarios se observó que las características clínicas desfavorables se asociaron a menor sobrevida global. Los resultados obtenidos en este trabajo retrospectivo son comparables a los reportados en la bibliografía, sin embargo, es necesario esperar los resultados de trabajos fase III que se encuentran actualmente en marcha para orientar la conducta terapéutica hacia aquellos grupos de pacientes que más se benefician.

Características de los pacientes	Pacientes (%)	SG
Edad: 26 años (Rango: 14 y 37)		
Histología		
· Seminomatoso	5 (23,8)	100%
· No seminomatoso	16 (76,2)	56,3%
Estadio		
· 2	10 (47,6)	80%
· 3	11 (52,4)	54,5%
IGCCCG Score		
· Bajo riesgo	6 (42,9)	83,3%
· Riesgo intermedio	21 (4,2)	50%
· Alto riesgo	6 (42,9)	83,3%
IPFSG Score		
· Muy bajo y bajo riesgo	2 (25)	100%
· Riesgo intermedio	5 (62,5)	100%
· Alto riesgo	1 (12,5)	0%
Esquemas de inducción de quimioterapia previa al trasplante		
· VeIP	1 (4,7)	
· VIP	1 (4,7)	
· VeIC	3 (14,3)	
· BEP	1 (4,7)	
· EMA-CO	1 (4,7)	
· PVB	1 (4,7)	
· ICE	1 (4,7)	
· Paclitaxel/Carboplatino	1 (4,7)	
· TIP	11 (52)	
Número de líneas previas		
· Ninguna	1 (4,8%)	100%
· Una línea	15 (71,4%)	73,3%
· Dos o más líneas	5 (23,8%)	40%
Enfermedad pre trasplante		
· RC (Respuesta completa)	8 (38,1%)	75%
· RP (respuesta parcial)	11 (52,4%)	72,7%
· Respuesta incompleta o progresión de enfermedad	2 (9,5%)	0%
Enfermedad post trasplante		
· RC	12 (66,7)	83,3%
· RP	5 (27,8)	40%
· Respuesta incompleta o progresión de enfermedad	1 (5,5)	0%

**MORTALIDAD TEMPRANA Y TARDIA EN TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYETICAS ALOGENICO EN PEDIATRIA**

**Fernández Escobar N<sup>1</sup>; Drelichman G<sup>1</sup>; Freigeiro D<sup>2</sup>; Canle O<sup>2</sup>; Diaz D<sup>2</sup>; Detoni D<sup>2</sup>; Soberon B<sup>2</sup>; Rivas F<sup>2</sup>; Jaimovich G<sup>1</sup>; Feldman L<sup>1</sup>; Castro M<sup>3</sup>; Cairnie A<sup>3</sup>; Milovic V<sup>4</sup>; Real J<sup>4</sup>; Trentadue J<sup>1</sup>; Saa G<sup>1</sup>; Requejo A<sup>1</sup>; Endara A<sup>1</sup>; Martínez G<sup>4</sup>; Vega C<sup>4</sup>; Landry L<sup>4</sup>**  
*1Fundación Favaloro, 2Hospital Gutiérrez, 3Sanatorio Anchorena, 4Hospital Alemán*

**INTRODUCCIÓN:** la mortalidad global (MG) es un factor que incide en los resultados del trasplante de células hematopoyéticas alogénico (TCPHA). Datos del IB-MTR indican que la frecuencia de MG es de 20-30% para TCPHA relacionado (TCPHA R) y 30-40% para los TCPHA no relacionados (TCPHA NR). **OBJETIVO:** investigar la incidencia y causas de MG temprana y tardía comparando pacientes (p) pediátricos con TCPHA R y TCPHA NR. **MATERIAL Y MÉTODO:** desde 1/2005 a 1/2017 se realizaron en 4 centros 116 TCPHA (64 TCPH R y 52 TCPHA NR). Fueron incluidos en este estudio todos los p ≤ de 15 años (a). Las distintas variables analizadas las dividimos teniendo en cuenta el tipo de TCPHA realizado. Edad x al TCPHA R: 9.4a y 6.8 a (TCPHA NR). Sexo (Mas/ Fem): 36/28 (TCPHA R) y 37/15 (TCPHA NR). **Diagnóstico:** TCPHA R: Patología Hemato-oncológica (PHO): 48 (75%) y patología no Hemato oncológica (PNHO): 16 (25%); TCPHA NR: PHO: 33 (63.4%) y PNHO: 19 (36.6%). **Fuentes:** TCPHA R: MO: TCPH NR: MO: 31 (59.6%) Sangre periférica: 8 (15.4%) Cordón Umbilical: 13 (25%). Las causas de mortalidad fueron categorizadas en 1) mortalidad relacionadas a la recaída (MRR); 2) mortalidad relacionada con el procedimiento (MRT) y 3) MG: MRT + MRR. A su vez dividimos estas categorías relacionándolas con el momento de aparición: ≤ a 100 días pos TCPH y ≥ 100 días del TCPH. **RESULTADOS:** Las distintas variables analizadas se resumen en la siguiente tabla

