

**TRASPLANTE ALOGÉNICO NO MIELOABLATIVO (TMO NO M) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HODGKIN (EH) RECAÍDOS POST TRASPLANTE AUTÓLOGO (TAMO).**

Ptm03

Bordone J, Kusminsky G, Foncuberta C, Garcia J, Martinez Rolon J, Bullorsky E., Dengra C., Cerutti I, Milone J.  
GATMO. Grupo Argentino de Trasplante de Médula Osea.

La recaída post TAMO es una desgraciada complicación en EH. El trasplante alogénico aporta un enfoque terapéutico diferente a través del mecanismo inmune anti tumor de la enfermedad de injerto vs. huésped(EICH).

La variante no mieloablativo del procedimiento disminuye los riesgos de mortalidad asociada.

Se analiza la factibilidad, riesgo y efectividad del TMO no M., en 13 pacientes que padecen EH y presentaron recaídas post TAMO. 7 mujeres y 6 hombres con una x de edad de 26 años. Habían recibido  $\geq$  de 3 líneas terapéuticas que incluía las altas dosis y el TAMO. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico al TMO no M., fue de 36 meses. Los pacientes fueron acondicionados con Fludarabina más: Melfalan(8p), Ciclofosfamida(3p), TBI(1p), Busulfan(1p). Las fuentes de células fueron, con un hermano histoiéntico 12 pacientes y en 1 con donante no relacionado. 4 pacientes fallecieron por complicaciones asociadas al TMO (MRT 28%): Shock (2p), sepsis(1p), SUH(1p). La mitad de los pacientes desarrolló alguna forma de EICH o ésta fue inducida por infusión de linfocitos. Con un seguimiento medio de 15 meses (r: 1-56), 7 pacientes están vivos, 5 de ellos desarrollaron EICH y se encuentran en RC los otros 2 tienen un seguimiento corto (+28 y +75). De los 4 pacientes que progresaron solo 1 presenta EICH.

El TMO no M es un procedimiento factible en EH recaídos post TAMO. La MRT es del 28%. En este grupo existe una clara asociación entre el control de la EH y la aparición de EICH.

**AUTOANTICUERPOS (AAC) EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUESPED CRONICA (EICHC).**

Ptm04

Puente D, Requejo A, Bonini N, Martinuzzo M, Listello V, Milovic V, Jaimovich G, Feldman L.

Unidad de Trasplante de Medula Osea Fundación Favaloro.  
ICTEM-HAleman-Bs.As

Diversos fenómenos de autoinmunidad se han observado en pacientes (pac) que desarrollaron EICHC post trasplante (Tx). Diferentes series demostraron la presencia de AAC antimitocondriales y anticardiolipinas, con una frecuencia variable.

**Objetivo:** Determinar la presencia de AAC en pac con > 1 año de evolución post Tx alogénico de médula ósea, con EICH en actividad. **Materiales y métodos:** De 19 pac de 1 a 14 años de evolución post tx con EICHC se realizó un estudio piloto de un grupo al azar de 5 pac (4 hombres, 1 mujer) uno de los casos de donante no emparentado. El rango de edades al momento del trasplante fue de 27 a 42 años con una mediana de 31. Las patologías que motivaron el tx fueron LMC en 2 pac, LMA (1), LLA (1) y síndrome mielodisplásico (1), encontrándose todos en remisión completa continua de su enfermedad de base. Esta evaluación se realizó entre 13 y 96 (mediana= 31) meses desde el Tx. Las localizaciones de EICHC fueron ocular (2/5), pulmonar (1/5), hepática (2/5), piel y mucosas (1/5) y articulaciones (2/5). Todos presentaron EICH agudo y fueron tratados con buena respuesta. Al momento del estudio los 5 pac estaban medicados con inmunosupresión. Se realizaron las siguientes determinaciones: anticuerpos antimitocondriales (AMA), antinucleares (FAN), antimusculo liso (ASMA), anti DNA, factor reumatoideo (FR), anticogulante lupico (AL) y anticardiolipinas (ACL)

**Resultados:** 2/5 pacientes presentaron títulos altos de ASMA, 1 de FAN y 1 de FR. Los pacientes con ASMA + tenían EICHC hepática. Ninguno presentó determinaciones positivas para AL, ACL y AMA

Estos resultados no coinciden con la literatura, donde se ha informado una frecuencia de 5,2 a 81% de AMA + en estos enfermos.

Si bien el número de pac es pequeño, los resultados obtenidos sugieren la necesidad de continuar con la evaluación.

**TRASPLANTE ALOGENICO DE PROGENITORES HEMATOPO-YETICOS (TMO) Y ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA (EICHC).**

Ptm05

Saba, Silvia, Mendez, Celina, Malacalza, Juliana, Canepa, Carlos,  
UTMO CUCAIBA, Hospital R Rossi

**Objetivo:** analizar la incidencia, grado de EICHC según score de pronóstico de Albrek (SP), la morbimortalidad y estadio de la enfermedad al momento del análisis (remisión completa: RC).

**Material y método:** entre el 6/3/95 y el 12/04/05 se realizaron 107 TMO en 106 pacientes. M:78, F: 29, edad promedio: 35.16 años. Diagnósticos: LMA: 23, LLA:12, LBA: 1, LMC: 35, SMD:7, LNH: 5, EH, 2, MM:3, AAS: 19. Acondicionamientos: Bucy: 85,CYGAT: 11, BucyVP16: 5, FluMel: 4, MEL200: 1, BEAM.1. La profilaxis de EICH agudo: ciclosporina/ metotrexato en 104 casos. Se analizo el score de pronostico para EICHC según Alberk, en estadios 1, 2 y 3, estableciendo causas de muerte y estadio de la enfermedad al momento del análisis.

**Resultados:** incidencia de EICHC 31.77% (34p), Grado 1: 16 ptes, 14 vivos (4 recaídas), 2 óbitos (1 pte en RC). Grado 2: 12 ptes, 10 vivos todos en RC, 2 ptes muertos en RC Grado 3: 6 ptes, 3 vivos, 1 en progresión. Procedimientos sin EICHC: 44 casos (41.12%), 18 (40.9%) fallecieron, 12 de ellos (66.66%) por progresión de enfermedad.

**Conclusiones:** la incidencia de EICHC de la población analizada es de 31.77% El análisis del SP (recuento de plaquetas, inicio progresivo y extensión >50% de piel), permite decir que los ptes con grado 1 el 87,1% esta vivo, pese al 28% de recaídas registradas en ese grupo. Del grupo 2 todos los pacientes están en remisión, 2 de ellos fallecen por infecciones o 2das neoplasia. En el grupo 3 la causa de muerte en los 3 pts fue recaída. Los ptes sin EICHC tienen una mortalidad del 40.9%, siendo 2/3 de los casos por progresión de enfermedad.

**TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA ALOGÉNICO (TMO) EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICO (SMD).**

Ptm06

Saba, Silvia, Duymovich, Nora, Balaguer, Gabriela, Cánepa, Carlos  
Servicio de Hematología, Hemoterapia y UTMO CUCAIBA, Hospital R Rossi,  
La Plata.

**Objetivo:** Presentar la experiencia del Servicio en pacientes (ptes) con SMD sometidos a TMO.

**Material y método:** Entre 6/3/95 y 27/5/05 se realizaron 112 TMO, 7 con SMD; 2 AREB-T, 3 AREB y 2 SMD sin clasificar. Edad promedio 34,5 años (24-50). En 7/7 se realizaron estudios citogenéticos al diagnóstico. La estadificación fue completada según variables pronósticas internacionales para SMD. Tres ptes recibieron quimioterapia previa al TMO. El acondicionamiento BuCy, 1 asociado a etopósido. 7/7 recibieron profilaxis de EICH aguda con ciclosporina/Metotrexato. Se utilizaron progenitores hematopoyéticos de donante histoiéntico relacionado, sangre periférica 5 con  $6.99 \times 10^8$  CMN/Kg promedio, o médula ósea en 2, con  $1.48 \times 10^8$  CMN/Kg.

**Resultados:** 5/7 ptes con injerto granulocítico (promedio día + 19) y plaquetario (promedio día + 37.6), 2 óbitos antes del injerto por hemorragia o enfermedad venooclusiva hepática (VOD). Promedios de día de internación 34, fiebre 3.4, antibiocioterapia 17.1, transfusiones de sedimento globular 6.2U y concentrados de plaquetas de donante único 13. De los 5 pacientes injertados, dos fallecieron por progresión de enfermedad (441.5 días de seguimiento promedio) y 3 están vivos y se encuentran en remisión completa hematológica (seguimiento promedio 582 días, rango, 469-799); dos cursando enfermedad injerto contra huésped crónica.

**Conclusiones:** Como está documentado en la literatura los ptes con SMD y donante histoiéntico relacionado sometido a TMO, alcanzaron supervivencia a largo plazo, superadas las complicaciones tempranas. La mortalidad precoz, se debió a hemorragia o VOD, y la mortalidad tardía fue debida a progresión de enfermedad.

### TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN MIELOMA MÚLTIPLE.

Ptm07

Sturich, AG; Ruzs, MC; Basquiera, AL; García JJ; Palazzo, ED.  
Servicio de Oncología y Hematología. Hospital Privado Centro Médico de Córdoba.

Entre agosto de 1994 y junio de 2005 se efectuaron 45 trasplantes autólogos en pacientes con mieloma múltiple. Al diagnóstico, el 62 % de los pacientes fueron estadio III y el 31% estadio II. La proteína monoclonal fue IgG 51%, IgA 19%, BJ 19% y 7% no secretores. La media de edad fue de 54,3 (rango 26 a 73), 20 de sexo femenino y 25 masculino. El estado previo al trasplante fue 12 pacientes en remisión completa (RC), 28 en remisión parcial (RP) y 2 con enfermedad estable (EE), el 98 % de los pacientes utilizó el esquema VAD de quimioterapia, de los cuales 31 (69 %) lo recibieron como único esquema. El tratamiento ablativo fue con melfalán 200 mg/m<sup>2</sup> en 36 pacientes, BuCy en 2 y CyMel en 5, seguido con rescate de células progenitoras hematopoyéticas (MO: 9 y SP: 36), la media de CD34+ en SP fue 5,96 x 10<sup>9</sup>/Kg (0,42 a 24,3). De los 45 pacientes evaluables para respuesta, 21 (47%) lograron RC; 21 (47%) RP y uno con progresión de enfermedad. Todos los pacientes tuvieron recuperación hematológica completa, alcanzando 1.000/mm<sup>3</sup> neutrófilos y 25.000/mm<sup>3</sup> plaquetas a una media de 11,7 y 18 días respectivamente. La media de recaída fue +592 días (86 a 2.258). Este tipo de tratamiento mostró un alto porcentaje de remisión completa, 47 %. Además la Sobrevida Global a 5 años desde el diagnóstico al último seguimiento fue de un 70 % y la Sobrevida libre de recaída postrasplante a 5 años fue de 43 %.

### EVENTOS CLÍNICOS EN PACIENTES PORTADORES DE MM SOMETIDOS A TCPH.

Ptm08

Montero Labat L, Orlando S, Balladares G, Canepa C  
Servicio de Hematología. Hospital Rossi. UTMO CUCAIBA, La Plata, Buenos Aires

**Objetivos:** 1. Presentar las características de los pacientes (ptes) portadores de Mieloma Múltiple (MM) que fueron sometidos a TCPH en la UTMO CUCAIBA. 2. Analizar los eventos clínicos observados desde el periodo pretrasplante en adelante. 3. Evaluar la sobrevida actuarial post TCPH.

**Material y Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo. Entre 8/94 y 5/05 38 ptes con MM recibieron 42 procedimientos de TCPH (39 autólogos y 3 alogénicos), 4 dobles (2 tandem, 2 rescates) La edad promedio fue de 50.1 años (27-62), y la relación M:F 1.62. Estadio al diagnóstico: I 5, II 7, III 30. 28 ptes recibieron 1 régimen (reg.) de QT previa, 12 ptes 2 reg., y 2 ptes 3 ó mas reg. Status al TCPH RC 29%, RP 69%, EE 2%.

**Resultados:** Se registraron un promedio de 7.5 eventos/pte (rango 1 a 31), de los cuales el 67% ocurrieron en periodo periTCPH, y 33% luego del día 100 post TCPH. Al evento 21.6% de los ptes estaban en RC, 56.2% en RP, y 21.2% en PE/recaída, y 74.6% se encontraban recibiendo QT. Los eventos observados fueron: infecciosos 43.8% (neutropenia febril 29%, infección asoc. a catéter 15%), gastrointestinales 10.6%, metabólicos 8.3%, mucositis 7.8%, Cardiovasculares 5.1%, óseos 4.6%, renales 2.3%, v otros 17.5%. La sobrevida actuarial del grupo a 60 meses es de 58%.

**Comentarios:** Se destaca la frecuencia de eventos infecciosos, y su asociación a quimioterapia oncológica, y el bajo número de eventos renales y óseos.

La sobrevida a 5 años se corresponde con datos del IBMTR.

### EVALUACION DE LA CAUSAS DE MORTALIDAD RELACIONADA CON EL PROCEDIMIENTO EN LOS 100 PRIMEROS TRASPLANTES DE MEDULA OSEA EN EL HOSPITAL DE CLINICAS.

Ptm09

Longoni H, Plana JL, Banchieri A, Minissale C, Albarracín F, Gutierrez JL, Brodsky A, Calahorra R.

Unidad de Trasplante de Médula Osea Hospital de Clínicas J. de San Martín.

Decidimos analizar las distintas causas de muerte atribuibles al procedimiento dentro de los primeros 60 días post trasplante, intentando diferenciarlas en 1) - relacionadas al acondicionamiento, 2) - relacionadas a la infusión, 3) - relacionadas a infección. Hasta mayo de 2005 se trasplantaron 100 pacientes.

