

Inicio padecimiento en octubre de 2019 por ataque al estado general y fiebre de 39°C por lo que acudió a Hospital en Tlaxcala con descontrol glucémico dando manejo para el mismo y egresando el mismo día, sin embargo, persistió con sintomatología, a la que se agregó disnea, por lo que acude nuevamente documentándose bicitopenia, realizando frotis de sangre periférica y observando un probable promastigote de *Trypanozoma cruzi*, solicitando después serología para Chagas y AMO siendo negativos, durante su estancia, iniciaron factor estimulante de colonias de granulocitos e inmunoglobulina intravenosa, sin mejoría, por lo que acuden a nuestra sede en noviembre de 2019. Al ingreso en malas condiciones generales, se realizó biometría hemática, documentando neutropenia grado IV y anemia normocítica normocrómica grado III, ingresando a hematología para protocolo de estudio bajo los diagnósticos de bicitopenia en estudio, neutropenia febril, neumonía nosocomial, probable síndrome mielodisplásico, documentándose en AMO hemofagocitos. Se solicitó nuevamente biometría hemática, con leucocitos 1100, neutrófilos 40, linfocitos 700, monocitos 130 eosi-

nofilos 10, LUC 0.13, Hb 6.7, VCM 91.2, HCM 29.5, plaquetas 307 mil, VDRL negativo, reticulocitos 3.66, ferritina 817, panel viral VHC, VHB y VIH negativos, Inmunofenotipo en AMO negativo a síndrome mielodisplásico, AMO con celularidad incrementada, megacariocitos no valorables, se apreciaba incremento de vacuolas grasas con presencia de serie roja predominantemente y abundantes macrófagos, hemofagocitos, TAC abdominopélvica sin actividad ganglionar, derrame pleural bilateral y hepatomegalia, cultivos de punta de catéter y hemocultivos positivos para *Klebsiella pneumoniae*. Mielocultivos para bacterias, micobacterias y hongos negativos. Se inició quimioterapia debido a que cumplió con criterios para linfocitosis reactiva con dexametasona 10mg/m<sup>2</sup>sc y etopósido 150mg/m<sup>2</sup>sc, sin embargo tuvo evolución tórpida, presentando trombocitopenia y hemorragia de tubo digestivo alto falleciendo el 2 de enero. **Figuras 1 y 2**

**Conclusiones:** La linfocitosis reactiva es una entidad rara, que representa un reto diagnóstico, en nuestro paciente, se pensó inicialmente en síndrome mielodisplásico, a término del protocolo por bicitopenia cumplió criterios

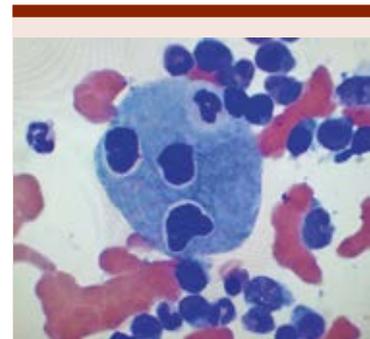


Figura 1.



Figura 2.

para el mismo, documentándose únicamente un proceso infeccioso a nivel sistémico.

## TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

### PRESENTACIÓN ORAL

**TCP0002-TL Modelo predictivo de apoyo transfusional post-trasplante de células hematopoyéticas autólogas**

Iván Murrieta Álvarez,<sup>1</sup> Yarely Itzayana García Navarrete,<sup>2</sup> Luisa Fernanda Sánchez Valledor,<sup>3</sup> Gilberto David Elías de la Cruz,<sup>4</sup> Yahveth Cantero

Fortiz,<sup>5</sup> Joseph Vázquez Guadalupe,<sup>6</sup> Andrés León Peña,<sup>7</sup> Guillermo José Ruiz Delgado,<sup>8</sup> Guillermo José Ruiz Argüelles<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>2</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>3</sup> Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México

<sup>4</sup> Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México

<sup>5</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>6</sup> Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México

<sup>7</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>8</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

**Introducción:** El método mexicano de trasplante de células hematopoyéticas autólogas (TCH-auto) empleando ciclofosfamida y rituximab ha demostrado una eficacia y seguridad considerablemente elevadas para el tratamiento de la esclerosis múltiple (EM). Sin embargo, se desconocen las variables que tienen un papel en el apoyo transfusional de estos pacientes.

**Objetivos:** Estudiar las variables relacionadas a la necesidad de transfusión en el protocolo de TCH-auto para EM e integrarlas a un modelo predictivo.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo anidado en cohorte de pacientes reclutados del estudio intervencional de TCH-AUTO para EM (NCT02674217 ClinicalTrials.gov). El apoyo transfusional fue guiado a través de los conteos eritrocitarios y presencia de síndrome anémico. La decisión de emplear transfusión plaquetaria siguió la norma de conteo menor de 10,000/microL plaquetas o menor de 20,000/microL en presencia de fiebre. Análisis estadístico: Para la selección de variables se utilizó el modelo paso a paso (Forward stepwise) de regresión logística. Se utilizó análisis de sensibilidad y área por debajo de la curva para la determinación del rendimiento de

los modelos. Todos los análisis estadísticos tomaron en cuenta un valor de  $p < 0.05$  para ser considerados estadísticamente significativos. Se utilizó Stata 14 para realizar todos los análisis.