	MG	MRT general	MRT < 100 días	MRT > 100 días	Recaídas General (RG)	R < 100 días	R > 100 días	SLE
TCPH relacionado (n: 64)	20 (31.2%)	9 (14.1%)	4 (6.3%)	5 (7.8%)	11 (17.2%)	5 (7.8%)	6 (9.4%)	44 (68.8%)
TCPH No Relacionados N: 52	23 (44.2%)	10 (19.2%)	5 (9.6%)	5 (9.6%)	13 (25%)	7 (13.5%)	6 (11.5%)	29 (55.8%)
Análisis estadístico	P=0.101 NS	P=0.446 NS	P=0.512 NS	P=0.751 NS	P=0.317 NS	P=0.320 NS	P=0.704 NS	P=0.101 NS
Todos los TCPHA	43 (37.1%)	19 (16.4%)	9 (7.8%)	10 (8.6%)	24 (20.7%)	12 (10.3%)	12 (10.3%)	73 (62.9%)

La MRT temprana general fue baja (7.8%) no encontramos diferencias significativas entre los distintos tipos de TCPHA. Las causas de MRT temprana fueron VOD; PTLD, CMV; aspergilosis: 1 p por complicación. EICH agudo: 2 p; sepsis: 3 p. Las causas de MRT tardía fueron: sangrado en SNC; trombosis; Insuficiencia renal; PTLD: 1 p por complicación. EICH crónico: 3 p sepsis: 2 p. Mediana de seguimiento: 43.1 meses (rango: 2.9 - 130.7 meses). **CONCLUSIÓN:** Las tasas de MG (37.1%), la MRT temprana (7.8%) y tardía (8.6%) son similares a las reportadas en los centros internacionales. En el análisis estadístico no encontramos diferencias significativas entre los 2 tipos de TCPHA. La SLE para todos los TCPHA fue 62.9% demostrando que un grupo importante de pacientes pediátricos con patologías graves se puede curar con ambos tipos de TCPHA con una MRT aceptable al procedimiento.

**TRAYECTORIA Y EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE RECIBEN UN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS**

**Roizen M<sup>1</sup>; Dussel V<sup>2</sup>**  
*<sup>1</sup>Hospital Garrahan, <sup>2</sup>IECS*

**INTRODUCCIÓN:** El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento necesario para diferentes enfermedades pediátricas. El TCPH es un tratamiento complejo y con riesgo de vida, exigente tanto para el que lo recibe como para la familia. A largo plazo todos los receptores de un TCPH en edad pediátrica tienen en común haber padecido una enfermedad grave y recibido tratamientos intensivos con riesgo de vida, y un riesgo aumentado de aparición de problemas crónicos de salud o nuevos eventos, requiriendo una atención especial de su salud de por vida. Pese a los avances médicos y tecnológicos poco se conoce sobre el impacto que representa para las familias y las estrategias que éstas desarrollan en el proceso de cuidado. **OBJETIVOS:** Conocer la trayectoria y experiencia de las familias en el cuidado de niños que recibieron un TCPH. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Abordaje cualitativo, con entrevistas en profundidad. Población: familias de niños y adolescentes que recibieron un TCPH y en seguimiento actual en un centro argentino de referencia en trasplantes pediátricos, vivos y libres de recaída de su enfermedad, 1 año postTCPH como mínimo. Muestreo por conveniencia buscando diferencias socio-demográficas y médicas. Se entrevistó a aquellos individuos que conviven con el niño o adolescente trasplantado o intervienen en su cuidado activamente (pasado o presente). **Análisis:** Desgrabación verbatim de las entrevistas. Luego de un análisis de contenido se reconstruyeron las trayectorias de cuidado de cada familia en la construcción del cuidado de los niños, identificando tanto las diferentes instancias como su vivencia subjetiva. Este análisis se complementó con un análisis de “casos cruzados” comparando trayectorias. **RESULTADOS:** Se incluyeron nueve familias (11 cuidadores). Apareció como patrón común en las familias la llegada al TCPH como un quiebre absoluto en sus vidas (“antes y después”), emocional y fáctico. Esta llegada está acompañada por una intensa búsqueda, sentimientos encontrados y problemas en el manejo de la información por parte del equipo de salud. A partir de la internación por el TCPH las familias viven en una nueva realidad (quiebre entre “adentro y afuera”), donde deben resolver múltiples situaciones de índole práctica, y acompañar y asistir a su hijo enfermo y sintiéndose mal, en un contexto hostil y de total aislamiento, siendo testigos de otros casos dolorosos. Las familias movilizan múltiples recursos y estrategias que incluyen el soporte de su familia ampliada, el contacto con otras familias hospitalizadas, el apoyo en la religión, psicológico y del equipo de salud. Las trayectorias aparecen aún más difíciles en aquellas familias del interior del país, con menores recursos económicos, y/o donde los cuidadores deben quedarse solos a cargo del cuidado. El momento de salida de la internación también es movilizante, uniéndose la carga de lo ocurrido, el miedo hacia los futuros riesgos, y el encuentro con un afuera distinto de aquel previo a entrar. En relación a los efectos de la experiencia en los entrevistados, luego de un tiempo (más de un año), el impacto del momento crítico y sus repercusiones tempranas van acomodándose y las familias alcanzan una nueva estabilidad o “normalidad”. Actualmente persisten consecuencias y necesidades médicas en sus hijos y en el relato aparece muy actual lo duro que fue y es la experiencia, pero prima una sensación de que “valió la pena”. Las familias manifiestan sentir cambios relacionados con la experiencia, tanto concretos como de crecimiento personal. Aparece una fuerte necesidad de transmisión de su experiencia, y su utilidad para otras familias que van a pasar por el mismo proceso. **CONCLUSIÓN:** La percepción de la experiencia a largo plazo es muy difícil y de quiebre pero positiva y generadora de cambios en quienes la transitan. El estudio abre líneas de acción para mejorar la atención y seguimiento con estas familias, más adecuadas a sus necesidades.