Encontramos 9 pacientes fallecidos por causas relacionadas al procedimiento, 5 pacientes fallecen por causas relacionadas a infecciones: Pac.- A.S. Diag: EH Sepsis por E. coli y K. pneumoniae día +24. Pac.- G.M. Diag. EH Tromboflebitis supurada K. pneumoniae día +19. Pac. - C.J. Diag: MM Sepsis IRA día +14. Pac. - L.B.M. Diag. LMA. Sepsis, perforación intestinal por C. difficile día +8. Pac. - F.J. diag: LLC. Sepsis S. aureus, SDRA, día +21. Dos pacientes fallecen por complicaciones en el contexto de la Infusión de las células progenitoras: Pac.- B.W. diag. MM, con antecedentes de asma bronquial, fallece por Insuf. respiratoria aguda progresiva día + 4, luego de la infusión. Pac. - C.J. diag. LNH, Hemorragia cerebral con volcado ventricular, el día + 2, con plaquetas y coagulación normales; probable ruptura de aneurisma. Un paciente asociado a toxicidad de acondicionamiento: Pac. - G.P. Diag. Ca. Testículo en progresión con mal PS; fallece en el día + 6 por IRA e insuficiencia hepática.

**Conclusión:** en nuestra serie la principal causa de mortalidad fue la infecciosa; otros factores de comorbilidad estuvieron fuertemente asociados a la mortalidad relacionada al acondicionamiento y a la infusión.

### TRASPLANTE AUTOLOGO (TA) EN LINFOMAS FOLICULARES (LF). EXPERIENCIA DE FUNDALEU.

Ptm10

G. Milone, J. Martínez Rolón, M. Juni, I. G. Remaggi, Fernández, I, C. Corrado, P. Desmery, S. Pavlovsky.

FUNDALEU, Buenos Aires.

Entre Marzo de 1992 y Junio de 2005 se realizaron 59 TA de progenitores hematopoyéticos periféricos en pacientes (pts) con LF. El objetivo de la presentación es evaluar la eficacia del TA en la inducción de remisión completa (RC), supervivencia libre de eventos (SLE) y supervivencia global (SG) en esta población de pts. Sexo masculino 35 pts, femenino 24 pts, mediana de edad 50 años (rango 24-71), el 70% de los pts tenían estadios avanzados. El 59% (35 pts) se encontraba en RC o RCI 1,2,3 o 4 ; el 24% (23 pts) en remisión parcial 1,2 o 3 y un pte en progresión al ingreso a trasplante; el esquema de acondicionamiento fue BCNU 300 mg/m<sup>2</sup>, etopósido 2.400 mg/m<sup>2</sup> y ciclofosfamida + MESNA 120 mg/kg. El 36% (21 pts) recibieron MabThera 375mg/m<sup>2</sup> por 4 dosis como parte del trasplante. La mediana de células CD34+ fue de 7,6 x 10<sup>6</sup> x kg. Todos los pacientes tuvieron una recuperación hematopoyética completa. Los pacientes con enfermedad voluminosa antes del TA recibieron radioterapia 40 Gy al día + 60. La respuesta al TA fue RC/RCI 81% (48pts), con una mediana de seguimiento de 52 meses la probabilidad actuarial a 10 años de SLE fue del 32% y una SG del 51%. La mortalidad relacionada al trasplante (MRT) fue 1,7% (1 pt) y 2 pts tuvieron una segunda neoplasia a lo largo de su seguimiento. El factor más importante para la obtención de RC con el TA en LF continúa siendo el estado de la enfermedad al trasplante, los resultados obtenidos son similares a los reportados en la literatura, siendo un procedimiento seguro y de muy escasa mortalidad.

**RITUXIMAB PREVIO AL TRASPLANTE AUTOLOGO DE CELULAS PROGENITORAS DE SANGRE PERIFERICA EN LINFOMAS NO HODGKIN.**

Ptm11

Remaggi G, Juni M, Martínez Rolón J, Milone G, Fernández I, Corrado C, Desmery P, Pavlovsky S.  
FUNDALEU, BsAs.

**Objetivo:** determinar retrospectivamente los efectos del tratamiento con rituximab (R) previo al trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica (TACPSP) en pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH).

**Pacientes y métodos:** 44 pacientes con LNH (14 LF y 30 LDCGB) fueron tratados con R previo al TACPSP, ya sea como parte de la movilización o con los ciclos de QT, dentro de los 3 meses previos a la recolección de CPSP. Estos resultados fueron comparados con un control histórico con características similares con respecto a histología, estadio al diagnóstico, estatus al trasplante, esquemas de tratamiento previos, edad y sexo.

**Resultados:** con una mediana de seguimiento de 20 meses, la supervivencia libre de eventos (SLE) a 4 años fue 75% para el grupo con R y 58% para el grupo control ( $p$  0.14). La supervivencia global (SG) a 4 años fue 80% para el grupo estudiado y 70% para el grupo control ( $p$  0.419). A partir de los 2 años se observa una meseta en las curvas tanto de SLE como SG en el grupo R que no se observa en el grupo control. El uso de R no afectó la recolección de CPSP, el tiempo de recuperación de neutrófilos y plaquetas ni la muerte relacionada con el procedimiento. Los pacientes con R recibieron una media de 2,1 unidades de sedimento globular (USG) contra 1,16 USG en el grupo control ( $p$  0.009).

**Conclusión:** el uso de R previo al TACPSP produce mejor SLE y SG que el grupo control, no siendo al momento esta diferencia estadísticamente significativa. El uso de R no afecta la recolección ni el injerto de CPSP.

**UTILIDAD DE FRACCION INMADURA DE RETICULOCITOS (FIR) EN PACIENTES CON TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA (TMO).**

Ptm12

Dicugno M; Vera Morandini P; Ragoni M; Mongitore MR; Muryan A; Dotti C; Kahane L, Alonso M; Bullosky E.  
Hospital Británico de Buenos Aires. *Perdriel 74. Cap.Fed.*

**Introducción:** El monitoreo de la regeneración hematopoyética luego de TMO está basado en recuentos secuenciales en sangre periférica. El recuento de reticulocitos –RR– y la FIR, realizados en contadores hematológicos con Citometría de Flujo es un índice temprano de funcionamiento del TMO (engraftment) y precede al marcador tradicional (Recuento Absoluto de Neutrófilos –RAN–). Esta metodología nos permite medir distintos grados de fluorescencia de los Reticulocitos de acuerdo a su contenido de RNA.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de la FIR como marcador temprano de recuperación hematopoyética en pacientes sometidos a TMO y compararlo con el RAN. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 12 pacientes (entre 20 y 66 años, promedio 44.3) sometidos a TMO entre Julio y Diciembre de 2004 (5 Allo-TMO y 7 Auto-TMO). Se realizaron recuentos celulares, RR y FIR días previos y posteriores al TMO con analizador SYSMEX XE-2100 (ROCHE) que utiliza Polimetina como fluorocromo para realizar el RR. **Resultados:** Se observa aumento del RAN con una media de 12.8 días (9-17) y 9.3 días (8-15) para FIR. De los 12 pacientes 1 no tuvo engraftment. En 10 pacientes se observa que FIR antecede al RAN con una media de 3.3 días (1-10). En el paciente restante se observa aumento simultáneo de RAN y FIR. **Conclusión:** Por los resultados obtenidos concluimos que el RR y FIR post TMO, provee información útil, precisa y precoz de recuperación hematopoyética adelantando la detección del engraftment. Esta información podría eventualmente modificar conductas infectológicas.

**«POBRES MOVILIZADORES» (PM):REMOVILIZACION, RECOLECCION Y ENGRAFTMENT DE CPSP AUTOLOGAS DERIVADAS DE RECOLECCIONES MULTIPLES POR HIPERESTIMULACION CON G-CSF.**

Ptm13

Dengra C, López O, F.Sasso D, García Lombardi M, Battaglia L, Lucero G, Figueroa M, Koziner B.  
UTMO. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires. Argentina.

Un número significativo de pts se comportan como PM. Demostramos la eficacia de la re-movilización y engraftment con G-CSF 16 ug/kg/d, esperando un tiempo prudencial (1-2 meses) libre de quimioterapia y otros tóxicos medulares. Se incluyeron 7 pts con dx de linfoma (LNH 5; LH 2), con edad media de 43 años (r: 17-59): 4 se removilizaron y 3 se estimularon de inicio con 16 ug/kg/d de G-CSF, por predicción de movilización subóptima, basados en su historial: tratamientos previos, leucopenia MO hipocelular/fibrosis y administración de TMP- SMZ

#Mov.	Aféresis	CD34 X10 <sup>6</sup> /kg	Neu>500 (día)	Pq>20K (día)	Un GR	Un Pq
2	4+4	3.0	+14	+25	6	16
2	4+2	4.74	+10	+12	4	8
2	2+2	4.21	+11	+16	2	11
3	2+4+2	2.64	+10	+18	9	10
1	1	6.40	+11	+12	2	5
1	2	3.24	+12	+13	2	7
1	2	5.91	+11	+20	8	10

Pts 1 a 4 se mantuvieron PM pero el N° de CD34+ en la 1° aféresis del 2° intento fue mayor que en el primero.

Todos los pts recibieron folatos y Vi B12 durante el intervalo de espera; 3 pts suspendieron TMS y en 2 pts con antecedente de PCP se administró NBZ con pentamida. En este grupo de pacientes PM, se logró recolectar un N° adecuado de CPSP. La infusión de estas células generadas de múltiples recolecciones hiperestimuladas resultó en engraftment exitoso.

**MICROANGIOPATIA TROMBOTICA (M.T.) - SINDROME UREMICO HEMOLITICO DEL ADULTO (S.U.H.) POST – TMO ALOGENEICO.**

Ptm14

Bullorsky E; Gomez O; Setecasi S; Shanley C; Stemmelin G; Ceresetto J; Rabinovich O; Doti C; Vicente M; Gonzalez M; Cazap N.-  
Hospital Británico, Bs As.

La M.T. es una manifestación infrecuente en el período post-TMO, asociada en general al uso de ciclosporina A (CsA). Su incidencia es desconocida y se presenta con formas leves o moderadas, con hemólisis microangiopática y trombocitopenia, habitualmente reversibles al suspender la CsA. Las formas graves son muy raras y obligan a adoptar medidas terapéuticas enérgicas frente al riesgo de vida de los ptes. **CASO CLINICO:** pte de 24 a, con diag. de aplasia medular severa idiopática, tratada con TMO alogeneico en enero 02. Donante hermana HLA idéntica, isogrupo. Regimen condicionante pre-TMO ciclofosfamida+GAL e inóculo de stem cels. de S.P. Profilaxis de GvHD con CsA+prednisona, y CsA como profilaxis de rechazo. No desarrolló GvHD y la reconstitución hematopoyética e inmune fue completa. En mayo 05, bajo trat. crónico con CsA, desarrolla M.T.-S.U.H. caracterizado por anemia, deterioro de la función renal, moderada trombocitopenia, elevación de LDH y cuadro de dolor abdominal, que progresaron a pesar de la suspensión de CsA. **Tratamiento:** se realizaron 8 sesiones de plasmaféresis con recambio de 1.5 vollemias plasmáticas en cada una por plasma fresco congelado, asociadas a la administración IV de plasma cada 8 hs, prednisona y dipiridamol. La evolución se caracterizó por la lenta mejoría de los parámetros de hemólisis microangiopática y de función renal, con mantenimiento de Hto, Hb y recuento de plaquetas. Al alta clínica presenta : Hto 28 %; Hb 9.5 g%; plt. 175.000/mm3; cratinina 2.5 mg%; urea 123 mg%; LDH normal, persistiendo aislados esquistocitos en los controles de frotis de S.P. **Comentarios:** 1) La M.T. – S.U.H. es rara post-TMO, siendo en nuestra casuística el 1er caso severo en 161 TMO alogeneicos. 2) Formas leves, revirtieron rápidamente al suspender la CsA y reiniciarla a dosis ajustada. 3) el tratamiento de elección de las formas severas es con plasmaféresis intensivas, las que deben iniciarse a la brevedad, y con recambio por plasma fresco. 4) La etiología es desconocida, y en algunos ptes el comienzo es precedido por un cuadro febril inespecífico. 5) Se desconoce si existe posibilidad de recidiva o el cuadro se soluciona definitivamente con la suspensión de CsA.

**SEGUNDAS NEOPLASIAS POST TRASPLANTE DE MEDULA OSEA (TMO).**
**Ptm015**

Napal J, Bordone J, Prates MV, Garcia C, Argentieri D, Etchegoyen O, Milone J

ITMO. Instituto de Trasplante de Médula Osea. La Plata

**Introducción:** Las segundas neoplasias, son patologías descriptas en la evolución post trasplante; habitualmente asociada a la inmunosupresión. Los síndromes linfoproliferativos post trasplante habitualmente asociados a virus, son los más frecuentes. El trasplante de médula ósea impresiona como un procedimiento claramente diferente al resto de los trasplantes y esta diferencia también se observaría en la incidencia y tipo de tumor en su evolución.

**Objetivo:** Analizar la incidencia y características de segundas neoplasias de los pacientes sometidos a TMO en nuestro Instituto.

**Resultados:** Entre 06/93 al 04/05 sobre un total de 416 trasplantes, 132 Alogénicos y 284 Autólogos, se constataron 6 casos de 2das neoplasias en intervalos variables post procedimiento.

Caso	Enf. De Base	Acondic TMO	Tipo TMO	2da Neoplasia	Intervalo TMO Neoplasia	Evolución
1	MM	Melfalan	AUTO	Ca. Ep.Pulmon	120 meses	Obito
2	LMC	BuCy	ALO	Ad.Ca.Colon	72 meses	Obito
3	SMD	Bucy	ALO	T. Cel.Merckel	60 meses	Obito
4	LNH	CBV	AUTO	LMA	65 meses	Obito
5	LNH	CBV	AUTO	Ca. Vejiga	58 meses	26 meses
6	LNH	CBV	AUTO	LMA	4 meses	Obito

BuCy: Busulfan, Ciclofosfamida. CBV: Ciclofosfamida, Carmustina, Etoposido

Los datos obtenidos reflejan una incidencia de 2das neoplasias de 1.4% (6/416), no registrando ningún síndrome linfoproliferativo, 2 casos de leucemias agudas, siendo el resto tumores sólidos con evoluciones esperables para cada patología.

**EVOLUCIÓN DE PACIENTES TRANSPLANTADOS QUE RECIBIERON PREVIAMENTE IMATINIB MESYLATE**
**Ptm16**

Listello V, Bonini N, Milovic J, Jaimovich G, Puentes D, Requejo A, Garate G, Feldman L

ICTEM, F. Favalaro, H. Alemán

Imatinib mesylate (IM), inhibidor de la tyrosin kinsa, se ha convertido en el tratamiento estándar para pacientes con diagnóstico de LMC en fase crónica y avanzada, así como en casos aislados de LLA pH+. Es incierto si el tratamiento previo con IM afectaría la evolución del trasplante de progenitores hematopoyéticos aumentando su toxicidad y la mortalidad temprana (MRT). Estudios previos reportaron resultados contradictorios en este sentido. Analizamos la evolución de 7 ptes: masc. 4 y fem 3, edad mediana 32 años (19 a 51 años) que recibieron un trasplante alogénico en nuestra unidad entre julio/2003 y febrero/2005 luego de ser tratados con IM. Diagnóstico de LMC (5ptes) y LLA (2ptes). En la evaluación pretrasplante presentaron función hepática y renal normal. Recibieron IM con un rango de 400 a 800 mg/día, hasta el momento de la internación, durante 3 a 43 meses (mediana 7 meses). **Resultados:** 6/7 ptes. movilizaron discretamente los valores de bilirrubina (mediana BT2.9/BD1.4 mg/dl). 7/7 presentaron engraftment de neutrófilos entre el día +12 y +21 (mediana 14d), y 6/7 ptes. alcanzaron plaquetas > 25.000/mm entre los días +12 y +29 (mediana 18d), 1/7 falleció tempranamente por anemia microangiopática y sepsis. Con un seguimiento medio de 13 meses, 5/7 ptes permanecen vivos, 3 de ellos en remisión molecular. **Conclusiones:** En el grupo estudiado, los datos obtenidos sugieren que el IM no afectaría la recuperación hematopoyética y parecería no aumentar la morbi-mortalidad del procedimiento. Estudios prospectivos con un número mayor de pacientes podrán confirmar estos resultados.

**TRASPLANTE DE MEDULA OSEA. EXPERIENCIA EN 98 PACIENTES PERTENECIENTES A 3 CENTROS ONCOHEMATOLÓGICOS.**
**Ptm17**

Dres. Flores, M; Dragosky, M; Goldztein, S; Alcaraz, S; Annetta, I; Devoto, L; Gaiter, A; Luchetta, P; Marquez, M; Verri, V.

**Objetivos:** analizar las características y evolución de la población oncohematológica que requirió la indicación de un trasplante de médula ósea.

**Población:** 98 pacientes pertenecientes al Hospital Maria Curie, Hospital Durand, y al Instituto Henry Moore.

Los pacientes sin cobertura social representaron el 27,5%.

**Resultados:** Los pacientes presentaron las siguientes patologías: linfoma de Hodgkin 32casos (32,65%), linfomas no Hodgkin 30 casos (30,61%), leucemia 18 casos (9 mieloides crónicas, 7 mieloides aguda, 1 linfática aguda, 1 plasmática aguda) (18,37%), mieloma 16 casos (16,32), plasmocitomas 2 (1,75%).

El rango de edades es de 15 a 62 años, siendo el 63% menores de 40 años. Sexo masculino 53, femenino 44. Un total de 90 pacientes recibieron trasplante autólogo, y 8 alogénico: 6 LMC, 4 de las cuales fueron trasplante no relacionado, y 2 leucemia aguda.

Sobrevida desde el diagnóstico: de 8 a 216 meses. Sobrevida desde el trasplante: de 3 a 88 meses, distribuidos de la siguiente manera: de 0 a 6 meses 18,37%, de 7 a 12 meses 13,26%, de 13 a 36 meses 19,38%, de 37 a 60 meses 21,42%, de 61 a 108 meses 23, 47%, con más de 108 meses 4,10%.

Estado actual: 49 pacientes en remisión completa, y 37 pacientes fallecieron (11 Hodgkin, 9 LNH, 9 Mieloma, 5 Leucemia aguda, 2 LMC, 1 Plasmocitoma). 7 pacientes sin seguimiento y 4 en recaída.

**Conclusiones:** la indicación del trasplante de médula ósea como recurso terapéutico ha permitido la prolongación de la sobrevida en un porcentaje importante de pacientes con patologías no controlables por otros métodos.

**TRASPLANTE DE CELULAS PRECURSORAS HEMATOPOYETICAS (TCPH) EN PATOLOGIA ONCOHEMATOLOGICA**
**Ptm18**

Cugliari S., Caffaro J., De Stefano G., Custidiano R., Zerga M. Dto de Hematología. Instituto de Oncología "A.H.Roffo". UBA.

**Introducción:** El TCPH constituye una alternativa terapéutica para ptes. con enfermedades oncohematológicas, a fin de lograr su curación o prolongar su sobrevida. **Objetivos:** Revisar los ptes del Dpto de Hematología que fueron llevados a TCPH en los últimos 15 años y definir sus características. **Ptes y métodos:** De 1990 a 2004 (15 a) fueron efectivamente trasplantados 36 ptes. Se investigó: edad, sexo, diag., status de la enfermedad al TCPH, tipo del mismo y evolución. **Resultados:** 36 ptes. Sexo: 19 H y 17 M (relación H/M de 1,1 a 1). Edades: 18 a 69 a., con una media de 40,3 a. Se realizaron 38 procedimientos: 36/38 (94,7%) trasplantes autólogos y 2/38 (5,2%) trasplantes alogénicos relacionados. Los diag. fueron linfoma no Hodgkin (LNH) 24/36 (66,6%), enf. Hodgkin (EH) 7/36 (19,4%), mieloma múltiple (MM) 3/36 (8,33%), LLA 1/36 (2,7%) y 1/36 (2,7%) con diag. concomitante de MM y LLC. Un n° equivalente de ptes con intención de TCPH no llegó al procedimiento por razones que se analizan. **Discusión:** Los ptes fueron llevados a TCPH en las siguientes condiciones: EH y LNH en recaída quimiosensible (QS), MM luego de QT de inducción o en recaída QS. Evolución: El 5.5% (2/38) presentaron mortalidad peritrasplante (MPT). Veinte/36 (55,5%) se encuentran en RC, con una duración de 1 a 103 meses, 14/36 (38,8%) progresaron post TCPH, 10 de los cuales (27,7% del total) fallecieron. **Conclusiones:** 1) MPT 5,5%. 2) En estos ptes de mal pronóstico, el TCPH habría derivado en prolongación de sobrevida global. 3) No se observaron complicaciones tardías del TCPH. 4) Lograr un mejor impacto del TCPH en la evolución de los ptes, dependerá de optimizar las indicaciones y de acortar los tiempos entre la indicación de mismo y su efectiva realización.

**DETERMINACION DE CD34 PERIFÉRICAS Y LEUCAFERESIS DESTINADA A TRASPLANTE****Ptm19**

Martínez M, Schuttenberg V, Alba L, Gomez S, Fynn A, Costa A, Formisano S, Cuello F, Ferrere E, Fernandez R, Aznar M, Ninomiya M, Pistaccio L

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital de Niños SM Ludovica. La Plata.

**Objetivo:** evaluar la correlación entre las células precursoras periféricas (CPP) CD34 circulantes pre-leucaferesis y las CD34 obtenidas en la colecta. **Materiales y métodos:** se realizó la revisión retrospectiva de 95 colectas de CPP realizadas entre Dic/00-Junio/05; en 37 ptes con patologías oncológicas y 15 donantes relacionados. Se utilizó para la leucaferesis una COBE Spectra. La determinación de CD34 en SP y en la colecta fue por citometría de flujo. En 35 ptes se utilizó para movilizar la CPP: CFM+G-CSF; y en el resto 1 FLAG, 1 IFO- VP. En 3 ptes (2 NB-1 LMA) no se logró una movilización adecuada ( $CD34 < 2 \times 10^6/kg$ ) Los donantes recibieron G-CSF 10  $\mu g/kg$  c/12 hs por 5 días, realizándose la colecta al 5º día. **Resultados:** La mediana de edad, peso, de N° de aféresis y día de inicio de la colecta (autólogos) fue de 11a (r2-17a), 34 Kg (r12-75Kg), 2 (r1-5) y día 11 (r9-19d), respectivamente. Fueron evaluables 66 colectas. En 18 (27%) los valores de CD34 tuvieron una mediana de 9,3/ $\mu l$  (r 3-13) en SP y de 0,71 $\times 10^6/kg$  en la colecta. En 48 (73%) los valores de CD34 tuvieron una mediana de 42,5 / $\mu l$  en SP y de 3.6 en la colecta. Hubo correlación entre el N° de CD34 preleucaferesis y las colectadas (r 0.60, p < 0.001). El umbral de CPP para obtener una colecta superior a 2 $\times 10^6/kg$  fue de 15/ $\mu l$ . La media de engraftment fue día+ 11 para neutrófilos y día +13 plaquetas (todos los ptes recibieron = 2 $\times 10^6/kg$ ).

**Conclusión:** nuestros resultados sugieren que las CPP se correlacionan con una colecta adecuada. En nuestra experiencia un valor pre-leucaferesis > 15/ $\mu l$  de CD34 predice una colecta superior a 2  $\times 10^6/kg$ , permitiendo elegir el tiempo óptimo de colecta.

**EVALUACION PRE-TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMOPOYETICOS EN NIÑOS Y DONANTES.****Ptm20**

Gomez S; Cuello MF; Schuttenberg V; Costa A; Formisano S; Bordon Cueto V., Fernandez R.

UTMO Htal. De Niños de La Plata.

**Objetivo:** Determinar el impacto de los estudios en los criterios de elegibilidad.

**Población:** se evaluaron 93 pacientes y 50 Donantes.

**Métodos:** Se considero en pacientes el status clínico y de remisión de enfermedad de base; panel serológico, químico, aspectos cardiovascular, funcional pulmonar, endocrinológico, odontológico, ORL, oftalmológico y nutricional. En los donantes se evaluó los aspectos clínicos, cardiovascular y serológico.

**Resultados:** Se detectaron en los pacientes evaluados: alteraciones odontológicas 40%, Hipogammaglobulinemias leves 20%, Nutricionales 15,5%, ORL 14 % Disfunciones Pulmonares 14 %, Oftalmológicas 14 %, Cardiovasculares 10%, Endocrinas 3,3%. Los porcentajes de serología IgG fueron: CMV 75%, EBV 64%, HAV 35 %, Toxoplasmosis 28%, HVB 2,2%, HVC 1%, Chagas 1%, HIV 1%. Se detecto en los donantes serologías IgG: : CMV 84%, EBV 70%, Toxoplasmosis 26%, HAV 18%, Brucelosis 4%.

**Elegibilidad:** El trasplante fue efectivizado en el 96,7%, (90/93 pac.) 3,22% (3 pac.) fueron excluidos por tratarse de candidatos para autotrasplante y presentar médula ósea en recaída al momento del procedimiento.

**Conclusión:** Si bien se trata de una evaluación completa y fueron halladas alteraciones orgánicas, solo el status de remisión tuvo impacto en los criterios de exclusión en candidatos a autotrasplante. Todos los donantes fueron elegibles.

**TRASPLANTE AUTOLOGO (ATPH) DE PROGENITORES HEMOPOYETICOS EN NIÑOS CON NEUROBLASTOMA****Ptm21**

Gómez S., Martínez M. Schuttenberg V., Cuello F., Costa A., Formisano S., Fernández R.

Servicio de Hematología Hospital de Niños de La Plata

**Objetivos:** Analizar los resultados. **Población:** Desde 3/01 hasta 3/05 se realizaron 15 ATPH. Mediana de edad 4 años (r2 -16a) Todos los ptes presentaban Estadios IV al diagnóstico. **Pacientes y Métodos:** Al procedimiento, 14 niños se encontraban en primera remisión completa y dos niños en buena remisión parcial con inóculo GD2 neg. Tiempo de diagnóstico al procedimiento: 9 meses (r7-17meses) Fueron utilizados fuentes de progenitores celulares periféricos (SCP) para 15 ptes, dos de los cuales recibieron además MO. Inóculo: las células nucleadas totales fueron: 9,8 $\times 10^6/kg$  (r4-21.9), CD34 6,27 $\times 10^6/kg$  (r1,14-32,5) Acondicionamiento: Todos los ptes recibieron Busulfan 16 mg/kg los días -5,-4,-3,-2 y Melfalan 145 mg/m<sup>2</sup> día -1 y luego del ATPH los últimos 8 ptes recibieron ácido cis-retinoico. Las SCP fueron movilizadas con ciclofosfamida 4 gr/m<sup>2</sup> y filgrastim 10 mcg/kg y las colectas fueron realizadas con una Cobe Spectra®. **Resultados:** Con un seguimiento medio de 20 meses (r 4-56 m), sobreviven 8 niños sin enfermedad (47%), 7 ptes fallecieron: 6 por recaída (40%) y 1pt. por aspergilosis pulmonar durante la neutropenia. El tiempo mediano de recaída fue 7 meses (r2-14m) El tiempo medio engraftment de neutrófilos fue de 10 días (r8-56d) **Conclusión:** El procedimiento fue bien tolerado. Los porcentajes de sobrevida y de recaída son comparables a las publicados.

**TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMOPOYETICOS****Ptm22**

Gómez S., Formisano S., Schuttenberg, Costa A., Cuello F., Fernández R.,

Scio de Hematología Hospital de Niños de La Plata.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia, el impacto y las etiologías de las complicaciones pulmonares (CP). **Población:** Se evaluaron 50 niños con autotrasplante de progenitores hemopoéticos (AutoT) y 50 niños con alotrasplante relacionados (AloT) Edad mediana 10 años (r3a-14a) Acondicionamientos: Quimioterapia 12 pts (71%), Quimioterapia con irradiación corporal total (ICT) 5 pts (29%) **Resultados:** 19% de los niños presentaron CP (19/100 pts) Se demostró causa infecciosa en 89% (17/19pts): Bacterianas 8 pts (47%)-, Virales 4 pts (23%)-, Micóticas 5 pts (30%) y se detectó Bronquiolitis obliterantes (BO) 11% (2 pts) El tiempo de aparición medio de las CP fue de 79 días (r3-420d). 84% (16 pts) de las CP se detectaron en los AloT y 16% (3pts) en los AutoT (p<0,005) Las dos BO se presentaron en los pts con AloT, ICT y EICH crónico. Evolución: 5% (5 pts) de los pts fallecen a causa de CP, 4 pts durante ventilación asistida. En los AloT, fallecen 4 pts (2 pts por BO, 1 pt por virus sincicial respiratorio y otro por aspergilosis pulmonar) y en los AutoT fallece 1 pt (aspergilosis pulmonar) (p<0,005). **Conclusiones:** Las complicaciones pulmonares son eventos relevantes que impactaron negativamente en la sobrevida de los pacientes; fueron mas frecuentes y presentaron mortalidad significativamente mayor en los niños con alotrasplantes; las etiologías infecciosas fueron sus causas mas frecuentes.

### TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS AUTOLOGOS (TPHA) EN NIÑOS CON LINFOMA DE HODGKIN.

Ptm23

Servicio de Hematología Hospital de Niños de La Plata. Gómez S., Martínez M. Schuttenberg V., Cuello F., Costa A., Formisano S., Fernández R.

**Objetivo:** Evaluar los resultados. **Población:** 12 niños recibieron TPHA desde 2/00 hasta 3/05. Edad mediana fue 14 años (r8-16a) Rel V:M 11:1. Se trasplantaron 9pts por recaída y 3 pts por enfermedad resistente. Status de enfermedad al procedimiento: 9 pts se encontraban en RC y 3 RP. LDH resultó aumentada en 5/10 pts evaluados. Tiempo del diagnóstico a la recaída 20,5 meses (r12-72 m) En todos los pts se utilizaron progenitores de sangre periférica Las células nucleadas totales fueron de  $10,9 \times 10^9/\text{kg}$  (r3,7-19,7) y de CD34  $4,37 \times 10^6/\text{kg}$  (r1,45-9,33) Acondicionamiento: 11 pts recibieron CBV Ciclofosfamida 1500mg/m<sup>2</sup> -5-4-3-2 BCNU 150mg/m<sup>2</sup> -8-7-6 Etoposido 800mg/m<sup>2</sup> días -8-7-6; 1 pte recibió Busulfan 4 mg kg día por 4 días -6-5-4-3 y Melfalan 145 mg m<sup>2</sup> día -1. Todos los pts recibieron radioterapia de campos comprometidos post TPHA y fueron movilizados con Ciclofosfamida 4 gr /m<sup>2</sup> y filgastrim 10 µgr/kg/día. **Resultados:** con una mediana de seguimiento de 21 meses. (r 2-62m), 10 pts se encuentran en remisión completa. La sobrevida libre de eventos fue de 81%. No hubo mortalidad asociada al tratamiento. 2 pts fallecieron por progresión de la enfermedad (18%) Se observó hipotiroidismo como efecto tóxico tardío en 3 pts. **Conclusión:** El trasplante autólogo en pacientes con linfoma de Hodgkin de alto riesgo, muestra resultados preliminares alentadores, excelente tolerancia y nula mortalidad asociada. Los efectos tóxicos tardíos fueron mínimos. Estos resultados deben continuar su evaluación con mayor seguimiento.

### RECOLECCIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS DE SANGRE PERIFÉRICA (CPSP) Y TRASPLANTE AUTÓLOGO (TA) EN INFANTES < DE 15 KG.

Ptm24

F Sasso D; López O; Chantada G; G Lombardi M; Diez B Lucero G; Battaglia L; Denigra C; Figueroa M; Koziner B  
UTMO, Instituto Argentino de Diagnostico y Tratamiento Ciudad de Buenos Aires

Entre 07/2001 y 07/2005 realizamos 15 TA de CPSP en infantes <de 15kg. Para la recolección utilizamos la técnica de leucoaféresis de largo volumen LVL (3 o mas vollemias), con el fin de optimizar resultados y minimizar riesgos en 7 pts de sexo femenino y 8 masculino, con una media de edad de 22 meses (r:8-38) y de peso de 12,6 kg (r:9,8-14,8), 7 pts con dx de neuroblastoma y 8 con diferentes tipos de tumores del SNC. Luego de 4 días con G-CSF sc a 10ug/kg/día se les colocó en quirófano catéter central 7Fr (14 subclavios y 1 yugular). Para la LVL se utilizó separador celular de flujo continuo COBE Spectra 6.1, con priming con GRD, desleucocitados e irradiados y como anticoagulante ACD-A con heparina. El producto se conservó en nitrógeno líquido a -196° en medio crioprotector, hasta el día del trasplante. La media de procedimientos por pt fue 2 (r: 1-4) y de CD34+  $4,66 \times 10^9/\text{kg}$  (r:2,33-7,25). El volumen medio de sangre procesada fue de 5.010 ml y de vollemias de 4,5 (r: 3-6) en un tiempo promedio de 179 min (r:140-261). Los pacientes estuvieron acompañados por sus padres, bajo monitoreo permanente. No se observaron efectos adversos. No se observó descenso del Hto post recolección, pero sí del recuento plaquetario (media de 59%). Se observó neutrófilos >500xmm<sup>3</sup> y plaquetas >20.000xmm<sup>3</sup> los días + 10 y +18 (r: 9-13/9-37) post TA, respectivamente. La recolección de CPSP con LVL para su utilización posterior en TA demostró ser una práctica segura y efectiva en niños menores de 15kg.

### TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TACPH) EN PEDIATRÍA: 11 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN ARGENTINA.

Ptm25

Bonduel M, Staciuk R, Figueroa C, Raslawski E, Zelasko M, Magaldi G, Rossi J, del Pozo A.

Hospital de Pediatría «Prof. Dr. Juan P Garrahan», Buenos Aires, Argentina.

El TACPH es el tratamiento curativo de diversas enfermedades en Pediatría. El objetivo de este estudio es describir retrospectivamente una serie de pacientes (pacs) que recibieron en forma consecutiva TACPH en este hospital. Desde abril 1994 hasta junio de 2005, se realizaron 198 TACPH a 188 pacs, mediana de edad (rango) 8,6 (0,1 - 21) años, 120 varones (64%). Se efectuaron segundos trasplantes (TX) en 10 pacs. Se utilizó médula ósea en 194 TX (21 con donante familiar no histoiéntico) y sangre de cordón umbilical en 4 TX (1 con donante no familiar histoiéntico). Las indicaciones fueron: anemia aplásica severa, 55 pacs; leucemias linfoblástica y mieloblástica agudas, 42 pacs y 29 pacs, respectivamente; inmunodeficiencias primarias, 27 pacs; síndromes mieloproliferativos y mielodisplásicos, 16 pacs; otras, 19 pacs. Ciento treinta pacs (69 %) carecían de obra social. Se utilizaron quimioterapia y radioterapia como regímenes de acondicionamiento; en 39 niños mayores de 2 años con LLA y en 5 pacs con segundo TX se empleó irradiación corporal total. En 117 TX (69 %) se administró ciclosporina y metotrexato como profilaxis de la enfermedad injerto contra huésped aguda (EICHA); 19 pacs con inmunodeficiencias combinadas severas recibieron médula ósea con depleción de linfocitos T. La frecuencia de EICH aguda y crónica fueron de 47 % y 19 %, respectivamente. La mortalidad temprana fue 13 % y la tardía 10 %. 17 pacs (9 %) fallecieron por recaída leucémica. La probabilidad de sobrevida global fue de 67 %, con una mediana de seguimiento de 26 meses. El Score de Lansky y de Karnofsky fue > de 90 en 120 sobrevivientes (94%).

Los resultados de este estudio muestran la posibilidad de realizar con éxito procedimientos de alta complejidad en un hospital público en Argentina. El desarrollo de este programa permitió realizar trasplantes en niños con patologías diversas, algunos de los cuales han sido los primeros casos reportados. Se obtuvieron resultados similares a otros centros pediátricos de vasta experiencia, a pesar de los indicadores sociales de riesgo.

### ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUESPED EN LA INFANCIA (EICH)

Ptm26

Gómez S, Formisano S Schuttenberg V., Cuello F, Costa A., Fernández R.

Servicio de Hematología Hospital de Niños de La Plata.

**Objetivos:** Analizar las características de la EICH. **Población:** Se estudiaron 50 niños con alotrasplantes de progenitores hemopoéticos Edad mediana 9 años (r 5m-17años). **Pacientes y métodos:** Los donantes incluyeron: 29 varones y 21 mujeres (1 múltipara): 48 hermanos (96%) y 2 progenitores. **Compatibilidad HLA:** 6/6 Ag: 48pts (92%) y 5/6 ag 4 pts (8%) **Profilaxis EICH:** recibieron CSA o FK+MTX 88% (44pts) y CSA o FK+PDN 3pts sin profilaxis 1pt, CSA 2 pts. **Fuentes:** Médula ósea (MO) 56%, (28 pts), células periféricas (CP) 38% (19 pts) y progenitores de cordón umbilical (PCU) 3 (6%) **Celularidad Células Nucleares totales:** MO  $3,52 \times 10^9/\text{kg}$  (2,21-7,6) CP  $13 \times 10^9/\text{kg}$  (3-31) y Cordón  $8,9 \times 10^9/\text{kg}$  (0,6-25,6). **Resultados:** La **EICH Aguda** se observó 50% (25/50 pts) Los sitios comprometidos fueron: Piel 88% (22 pts) hepático 64% (16 pts) e Intestinal 56%, (14 pts) **Estadios:** I 32% (8pts) II 40% (10pts) y III 28% (7pts). Se asoció con el uso de CP 12pts (48%), con MO 12pts (48%) y con PCU 1pt (4%). **EICH Crónica:** se observó en 22%, (11/50 pts) fue localizada en 3 y extensiva en 8 pts Se presentó post EICH aguda en 9 y de novo en 2 pts Se asoció con el uso de CP en 64%, (7pts) y MO en 36% (4pts) (p<0,005) Con un seguimiento medio de 35 meses, sobreviven 72% de los pacientes (36 niños), con EICH crónico extensivo estable 18 % (9 pts). Fallecieron 28% (14 niños); por progresión de enfermedad 20% (10 niños), por EICH agudo 4% (2 pts), por EICH crónico 4% (2pts). **Conclusiones:** La incidencia del EICH agudo y crónico es concordante con la publicada. La EICH crónica fue significativamente mayor con el uso de células progenitoras periféricas.

**BANCO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL  
PARA USO AUTÓLOGO E INTRAFAMILIAR.**
**Ptm27**
**ANÁLISIS DE 1367 MUESTRAS**

Bayo, R., Madeo, P., Maceri, A., Chillik, C.

*MaterCell. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Las muestras del presente reporte fueron tomadas entre el 1º de Octubre de 2003 y el 30 de junio de 2005. Provinieron de Capital 696 (50,9%), Buenos Aires 487 (35,6%), Córdoba 37 (2,7%), Santa Fe 36 (2,6%), Mendoza 29 (2,1%), San Juan 17 (1,2%), Salta 16 (1,2%), Entre Ríos 8 (0,6%), Neuquén 7 (0,5%), La Pampa 8 (0,5%), Chubut 6 (0,4%), Río Negro 5 (0,4%), Misiones 5 (0,4%), Uruguay 4 (0,3%), Tucumán 3 (0,2%) y Corrientes, Formosa, La Rioja y Tierra del Fuego cada una 1 (0,1%). Edad de las parturientas 33 (18 - 50) media (m) 33,2 años. Recolección asistida por MaterCell 814 (59,5%), obstetras sin asistencia 553 (40,5%). Peso recién nacidos 3.300 (943 - 4.780) m 3.287,4 g. Edad gestacional 39 (28,4 - 42) m 38,7 semanas. Cesáreas 810 (59,3%), Vaginales 532 (38,9%), Forcípales 25 (1,8%). Recolección: intrauterina 475 (34,7%), extrauterina 92 (6,7%) y mixta 800 (58,5%). Volumen de sangre de cordón 70,1 (10,2 - 221,5) m 74,06 ml. Recuento inicial 10.950 (1150 - 46.500) m 11.830,4 cel/ml. Viabilidad 99 (6 - 100) m 99,03%. Celularidad total criopreservada 895 (4-57) m 988 millones (M) de células. El porcentaje de CD34+ 0,5% (0,1% - 3,6%) m 0,65%. CD34+ totales criopreservadas 4,5M (0,09M - 63,5M) m 6,6 M de células. Consideramos que dada la utilidad de las células madre presentes en la sangre del cordón umbilical y vasos placentarios, la posibilidad de evitar su habitual descarte representa un servicio valorable.

**NECESIDAD DE REGISTRO PARA EVITAR  
TRANSFUSIONES (T) AZAROSAS ENTRE  
CONSANGUÍNEOS (C).**
**PV01**

Fernández J, Campestri R, Fridman S, Acevedo M, Pressiani V, Benzádon R, Dupont J, Garay G, Riveros D y Cacchione R.

*Servicio de Hematología y Hemoterapia. CEMIC. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.*

La enfermedad injerto contra huésped relacionada a transfusión (EiCH-T) es una complicación de T entre C, habitualmente no registrado. **Objetivo:** determinar la importancia de registrar la consanguinidad para evitar EiCH-T por T azarasas entre C. **Material y Métodos:** de 01/2001 a 05/ 2005 fue registrada la presencia de consanguinidad entre dadores y pacientes (p) en el Libro de Donantes y en las bolsas madre y satélite de plaquetas; las donaciones (Dn) fueron dirigidas (D) y no D. Se registraron 20.038 Dn de sangre de las que se obtuvieron 34.001 unidades (Us) de hemocomponentes celulares (HCC) aptos para T. Del total de Dn, 3.626 (18,1%) fueron C con el p y se obtuvieron 6.980 Us de HCC (20,5%) aptas para T. A efectos de investigar las chances de T azarosa de HCC a C, luego de haber excluido las ABO/Rh (1.438) (20,6%) incompatibles, fueron eliminadas para el análisis, las siguientes Us: 1) Us ya transfundidas o dadas de baja al momento de la solicitud de T (sT), 459 (6,6%), 2) Us no donadas al momento de la sT (donantes de reposición) 761 (10, 9%), 3) Us irradiadas (CD, inmunodeficiencias, trasplantes, etc.) 836 (12%) 4) Us no transfundidas por no existir sT para el pt C, 1.465 (21%). **Resultados:** las Us provenientes de C y en condiciones de ser transfundidas a un p C, fueron 2.021 de 6.980 (29%). Según el Libro de Contabilidad, al momento de las sT para C, la S ponderada de todos los saldos de HCC provenientes de C, fue de 2.238 Us. Asimismo, al momento de las sT para C, la S ponderada de todos los saldos de HCC no provenientes de C, fue de 52.630 Us. En este estudio, la probabilidad (P) porcentual que un p reciba al menos una U de HCC proveniente de un C de forma aleatoria es de  $[2.238 / 52.630 + 2.238] \times 100 = 4,08$ . En ASH 2004, referimos una probabilidad de 3,6 % de recibir HCC de C de manera azarosa. La elevación de 3,6 % a 4,08 % ( $p < 0, 01$ ) podría atribuirse a disminución de Dn voluntarios (de 4,1 % a 3,4 %). **Conclusión:** se desconoce la incidencia de EiCH-T y la suponemos muy baja; no obstante, la P de 4, 08 % de recibir al menos una U de HCC proveniente de un C de manera azarosa es elevada. Consideramos que el registro de la consanguinidad debiera ser obligatorio para disminuir riesgos en la transfusión de HCC.

**LEUCOCITOS E ÍNDICES LEUCOCITARIOS EN  
NEONATOS SANOS**
**PV02**

Paveglio D, Pieri D

*Lab. Hosp. Reg. José Bernardo Iturraspe, San Francisco, Córdoba, Lab. Hematología, Hosp. Rawson, Córdoba*

**Objetivo:** Obtener valores de referencia de leucocitos (L) e índices leucocitarios (IL) en neonatos sanos nacidos a término en nuestra población. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 100 neonatos sanos (48 mujeres y 52 varones) nacidos por parto normal o por cesárea luego de 37 a 40 semanas de gestación. El recuento de L fue obtenido en un analizador hematológico (Cell dynn 1600) a partir de sangre capilar anticoagulada y obtenida dentro de las 24 horas de nacimiento. El recuento diferencial de L fue realizado en extendidos de sangre periférica coloreados con May Grünwald-Giemsa. Se calcularon los IL: granulocitos neutrófilos inmaduros/granulocitos neutrófilos totales (GNI/GNT) y granulocitos neutrófilos inmaduros/granulocitos neutrófilos maduros (GNI/GNM). **Resultados:** En el total del as muestras se obtuvo los siguientes valores expresados como:  $X \pm DE$  y percentil 5%-95%: L ( $10^9/L$ ) ( $20,15 \pm 5,13$  y  $13,15-30,45$ ) metamielocito (%)  $0,53 \pm 0,73$  y  $0,0-2,0$ ; Neutrófilo Cayado (%) ( $3,0 \pm 2,04$  y  $0,0-7,50$ ); Neutrófilo segmentado (%) ( $63,42 \pm 7,24$  y  $50,5-76,0$ ); Eosinófilo (%) ( $2,15 \pm 1,46$  y  $0,50-5,0$ ); Basófilo (%) ( $0,07 \pm 0,26$  y  $0,0-0,0$ ); Linfocito (%) ( $27,50 \pm 7,95$  y  $15,5-43,0$ ), Monocito (%) ( $3,45 \pm 1,45$  y  $1,0-6,0$ ); Eritroblastos (%) ( $1,32 \pm 1,38$  y  $0,0-0,14$ ); GNI/GNT ( $0,05 \pm 0,03$  y  $0,0-0,12$ ) y GNI/GNM ( $0,06 \pm 0,04$  y  $0,0-0,12$ ). Hubo un aumento ( $p < 0,05$ ) de L en mujeres con respecto a varones que fue mayor en las primeras 9 hs de vida. No hubo diferencias significativas en los otros parámetros analizados en mujeres y varones. **Conclusiones:** Este estudio permitió determinar valores de referencia de L e IL para nuestra población, lo cual nos permite predecir sepsis neonatal.

**INCIDENCIA DE HIPOTIROIDISMO EN  
PACIENTES CON LEUCOPENIA CRONICA.**
**PV03**

Rysler R., Rossi B., Flores Dutrus V., Rysler J., Rysler O., Pereyra V., Arrieta V., Gutiérrez V., Vaca V.

*Servicio de Hematología, Sanatorio del Salvador, Córdoba.*

**Introducción:** Se define como leucopenia al recuento absoluto de glóbulos blancos de  $<4500$  leucocitos /mm<sup>3</sup>. Las patologías secundarias son la principal causa de leucopenia. Dentro de estas se halla la leucopenia secundaria a endocrinopatías.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia de hipotiroidismo en pacientes con leucopenia crónica

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional analizando 124 historias clínicas de pacientes que consultaron por leucopenia desde el 1 de enero de 1998 hasta el 1 de marzo del 2005, siendo 114 de sexo femenino (91,9%) y 10 de sexo masculino (8,1%). Todos los pacientes tuvieron recuento de glóbulos blancos de  $<4500/L/mm^3$  al momento de la consulta.

**Resultado:** Se encontró que 62 (50%) pacientes no tuvieron diagnóstico hipotiroidismo a la fecha de corte; de los restantes a 31 (25%) se les diagnosticó hipotiroidismo; a 13 (10,4%) malabsorción intestinal; a 9 (7,25%) enfermedad autoinmune; a 5 (4%) hepatopatía crónica y a los 4 (3,2%) últimos, respectivamente, leucopenia secundaria a hiperesplenismo, tratamiento con difenilhidantoina, intoxicación por organofosforado e hipogammaglobulinemia adquirida.

**Discusión y Conclusión:** Según esto, la prevalencia del hipotiroidismo en pacientes con recuento absoluto de glóbulos blancos de  $<4500$  leucocitos/mm<sup>3</sup> es del 25%, lo que sugiere que no se debería pasar por alto la búsqueda de esta patología ante estos recuentos.

**CITOQUIMICA HEMATOLOGICA EN UN MAMIFERO AUTÓCTONO, CHAETOPHRACTUS VILLOSUS.**
**PV04**

 Tentoni J.<sup>1</sup>, Polini N.N.<sup>2</sup>, Casanave E.B.<sup>1,3</sup>
<sup>1</sup>Cátedra de Fisiología Animal, Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur (DBByF-UNS), San Juan 670 (8000), Bahía Blanca. <sup>2</sup>Cátedra de Análisis Clínicos II, DBByF-UNS. <sup>3</sup>CONICET.

Las reacciones citoquímicas son útiles para reconocer enzimas, hidratos de carbono, lípidos u otras sustancias en las diferentes líneas hematopoyéticas. Su valor práctico reside en la posibilidad de identificar el linaje celular comprometido en las leucemias agudas y en el diagnóstico diferencial de los síndromes mielodisplásicos y mieloproliferativos.

El objetivo de nuestro trabajo fue estudiar, en extendidos de sangre periférica proveniente de *Chaetophractus villosus*, la existencia y patrón de positividad de los elementos maduros, comparados con sus contrapartes humanas.

Se realizaron extendidos de sangre entera sin anticoagulante, provenientes de 10 animales adultos (5 machos y 5 hembras), por punción de un vaso caudal, sin anestesia, entre las 7:30 a 8:30 AM.

Las reacciones citoquímicas ensayadas fueron: Peroxidasas (Washburn), Lípidos simples (Sudán Black); Hidratos de Carbono (PAS - Schiff), Fosfatasa Alcalina Leucocitaria (FAL -Menten Kaplow) y Esterasas inespecíficas (alfa naftil acetato esteratas).

Los resultados obtenidos mostraron una correspondencia unívoca con los elementos figurados maduros humanos, abriendo la posibilidad de emplear a este mamífero como modelo experimental en desórdenes hematológicos.

Subsidiado por SGCyT, UNS, PGI 24/B086 y ANPCyT, PICTR-BID 074/02.

**POTENCIAL OSTEOGENICO DE LAS CELULAS MESENIQUIMALES.**
**PV05**

Feldman L., Hofer E., Jaimovich G., Caramutti D., Milovic V., Listello V., Puente D., Chasseing N.

*IByME, T. de Médula Ósea F. Favaloro. ICTEM.*

Las células madre mesenquimales (MSC) de la médula ósea (MO) tienen capacidad de generar progenies de condrocitos, osteocitos y adipocitos. Se analizó el potencial osteogénico de las MSC de MO en 7 donantes de MO (DNMO). Cuatro pediátricos y 3 adultos. Se procesaron entre 1 y 4 ml de MO. Las MSC derivadas de un 3º pasaje de baja densidad celular se cultivaron en medio osteogénico 21 días. Se evaluó: colonias con células osteogénicas, % de la superficie de la placa de cultivo con células que presentaron una morfología distinta al fibroblasto (% de diferenciación), y se las caracterizó con un patrón de diferenciación; grados 0= fibroblasto, 1= camino a osteoblasto, 2=osteoblasto, 3=osteocito. Se realizó inmunocitoquímica con Ac. anti osteocalcina. **Resultados:** el 100% de los cultivos respondió al medio osteogénico, desarrollando colonias con células del linaje osteoide y el % de diferenciación fue (X±ES) de 24±4%. Un 43% presentó un grado de diferenciación 1 y el 57% grados 2-3 con distribución homogénea del calcio y adecuada mineralización de toda la superficie examinada por la técnica de Von Kossa. Los controles presentaron células estromales de naturaleza fibroblástica (prolil4-hidroxiilasa+) y 90% de confluencia. **Conclusión:** las MSC de MO normal responden al medio de diferenciación osteogénico en forma heterogénea, alcanzando algunas una diferenciación máxima (osteocito) y otras se detienen en estadios iniciales como son las células osteoprogenitoras y osteoblastos. El estudio de la capacidad osteogénica de la MSC podría ser un factor pronóstico para valorar el daño del estroma de MO.

**ENZIMAS LISOSOMALES EN GOTA DE SANGRE SECA EN PA-PEL DE FILTRO Y RECUESTO LEUCOCITARIO.**
**PV06**

 Blanco M<sup>1</sup>, Carbia C<sup>2</sup>, Sokn S<sup>2</sup>, Merelli A<sup>2</sup>, Chamoles N<sup>1</sup>, Lazarowski A<sup>2</sup>
<sup>1</sup>Fund. Estudio de Enf. Neurometabólicas (FESEN); <sup>2</sup>Dpto. Bioq. Clínica Fac. Farm y Bioq. UBA-Argentina.

**Introducción:** La actividad de enzimas lisosomales (EL) en gota de sangre en papel de filtro (GSPF) fue descripta como test de screening neonatal y diagnóstica de Enfermedad Lisosomal. El valor de las «EL» puede variar con el n° y tipo celular presente en la muestra. **Objetivo:** Hallar la correlación entre el N° de glóbulos blancos (GB) y la actividad de «EL», en individuos libres de Enfermedad Lisosomal. **Métodos:** Se utilizó sangre total de 16 sujetos adultos con recuentos de GB entre 100-20700 GB/mm<sup>3</sup> y predominio de neutrófilos (PMN-55-75%). PMN aislados fueron diluidos en una muestra leucopénica, y llevados a recuentos entre 400-19000 PMN/mm<sup>3</sup>. Se utilizó la técnica de GSPF. Las «EL»  $\alpha$ -galactosidasa,  $\beta$ -galactosidasa,  $\beta$ -glucosidasa,  $\beta$ -glucuronidasa, arilsulfatasa-B y  $\alpha$ -iduronidasa fueron ensayadas por fluorometría. **Resultados:** La correlación con el N° de GB y las primeras 5 «EL» fue R<sup>2</sup>= 0.7974; 0.7935; 0.8345; 0.8591; 0.8252 respectivamente (p<0.0001), y para  $\alpha$ -iduronidasa fue R<sup>2</sup>=0.5511 (p=0.0017). Con los PMN las correlaciones fueron:  $\alpha$ -galactosidasa: R<sup>2</sup>=0.9864,  $\beta$ -galactosidasa: R<sup>2</sup>= 0.9664;  $\beta$ -glucuronidasa: R<sup>2</sup>= 0.9894,  $\alpha$ -iduronidasa: R<sup>2</sup>= 0.9872; arilsulfatasa B: R<sup>2</sup>=0.9887 (p<0.0001) y  $\beta$ -glucosidasa: R<sup>2</sup>=0.9442 (p=0.0012). Casos de Eosinofilia (n:7) o monocitosis (n:6) dieron valores desviados de dichas curvas. Con GB<2500/mm<sup>3</sup> las actividades de «EL» cayeron en el rango de «Déficit Enzimático». **Conclusiones:** Un valor mínimo «crítico» de 2500 GB/mm<sup>3</sup> es requerido para descartar deficiencia de «EL», y sugiere que la técnica GSPF debe estar acompañada del hemograma completo.

**REGISTRO COLABORATIVO INTERNACIONAL DE GAUCHER.**
**PV07**

Dr. Veber, S; Elena, G; Lavergne, M; Kohan, R.

Unidad de Hemato-Oncología-Hosp. Gral. de Niños Dr. P. de Elizalde. Capital Federal.

La enfermedad de Gaucher, provocada por la deficiencia de la actividad de la enzima b-glucocerebrocidasa, es el trastorno lisosomal hereditario más frecuente.

Su evolución y pronóstico han mejorado sensiblemente a partir de la aplicación de la terapia de reemplazo enzimático.

Para la mejor comprensión de la enfermedad, sus variantes clínicas y bioquímicas, su historia natural y progresión, se creó en el año 1991 el Registro Colaborativo Internacional de Gaucher para evaluar a largo plazo los resultados del tratamiento. Surgen de sus conclusiones recomendaciones para el monitoreo de los pacientes, así como una guía adecuada de tratamiento.

Hasta fines del 2004 se registraron 3815 pacientes por profesionales de 47 países, incluido el nuestro. La mayoría de los pacientes (39%) procede de USA e Israel (15%) y pertenecen al tipo I (88%). 47% corresponden al sexo masculino y 53% al femenino. La edad más frecuente al diagnóstico fue entre el nacimiento y los 10 años de edad. El 77% recibe tratamiento de reemplazo enzimático.

En nuestro país, el total de pacientes diagnosticados a esa fecha era de 177, de los cuales el 60% procede de la Capital Federal y la Prov. de Bs. As. Corresponden a pacientes en edad pediátrica 97 casos (57%). El 68% de los enfermos recibió en algún momento de la evolución de su enfermedad terapia de reemplazo enzimático. El alelo mutado hallado con mayor frecuencia fue el N370S, el segundo fue el alelo recombinante RecNcil.

El registro de la enfermedad de Gaucher es una herramienta útil para la comprensión y el manejo de esta enfermedad, para el monitoreo de su progresión, la respuesta al tratamiento y las distintas variables que puedan modificarlo.

**TERAPIA ENZIMÁTICA EN LA ENFERMEDAD DE GAUCHER.****PV08**

Dra Zirone S. Dra Porri C.  
Sanatorio de Niños de Rosario. Santa Fe. Argentina.

**Objetivo:** La Enfermedad de Gaucher es una de las pocas metabopatías que pueden ser tratadas reemplazando la deficiencia enzimática. La terapia de reemplazo ha sido infra valorada como estrategia terapéutica por más de 2 décadas. Nuestro objetivo es presentar a partir de 2 casos clínicos los beneficios de dicha terapia en niños con Enfermedad de Gaucher.

**Antecedentes:** La terapia de reemplazo enzimática fue propuesta como estrategia terapéutica en 1966. Se utilizó por primera vez en el año 1974. El éxito de la terapéutica fue reconocido en 1990, cuando niños con Enfermedad de Gaucher tipo 1 mostraron mejoría clínica luego de la administración endovenosa de preparados de glucocerebrosidasa derivado de placenta humana.

**Diseño:** Se evalúan los efectos del tratamiento en ambas pacientes a lo largo de 10 y 4 años, respectivamente. A tal efecto se realiza, laboratorio enzimático y hematológico, controles radiográficos, ecográficos y clínicos.

**Población:** Paciente de 11 años de edad, sexo femenino, que recibe terapia de reemplazo enzimática desde los 12 meses de vida. Y su hermana de 4 años de edad, que inicia la terapia a los 16 meses.

**Resultados Principales:** Se comprobó la remisión de la visceromegalia, normalización de los parámetros de laboratorio, disminución y posterior remisión de las alteraciones óseas.

**Conclusiones:** El empleo de la terapia de reemplazo enzimática precoz, permite optimizar el tratamiento, logrando disminuir y aún evitar el deterioro del crecimiento y desarrollo, como así también prevenir las lesiones irreversibles.

**EXPRESIÓN DEL ANTÍGENO CD27 SOBRE SUBPOBLACIONES DE CÉLULAS CD4 EN NIÑOS HIV(+).****PV09**

Balbaryski J, Barboni G, Cantisano C, Candi M, Giraudi V, Gaddi E Div. Inmunol Hosp. P de Elizalde Bs. As. Arg.

El antígeno (Ag) de diferenciación celular CD27 es una molécula coestimuladora que provee señales necesarias para la correcta activación de células T específicas. Su expresión, junto con la isoforma RA del Ag leucocitario común, CD45, permite la diferenciación de las células T naive, mientras que la pérdida sucesiva se observa en los subsets de células de memoria. El HIV no sólo es responsable de la pérdida acelerada de las células CD4 sino también de las alteraciones observadas en los niveles y funciones de las células naive, efectoras y de memoria. Tales inmunofenotipos fueron identificados sobre los TCD4 de sangre periférica en 44 niños HIV(+). Sus estadios inmunológicos fueron: 1: CD4>25%,n:10; 2: CD4 15-25%,n:20; 3: CD4<15%, n:14 y en un grupo control (Co) de 10 niños sanos HIV(-). Se realizó una inmunomarcación con tres fluorocromos usando anticuerpos antiCD45RA (FITC), CD27 (PE) y CD4 (PerCP). El porcentaje de coexpresión CD45RA+/CD27+ sobre los TCD4 fue 49.9±13.3, significativamente disminuido (P<0.05) frente al grupo Co ,70±5.83. El porcentaje de TCD4 con fenotipo naive se encontró significativamente disminuido en estadio 3: 33.3±20.2, con respecto a los niños en estadio 2: 51.4±13.2, y 1: 64.3±6.6. Se observó una correlación inversa entre el número de TCD4 y el porcentaje de TCD4 con fenotipo memoria CD45RA-/CD27+ (r: -0.68, P< 0.05). La menor expresión de células naive en niños con mayor compromiso inmune indicaría la menor capacidad del sistema inmunológico para reaccionar adecuadamente al desafío con Ags nuevos.

**POLIGLOBULIA COMO ALTERACIÓN INFRECUENTE ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).****PV10**

Corzo A, Calmet R, Melillo L, Pereira M, Rosales Ostriz MB, Mandrile A, Moro D, Binhagui A.

Hospital de Clínicas «José de San Martín», Bs.As.

La infección por VIH se asocia habitualmente a citopenias. La poliglobulia en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es inusual. El objetivo de este póster es comunicar dos casos de pacientes (pte) con SIDA y policitemia. **Caso A:** Pte de 36 años, masc, diagnóstico (dg) de SIDA en 1997 por candidiasis esofágica. No fumador, recuento (rto) CD4 inicial 4/mm<sup>3</sup>, carga viral (CV) 120.000 copias, Hto. 57%, Hb 19,5 g/dl, plaquetas (plaq) 143000/mm<sup>3</sup>, leucocitos (GB) 8700/mm<sup>3</sup>, NS: 58%, eo 15%, bas 1%, linfocitos 20 %, monocitos 6%. SatO<sub>2</sub> 94%, EPO: 21,8 mU/ml, serología HCV+, TGP 52UI/L, TGO 72 UI, PAMO: dishemopoyesis asociada al HIV, cariotipo normal. Diámetro esplénico ecográfico 111 mm. Inicia tratamiento (tto) con 3TC, d4T y efavirenz. Luego de 3 meses de tto recupera nivel de CD4 y Hb (17,5 g/dl). **Caso B:** Pte de 43 años, masc, con dg de SIDA en 1997 por sarcoma de Kaposi cutáneo. No fumador, rto. CD4 inicial 40, CV 44100 copias, Hto 44%, Hb 14,4g/dl, GB 4700/mm<sup>3</sup>, plaq 190.000/mm<sup>3</sup>, serología HCV y HBV+, TGO 90UI/L, TGP 53UI/L. Inicia tto con 3TC, AZT y crixivan con buena respuesta. En 2001, Hto 55%, Hb 17,9g/dl, GB 7000/mm<sup>3</sup> NS 53%, plaq 174.000 mm<sup>3</sup>, EPO 7,6mU/ml, SatO<sub>2</sub>:94%. PAMO: dishemopoyesis, cariotipo normal. Diámetro esplénico ecográfico 119mm. Mantiene Hb estable. **Comentario:** Ambos pacientes presentan poliglobulia en el contexto de infección por HIV controlada. No reúnen criterios que permitan atribuir un origen primario a dicha policitemia. Postulamos que la disregulación inmune, no evaluable por la cuantificación de la carga viral sérica, explicaría dicha alteración.

**DIEZ AÑOS DE TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH): COMPLICACIONES INFECCIOSAS DURANTE LA NEUTROPENIA.****PV11**

Verón M.T., Foncuberta C., Valle S., Irrazabal C., Aversa L., Burgos R., Freigeiro D., Gonzalez G., Dictar M.

Servicio de Infectología y Microbiología Clínica y Unidad de Trasplante de Medula Ósea. Instituto A. Fleming, Buenos Aires.

**Objetivos:** describir las complicaciones infecciosas durante la neutropenia en TCPH, en nuestra población y evaluar las estrategias de prevención antibacteriana y antimicótica. **Materiales y Métodos:** se analizaron 533 TCPH consecutivos realizados, en 477 pts, desde el inicio de la quimioterapia de condicionamiento hasta la recuperación de PMN ( $\geq 500$  mm<sup>3</sup> 48 hs consecutivas). No se utilizó decontaminación selectiva gastrointestinal (DSGI) universal (U) para bacilos gramnegativos aerobios (BGNA), y antimicótica con fluconazol solo en pacientes colonizados con *Candida* no *krusei*. Los episodios infecciosos (EI) se clasificaron según IDSA 1990 (JID: 1990; 161 p397-401). **Resultados:** Características demográficas: promedio edad 33.8 años (rango 0-70), sexo masculino 237 (44%), promedio días de neutropenia 13.4 (rango 0-90), enfermedad de base: oncohematológicas 338 (63%), tumores sólidos 188 (35%), otras 7 (1.3%), tipo TCPH: autólogos = 398 (75%), alogénicos = 135 (25%), de los cuales 22 (16.2%) fueron no relacionados. Se utilizó anfotericina B en forma empírica en 158 (30%) TCPH. De los 533 TCPH, 13 (2.4%) no tuvieron EI. En los 520 restantes se detectaron 607 EI (1.16 EI x TCPH) de los cuales 256 (42%) fueron microbiológicamente documentados (MD), 117 (19%) clínicamente documentados y 234 (38.5%) probables infecciones. De las 256 MD, 78(30%) fueron FC sin B ,105 (41%) fueron bacteriemias (B) sin foco clínico (FC) y 73 (28.5%) con FC. De las 178 B se aislaron 196 gémenes: cocos grampositivos (CGP) 94 (48%), 26 (13%) relacionadas a catéter intravascular (RC), BGNA 74 (38%), levaduras (L) 9(4.5%) y otros 19(10%). Fallecieron 9 (1.6%) pacientes de EI MD (5 BGNA, 2 L, 1 CGP, 1 Otros). **Conclusiones:** 1) la incidencia de B por BGNA fue del 12% (74 B en 607 EI) y de fungemia 1.4% (9 L de 607 EI), lo que no justifica modificar nuestra estrategia de prevención antibacteriana y antimicótica, 2) la mortalidad por EI MD fue baja (2 %).

**INFECCIÓN POR MICOBACTERIAS EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO.****PV12**Nakaschian P, Lambert S, Tula L, Dignani MC, Fernández I. *FUNDALEU, BsAs.*

Las infecciones causadas por micobacterias (incluida *M. tuberculosis*) se han reportado en < 5% de pacientes con enfermedad hematológica y las presentaciones son atípicas. Describimos el caso de una mujer de 30 años, con diagnóstico reciente de leucemia mieloblástica aguda que desarrolló infección por micobacterias extrapulmonar el día +39 de quimioterapia de inducción con Idarrubicina / Ara C. La paciente presentó dos adenomegalias inguinales izquierdas de 3.5 y de 2.4 cm por ecografía de 7 días de evolución, dolorosas, sin lesión cutánea ni genital. La exéresis de un ganglio fue seguida por 24h de fiebre y escalofríos que no repitió bajo vancomicina + piperacilina-tazobactam. Un día después inició tratamiento de consolidación con ARA-C/Mitoxantrona. Durante 10 días de neutropenia no tuvo fiebre. El examen anatómopatológico reveló granuloma con centro necrótico en zona B del ganglio con abscesos estelares. Los cultivos y la PCR para micobacterias fueron negativos. Al salir de la neutropenia la paciente presentó flogosis en sitio quirúrgico, observándose por ecografía adenomegalia residual abscedada que se drenó quirúrgicamente. El directo de este material fue (+) para BAAR. Se descartó compromiso infeccioso en otros sitios. El cultivo está pendiente. **Conclusión:** Con este caso mostramos que la infección por micobacterias puede presentarse en pacientes oncohematológicos como una enfermedad localizada en ganglios inguinales, de buena evolución, y que el diagnóstico puede ser dificultoso.

**TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS CON MICOSIS INVASIVA POR HONGOS FILAMENTOSOS****PV13**Cobos M., Bitar N., Barrales J., Bordone J, Milone J. *ITMO. Instituto de Trasplante de Medula Osea. La Plata*

**Introducción:** Las infecciones micóticas son una de las complicaciones infecciosas de mayor mortalidad en el huésped neutropénico, debido a la dificultad en el diagnóstico oportuno y los diferentes perfiles de sensibilidad de las diversas especies.

**Objetivo:** Presentar 3 pacientes neutropénicos con micosis invasivas por hongos filamentosos, tratados con una combinación no tradicional de antimicóticos.

**Casos clínicos:** 2 hombres de 18 y 29 años, el primero con diagnóstico de anemia aplásica y el segundo LMA. La mujer de 32 años y presentaba LMA. En los 3 casos bajo neutropenia severa se diagnosticó micosis invasiva con presencia de nódulos pulmonares, hepáticos y esplénicos. El diagnóstico se realizó por biopsia hepática con aislamiento micótico en 1 caso e identificación histológica en 2. Los hongos no tipificados eran filamentosos y el aislamiento correspondió a *Fusarium* sp. En los 3 casos se realizó anfotericina liposomal 6mg/kg/día asociada a itraconazol 400 mg/día por 6,9 y 12 meses de acuerdo a resolución de las imágenes tomográficas o negativización micológica. Durante los períodos de neutropenia se realizaron transfusiones de granulocitos. Las LMA desarrollaron la micosis en la inducción y pudieron completar todo el tratamiento, incluso el trasplante autólogo, sin reactivación micótica. Los 3 pacientes presentaron resolución del cuadro.

**Discusión:** Consideramos, que si bien no se han encontrado estudios precedentes que avalen su uso, esta asociación ha demostrado ser altamente segura y eficaz para el tratamiento de micosis invasivas producidas por hongos filamentosos.

**INFECCION POR FUSARIUM EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LEUCEMIA AGUDA****PV14**Gomez S, Fraquelli L, Latella A, Alfaro E, Kobrin A, Santos P., Felice M. *Hospital Nacional de Pediatría «Prof. Dr. Juan P. Garrahan», Buenos Aires.*

Las infecciones fúngicas son una causa mayor de morbilidad y mortalidad en pacientes granulocitopénicos. A partir de la década del 80 un hongo filamentosos, el *Fusarium* sp, ha emergido como agente capaz de producir infecciones severas en pacientes con neoplasias hematológicas. Se describen 3 pacientes pediátricos que presentaron infección por *Fusarium* sp, una niña de 14 y dos niños de 11 y 12 años de edad, con diagnóstico de LMA recaída, LLA de Alto riesgo en fase de Reinducción y LMA de diagnóstico respectivamente. Los tres se encontraban granulocitopénicos y febriles presentando lesiones en piel que evolucionaron hacia la ulceración y necrosis, en todos ellos los hemocultivos fueron negativos y el diagnóstico luego se efectuó por cultivo de muestras obtenidas por biopsia. Los dos primeros pacientes padecían infecciones diseminadas, con compromiso ocular y esplénico en un caso y ocular y pulmonar en el otro, en el tercero de los pacientes se descartó afectación de otros parénquimas por lo que se asumió como una forma localizada. Todos fueron tratados inicialmente con Anfotericina. Tras recibir una dosis acumulada de 590 mg/kg de dicha medicación más el agregado de Itraconazol la niña con LMA recaída falleció luego de recibir TMO. El niño portador de LLA con infección diseminada tuvo evolución desfavorable por lo que se agregó Voriconazol y Caspofungin, actualmente la infección se halla controlada y continúa con quimioterapia de mantenimiento. Al paciente con compromiso localizado, además del tratamiento antifúngico se le realizó un debridamiento quirúrgico de la lesión en piel, actualmente se halla a 5 años del diagnóstico de LMA y continúa en remisión. La infección diseminada por *Fusarium* tiene elevada mortalidad en pacientes inmunosuprimidos por quimioterapia a pesar del tratamiento antifúngico; la forma localizada en la que es posible tratamiento quirúrgico tiene mejor pronóstico.

**TRATAMIENTO SUPRESIVO PARA ACTINOMYCES ISRAELII EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE (MM).****PV15**Cobos M., Bitar N., Barrales J., Gracia C., Milone J. *ITMO Instituto de Trasplante de Medula Osea. La Plata*

**Introducción:** La actinomycosis es una enfermedad crónica, granulomatosa, supurativa, causada por *Actinomyces israelii*. Estos son microorganismos grampositivos anaerobios, que penetran a los tejidos por traumas de la mucosa, a partir de caries dentarias. No se reconocen como gérmenes oportunistas. La enfermedad se caracteriza por la diseminación periférica y su extensión al tejido contiguo. Estos microorganismos presentan una marcada capacidad para invadir los planos óseos, produciendo radiológicamente lesiones líticas indistinguibles de las causadas por el MM. Con tratamiento antibiótico prolongado y debridamiento quirúrgico se logra la curación.

**Casos clínicos:** Se presentan 3 pacientes en la 5ª década de la vida, con diagnóstico de MM con evolución de 2-4 años, 2 hombres y 1 mujer, todos receptores de trasplante autólogo de médula ósea. Ambos pacientes varones desarrollaron actinomycosis en maxilar inferior y el restante caso actinomycosis sinusomaxilar derecha. El tratamiento antibiótico realizado fue ampicilina 3g/día. La implementación de tratamiento quirúrgico no fue eficaz dada la imposibilidad de realizar debridamiento total por la condición del hueso afectado por la enfermedad de base. Se realizó tratamiento supresivo en ciclos de 3-6 meses inicialmente y ante cada reactivación, fundamentalmente evidenciada por dolor y tumefacción local. El tratamiento fue eficaz con control de la infección.

**Discusión:** En nuestra casuística, no hemos detectado actinomycosis en pacientes con otras enfermedades hematológicas. Las lesiones que produce son fácilmente confundibles con lesiones óseas por MM. Si el debridamiento no es posible, el tratamiento antibiótico supresivo es una medida eficaz de control.

### PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

PV16

Pieri E., Cooke P, Caula C., Orsilles M.

Laboratorio de Hematología, Hospital Rawson y Facultad de Ciencias Químicas, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba.

**Objetivo:** Establecer la prevalencia de anemia ferropénica en pacientes con SIDA. **Material y Métodos:** Este estudio retrospectivo y transversal incluyó 110 pacientes anémicos con SIDA (82 varones y 28 mujeres, edad:  $36 \pm 9$  años) tratados con terapia antirretroviral de alta eficiencia. Se realizó: hemograma, hierro (Fe) y Transferrina (Tr) séricos, índice de saturación (IS) de la Tr, aspiración de médula ósea para evaluar depósitos de Fe y marcadores de inflamación (eritrosedimentación y/o proteína C reactiva). **Resultados:** La frecuencia de anemia microcítica fue 31, 8% en el total de pacientes. Entre los pacientes con microcitosis, el 25,7% presentó una anemia microcítica (VCM:  $66 \pm 6$  fL), hipocrómica (HCM:  $21,5 \pm 2,4$  pg) y heterogénea (RDW:  $16,8 \pm 1,2$  %) con Fe sérico disminuido ( $17,6 \pm 5,2$  ug/dL), Tr elevada ( $499,0 \pm 33,3$  mg/dL), IS disminuido ( $3,3 \pm 0,8$ %) y Fe de depósito disminuido o ausente, compatibles con anemia ferropénica. En el 74,3 % de pacientes con microcitosis (VCM:  $72 \pm 5$  fL), la anemia fue hipocrómica (HCM:  $24,0 \pm 2,2$  pg) y homogénea (RDW:  $13,6 \pm 1,9$  %) con Fe sérico normal o disminuido ( $58,8 \pm 9,5$  ug/dL), Tr normal o disminuida ( $257,7 \pm 18,7$  mg/dL), IST normal o disminuido ( $21,6 \pm 3,2$  %) y Fe de depósito normal o aumentado, compatibles con anemia de procesos inflamatorios crónicos. En todos éstos pacientes hubo aumento de la eritrosedimentación y/o proteína C reactiva. **Conclusión:** La prevalencia de anemia ferropénica en pacientes anémicos con SIDA fue 8 %. Esto fue evidenciado tanto por deficiencia del componente funcional del Fe como de las reservas del mismo.

### MALIGNIDADES HEMATOLÓGICAS EN NIÑOS CON SIDA ENFERMEDAD.

PV17

Elena G; Veber S; Lavergne M; Barboni G; Quiroz H y Kohan R.

Servicio de Hematología e Inmunología-Hosp. Gral de Niños P.de Elizalde, Casa Cuna. Montes de Oca 40. Capital Federal.

**Objetivos:** el virus de la Inmunodeficiencia adquirida es un flagelo que produce importante morbimortalidad en todas las etapas de la vida.

Son conocidas las alteraciones hematológicas que acompañan la evolución de la enfermedad en Pediatría y con menos frecuencia que en la población adulta, enfermedades hematológicas malignas. Presentamos nuestra experiencia en tres niños con esta asociación.

1- Niña de 3 años que debutó con Sd. Febril, dolor, tumor abdominal, hepatoesplenomegalia y síndrome linfoganglionar. Anemia, e infiltración blástica medular del 82% y renal, estirpe B.  $CD4 \leq 20\%$ . Se diagnosticó Linfoma-Leucemia B y se trató según protocolo GATLA más triple esquema antirretroviral. Remitida; recaída meníngea a los 4 meses. Se reindujo y falleció a los 9 meses por sepsis en remisión completa.

2- Niño de 2 años y 10 meses consultó por tumoración blanda en mejilla sin flogosis, diagnosticada como linfoma Burkitt por biopsia. Curso con anemia e infiltración medular del 54%. LCR: 12 elementos inmaduros.  $CD4 \leq 15\%$ . Tratado con protocolo GATLA, en remisión desde hace 24 meses.

3- Niño de 5 años consulta por anemia Hto: 18%, Leucocitos:  $22000/mm^3$ . Médula ósea con infiltración blástica del 54%, Peroxidasa+, inmunofenotipificación para LMA FAB M2. Citogenético t(8,21),  $CD4 \leq 20\%$ . Realizando tratamiento según GATLA y triple esquema antirretroviral, en remisión hematológica.

**Conclusiones:** La desregulación inmune condicionada por el HIV se suele acompañar de numerosas alteraciones hematológicas. Respecto de las malignidades, no existen series controladas para determinar la frecuencia real. En los pacientes de nuestro hospital representó 1,2% de la población pediátrica con HIV.

### PRIMERA RECERTIFICACION NACIONAL.

PV18

Nucifora, E; García de Labanca, A; Salinas, G; Alzueta, A.;

Basso, A.; Bepre Becerra, H; Bunzel, S.; Cappa, C.; Dieguez, M.; Garbiero, S.; Gelemur, M.; Huttes, L.; López, I.; Marin, C.; Naranjo, I.; Negri Aranguren, P.; Pujal, G.; Raillón, M.; Sturich, G.; Welsh, V.

La Comisión Nacional de Certificación, Recertificación y Acreditación fue creada en 1998. En 1999 se realizó la primera certificación nacional. Se certificaron 503 Hematólogos, distribuidos: Región Centro, 25, Región Nordeste, 25, Región Noroeste, 22, Región Cuyo, 25, Región Sur, 43, Región Sur bonaerense, 5; Región Rosario, 20, Centroeste, 18, Región La Plata, 34; y Metropolitana, 286. En estatuto prevé la recertificación a los 5 años, o sea a final del 2004. En reuniones de la Comisión Nacional y con la aprobación escrita de cada región, se fijaron los puntajes a otorgar a cada actividad que se consideró relevante para la recertificación. Se confeccionaron planillas accesibles por Internet desde la página de la SAH para ser completadas por el interesado y enviada a los representantes de su regional; éstos fueron responsables de la evaluación de antecedentes de los años 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004. Se dispuso el cierre para el 30 de abril del 2005. Se recibieron 222 solicitudes de recertificación, distribuidas así: Región Centro, 5, Región Nordeste, 18, Región Noroeste, 9, Región Cuyo, 15, Región Sur, 33, Región Sur bonaerense, 4; Región Rosario, 4, Centroeste 6, Región La Plata, 19; y Metropolitana, 127, representando un 44% de recertificados a nivel nacional. Consideramos a ésta una experiencia institucional valiosa sobre la que es necesario seguir trabajando. Se han propuesto modificaciones a los ítems evaluados, a los valores otorgados, incorporación de otros no tenidos en cuenta. Será necesario legislar sobre ellos, pero con la firme decisión de no abandonar esta línea de trabajo: la certificación y recertificación por los pares con criterio federalista.

### EVALUACIÓN DEL PRIMER CURSO A DISTANCIA DEL GRUPO HEMATOLÓGICO DEL SUR (GHS).

PV19

Gómez O\*; Fernández V<sup>§</sup>; Furque M\*

\*CEM. Trelew. <sup>§</sup>Hospital Penna, Bahía Blanca Buenos Aires, <sup>\*</sup>Hospital Regional de Bariloche. Río Negro.

**Introducción:** Durante el año 2003 se desarrolló el primer curso a distancia del GHS. **Materiales y Métodos:** Se invitó a los integrantes a buscar artículos actualizados sobre hematología general, acompañados por 3 preguntas tipo selección múltiple. 23 miembros participaron de la preselección. 28 artículos y 50 preguntas fueron seleccionados y compaginados por el comité editor. Se elaboró una grilla para las respuestas, en programa Excel. El formato siguió los lineamientos tradicionales de los cursos previos de la SAH. Todo el material se entregó en CD, fijándose un plazo de entrega. **Resultados:** Se recibieron 32 grillas. El 81 % de los participantes obtuvieron más de 90 puntos. Las respuestas erróneas se concentraron en 7 de las 50 preguntas. Los rangos de desaciertos para dichas preguntas oscilaron entre 70 % y el 15 %. Las mayores dificultades se centraron en las preguntas cuya respuesta no estaba directamente explicitada en el texto del artículo y que se apartaban del formato tradicional. Secundariamente se observaron diferentes grados de dificultad en el uso de las herramientas informáticas y en el cumplimiento de los plazos.

**Conclusiones:** Dada la innumerable cantidad de actividades que desarrollamos los médicos en un país periférico y lo escaso de nuestro tiempo para actividades científicas, tenemos una tendencia a desarrollarlas a último momento, hecho que corroboramos tanto en la etapa de gestación como en la recolección de los resultados finales. A partir de estas observaciones proponemos desarrollar cursos de duración corta y menor cantidad de bibliografía a consultar, y preguntas que no tengan respuesta textual evidente. Paralelamente promover el uso de herramientas informáticas como un método valioso de comunicación permanente entre los integrantes del grupo y de intercambio de conocimientos.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS.****PV20**

Real J, Bettinotti G, Etchevarria L, Moreno A, Guidobono L, Palmer L.  
*Servicio de Hematología del Complejo Médico Churrua-Visca.*

**Introducción:** El individuo portador de una enfermedad oncohematológica sufre una patología que no solo lo afecta intensamente en lo físico sino también en lo psicológico, familiar, laboral y social. El tratamiento y seguimiento al cual están sometidos estos pacientes determina en muchos casos importantes cambios en sus vidas y en las de sus allegados. **Objetivos:** 1- evaluar la repercusión de la enfermedad oncohematológica en la esfera psicológica y en las áreas familiar, social, y laboral. 2- valorar la evaluación que el paciente hace sobre el sistema asistencial. **Materiales y Métodos:** se incluyeron 40 pacientes portadores de patología oncohematológica en forma consecutiva, 25 varones y 15 mujeres. Edad media 57 años. Completaron una encuesta autoadministrada, que evaluaba diferentes categorías: a- psicológica, b- familiar, c- social, d- laboral y e- asistencial. **Resultados:** Se observó un impacto desfavorable en lo social, principalmente en la exposición pública. El ámbito laboral se vio comprometido negativamente repercutiendo en lo económico. Los pacientes se sentían dependientes de su entorno familiar. En la esfera psicológica se vieron importantes cambios desfavorables principalmente en la imagen corporal, el sueño y el estado de ánimo. La mayoría se sintió contenida por el equipo tratante. **Conclusiones:** 1- los pacientes portadores de patología oncológica sufren un importante impacto negativo en sus vidas. 2- deben ser asistidos por un equipo multidisciplinario. 3- la asistencia multidisciplinaria mejoraría la calidad de vida de los mismos.

**CUIDADOS CRITICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS.****PV21**

Intile D, Remaggi G, Fernandez I, Martínez Rolón J, Pavlovsky S, Desmery, P.  
*FUNDALEU, Buenos Aires*

Entre el año 2000 y el 2005 ingresaron a Terapia Intensiva (TI) de FUNDALEU 22 pacientes para cuidados críticos. La mediana de edad fue de 58.5 (47.5 a 64), 11 mujeres. LMA 6, LLC 2, EH 3, LNH AG 2, MCL 1, LTP 2, MM 4, LLA 1, Timosarcoma 1. Los motivos de ingreso a TI fueron: Insuficiencia respiratoria 8, coma 4, Sepsis 2, Shock séptico 2, DOM 1, Shock hipovolémico 1, ICC 1, Obstrucción de VA 1.

El grado de severidad al ingreso fue: Neutropenia y plaquetopenia 8 pacientes, SRIS > 12, Sepsis severa 3 y Shock séptico 4. GCS 15 (13,5-15), SAPS II 49.5 (34-58), con una mortalidad predicha de 45%.

Se utilizó VNI en 9 pacientes, exitosa en 4, con una mediana de duración de 2 (1-4) y en 12 VM 4 (1-16) (máximo: 79 días), PEEP 12 (7-15).

Sobrevivieron a la internación 11 pacientes, con una mediana de duración de internación en TI de 6 (3-14) días y de internación hospitalaria de 17 (9-31) días. Fallecieron 5/6 pacientes con NTP y 3/9 sin NTP. La duración de internación en TI fue 11.5 días en los Neutropénicos y 13.6 en los no Neutropénicos. La duración de internación hospitalaria fue de 24.4 vs 35.7 días respectivamente. La estadía en TI de los que recibieron VNI fue de 9 días vs 11 de los que no usaron VNI. La duración de internación hospitalaria fue de 29 para los que usaron VNI y de 27.14 para los que no usaron este soporte. En todas las comparaciones ninguna de estas diferencias fue significativa.

La mortalidad total fue de 50%, cercana al 45% predicho por el score de severidad. La presencia de NTP, Plaquetopenia o el uso de VNI no influyó en la duración de VM, de internación en TI ni en la hospitalaria.

**HALLAZGO DE GRANULOMAS EN BIOPSIA DE MEDULA OSEA (BMO) EN UN SERVICIO DE HEMATOLOGÍA GENERAL.****PV22**

Kujta N, Damiani G, Navarrete M, D'Antonio C, Pantano J, Cavagnaro F, Longordo F, Bezarez F.

**Introducción:** El hallazgo de granulomas en BMO es poco frecuente. El espectro etiológico es muy amplio y variado, enfermedades infecciosas, oncohematológicas y fármacos constituyen las causas más frecuentes. **Material y métodos:** Estudiamos el total de BMO en un servicio de hematología, desde mayo de 2000 a mayo de 2005. Los principales motivos para la realización de BMO fueron citopenias y estadificación de patología oncohematológica. Se analizaron un total de 546 biopsias correspondientes a 478 pacientes. Se evaluaron las características de las células hemopoyéticas y de los granulomas cuando estaban presentes con hematoxilina eosina; se efectuaron técnicas especiales (Pas, Ziehl Neelson, inmunohistoquímica) de acuerdo a la orientación brindada por las características clínicas del paciente. **Resultados:** observamos granulomas en 15/478 (3.1%). Los granulomas se asociaron a enfermedades infecciosas: 40% (6 casos, 5 de los cuales eran VIH), enfermedades oncohematológicas: 40% (4 enf de Hodgkin, 1 linfoma no Hodgkin, 1 mieloma múltiple), sarcoidosis: 6.6% (1 caso), granulomatosis hepática: 6.6% (1 caso), sin diagnóstico 6.6% (1 caso). De acuerdo a este análisis se infiere que la incidencia anual de granulomas ha aumentado en nuestro centro. En el primer mitad del período analizado, se observó una incidencia del 1.9%, en la segunda fue del 4.4%. Esta observación coincide con otras series publicadas. El aumento de la incidencia refleja un incremento proporcional de granulomas de etiología infecciosa, especialmente asociados a HIV. El diagnóstico de certeza en 14 de las muestras analizadas se realizó a través de métodos de diagnóstico alternativos (cultivos, inmunohistoquímica) inducido por el hallazgo del granuloma. **Conclusión:** el hallazgo de granulomas en médula ósea es un elemento orientador hacia la patología de base según el contexto del paciente y resulta importante contar con un algoritmo para facilitar el diagnóstico.

**EVALUACIÓN DE LAS COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS DEL TRATAMIENTO CON MITOXANTRONA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.****PV23**

Shanley C; Carrá A; Halfon M; Stemmelin G; Ceresetto J; Rabinovich O; Doti C; Vicente M; G Vukovic M, Cazap N; Quintero G; Bullorsky EO.  
*Hospital Británico de Bs As.*

Si bien la Mitoxantrona (Mx) es un agente citotóxico, también es un potente inmunosupresor con propiedades inmunomoduladoras, lo que lo convierte en un fármaco de elección para el tratamiento de algunas formas clínicas de Esclerosis Múltiple (EM). Su utilidad se ve limitada debido a sus efectos adversos cardiológicos, hematológicos y por el riesgo de producir leucemias secundarias. **Objetivo:** Evaluar la toxicidad hematológica del Mx en pacientes (ptes) con EM. **Métodos:** Se analizaron 9 ptes entre 25 y 63 años, con EM secundariamente progresiva, refractarios a tratamientos previos con corticoides, interferón beta, acetato de glatiramer y azatioprina. Todos los ptes recibieron Mx a una dosis de 12 mg/m<sup>2</sup> cada tres meses, completando entre 1 y 8 dosis. Se considera progresión de la enfermedad a la discapacidad creciente medida por la escala: Expanded Disability Status Scale (EDSS) y al empeoramiento de las imágenes cerebrales en la RMN. **Resultados:** 3/9 ptes suspendieron el tratamiento, 1/3 por abandonó luego de 2 ciclos, 1/3 post 1º ciclo inmediato por fallecimiento y 1/3 por progresión luego de 2 ciclos. 6/9 continúan aún los ciclos, presentando 3/6 estabilización de su enfermedad y 3/6 mejoría franca. Sólo 2/9 mostraron leucopenia significativa con neutropenia (<500/mm<sup>3</sup>) a los 10 días post-infusión, con rápida recuperación espontánea, pero a pesar de ello uno de los ptes requirió internación con ATB E.V. por infección urinaria (antecedentes de cateterismo intermitente por vejiga neurogénica e infecciones urinarias recurrentes). Ningún pte recibió G-CSF dado que su uso podría exacerbar la enfermedad de base (FLARE). Ningún pte presentó trombocitopenia severa, anemia ó leucemia secundaria. **Discusión:** Mx es una droga eficaz en el control de la historia natural de la EM. Si bien el número de ptes analizados es reducido, la droga demostró ser efectiva en controlar y evitar progresión de la enfermedad en la mayoría de los ptes., con escasas complicaciones tóxicas significativas. Aunque los intervalos entre dosis de Mx son prolongados, el riesgo de toxicidad hematológica existe, con probabilidad de infecciones serias, en particular en ptes con antecedentes de infecciones recurrentes. **Conclusión:** Mx puede ser una alternativa terapéutica en ptes con EM, pero con monitoreo cercano post-infusión, evaluando riesgo/beneficio en ptes con vejiga neurogénica e infecciones recurrentes.

**RASH POR DROGAS CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS GRAVES (DRESS).**

Vázquez V, Turjansky A, Nally C, Sanguinetti E, Dupont J.  
Hospital Español Bs. As.

**PV24**

El DRESS (drug, rash, eosinophilia and systemic symptoms) es una reacción grave y potencialmente fatal (10-20%). Es una tríada de fiebre, dermatitis y compromiso sistémico, 3-8 semanas después de recibir la droga responsable. La eosinofilia  $\geq 1,5 \cdot 10^9/L$ , linfocitos atípicos y adenopatías, son criterios diagnósticos junto con el exantema generalizado, síndrome de Stevens-Johnson y/o necrólisis epidérmica tóxica. Nosotros presentamos una paciente de 34 años, que recibió zolpiden, clonazepam y lamotrigina por 2 meses. Presentó, náuseas, vómitos y lesiones eritemato/papulosas, vesiculosas, confluentes, en miembros inferiores, luego en tronco y cara, con edema labial, ictericia y prurito intenso generalizado, con fiebre y escalofríos. Hto 30%, Hb 10 g/dl, Leucocitos  $36.700/mm^3$ , 45% eosinófilos, plaquetas  $245.000/mm^3$ , bilirrubina total 7,8 mg/dl (directa 6,8 mg/dl), retic 12%, TGO 347 U/l, TGP 370 U/l, FAL 1499 U/l, LDH 535 U/l. La ecografía y TC de abdomen mostraron derrame pleural bilateral, sin alteraciones en los parénquima hepático, esplénico ni pancreático, y líquido libre que en ambas goteras paracólicas y en el Douglas, sin alteración de la vía biliar. La prueba de Coombs directa fue positiva. La biopsia de piel mostró una reacción liquenoide a nivel de la unión dermoepidérmica, neutrófilos interepidérmicos y aislados queratinocitos necróticos. En dermis había infiltrados perivasculares, con linfocitos, neutrófilos y eosinófilos. La médula ósea mostró hiperplasia de las tres series hematopoyéticas, a predominio mielóide con aumento de los eosinófilos. Se inició metilprednisona 2 mg/kg/día con mejoría rápida. Presentó descamación universal y resolución de la hemólisis en 7 días. Más de 100 drogas han sido asociadas con reacciones eosinofílicas sistémicas. Los anticonvulsivantes aromáticos (fenilhidantoínas, carbamazapina), las sulfonamidas y en especial la lamotrigina y el ácido valproico son las más frecuentes. El reconocimiento y la suspensión del fármaco son elementos imprescindibles para disminuir la morbilidad (y mortalidad) del DRESS.

**ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL CONTADOR HEMATOLÓGICO SYSMEX XT-1800I VS COULTER MAXM SEGÚN NORMAS NCCLS.**

L. Eidenson, C. Grassi, C. Recondo, L. Kahane, P. Domecq  
Lab. Domecq y Lafage-Hospital Alemán-Buenos Aires.

**PV25**

El objetivo del trabajo fue evaluar el desempeño del contador hematológico Sysmex XT-1800i previo a su incorporación de acuerdo a las normas de calidad establecidas por el laboratorio. Se realizaron los estudios de precisión, correlación contra el Coulter MaxM, prueba de estabilidad y homogeneización y precisión de PLT ( $30.000/mm^3$ ).

El trabajo se realizó de acuerdo al modelo de la NCCLS para la correlación y la precisión, adaptada a muestras hematológicas. La prueba de homogeneización y estabilidad se realizó de acuerdo a la Guía de Implementación de instrumentos Sysmex.

Los resultados del estudio de precisión fueron aceptables para todos los componentes del perfil Hemograma: RBC, WBC, PLT, HGB, HCT, VCM y recuento diferencial.

Sysmex XT-1800i mostró muy buena correlación con los resultados del Coulter MaxM para: RBC (0.995), HCT (0.993), WBC (0.998), HGB (0.991), PLT (0.987), VCM (0.938), valor aceptable  $r^2$  0.98. La homogeneización demostró ser eficiente para muestras con menos de 6 horas de reposo. La estabilidad de las muestras a temperatura ambiente fue aceptable hasta las 8 horas post extracción, a tiempos mayores se observó un incremento proporcional del MCV y el HCT. Se observó una estabilidad aceptable de las muestras refrigeradas hasta las 72 horas para todos los parámetros medidos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, debido al buen desempeño del instrumento, se decide su incorporación.