**Resultados:** Se analizaron 572 pacientes con EM. Desde mayo de 2015 y noviembre de 2019 se transfundieron a 46 (7%) pacientes con concentrados eritrocitarios, y a 23 (4%) pacientes con plaquetas. El promedio de transfusión eritrocitaria fue de 2.6 (DE 1.05) por paciente y de 1.8 (DE 1.2) de plaquetas por paciente. Se experimentaron 2 (0.3%) reacciones febriles, las cuales se trataron exitosamente con cuidados conservadores. Los factores de riesgo asociados a la necesidad de transfusión eritrocitaria fueron los siguientes: concentración sérica de hemoglobina (OR 0.75 IC 95% 0.59-0.94), edad  $>45$  años (OR 2.7 IC 95% 1.3-5.8), concentración sérica de albúmina (OR 0.20 IC 95% 0.07-0.51), antecedente de terapia modificadora de la enfermedad (TME) (OR 0.41 IC 95% 0.21-0.80). Las variables que predijeron las transfusiones plaquetarias fueron: concentración sérica de hierro (OR 1.01 IC 95% 1.00-1.02) y albúmina (OR 0.07 IC 95% 0.01-0.29) y antecedente de TME (OR 0.26 IC 95% 0.10-0.68).

**Conclusiones:** Las transfusiones fueron poco frecuentes en la población estudiada y los factores asociados a las mismas predicen adecuadamente la necesidad de transfusión en pacientes con EM postrasplantados.

#### **TCP008-TL: Movilización y recolección de células progenitoras hematopoyéticas en trasplante autólogo, tasas de éxito y factores de riesgo**

Aldo A Acosta Medina,<sup>1</sup> Luis Arias Espinosa,<sup>2</sup> Rodrigo Villaseñor Echavarrí,<sup>2</sup> Pedro Chouciño Brindis,<sup>2</sup> José Ignacio Martínez Quesada,<sup>2</sup> Georgina Barrera Lumbreras,<sup>1</sup> María Teresa Bourlon

De los Ríos,<sup>1</sup> Christianne Bourlon De los Ríos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

<sup>2</sup> Escuela de Medicina Universidad Panamericana

**Introducción:** El trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (auto-TCPH) es una terapia útil en neoplasias hematológicas y sólidas, siendo crucial para su realización la movilización y recolección de células progenitoras hematopoyéticas (CPH). La falla a la movilización (FM) imposibilita el TCPH en 40% de casos, sin embargo, nuevas estrategias han incrementado las tasas de movilización exitosa (ME).

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar factores de riesgo asociados a FM, así como la eficacia de diferentes estrategias de movilización en un centro de referencia nacional.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó candidatos a auto-TCPH que procedieron a intento movilización y recolección de CPH entre junio 2010 y junio 2019. Se definió ME a la obtención de  $>2 \times 10^6$  o  $>4 \times 10^6$  CD34+/kg en  $\leq 3$  aféresis.

**Resultados:** Se incluyeron 158 pacientes. La mediana células CD34+ pre-aféresis fue  $16.1 \times 10^6/\mu\text{L}$ . Las tasas de ME fueron 64.2% y 32.3% para  $>2 \times 10^6$  o  $>4 \times 10^6$  CD34+/kg, respectivamente. La mediana de células recolectadas fue  $3.5 \times 10^6$  CD34/kg. Factores asociados a una FM fueron: IMC  $\geq 25$ , superficie corporal incrementada, neoplasias hematológicas en comparación a sólidas, leucocitos  $<4 \times 10^3/\mu\text{L}$ , conteo de CD34+ en sangre periférica  $<10 \times 10^6/\mu\text{L}$  y la movilización con FEC-G o quimioterapia. El número de ciclos de quimioterapia previa únicamente tuvo un impacto en el subgrupo de linfomas. En análisis multivariado, únicamente el conteo

de células CD34+ en sangre periférica  $<10 \times 10^6/\mu\text{L}$  tuvo un impacto significativo como predictor de FM ( $p=0.004$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte la antropometría, las neoplasias hematológicas, el número de ciclos de quimioterapia previos, el conteo de CD34+, el conteo de leucocitos

previo a la movilización y el uso de FEC-G como monoterapia se asociaron a tasas disminuidas de cosechas exitosas. Estos hallazgos deben guiar el proceso de movilización para la selección apropiada de adecuados agentes y procesos. Se requieren de estrategias costo-efectivas, estratificadas

por recursos, para evitar retrasos en el proceso de auto-TCPH y el incremento en costos secundario a la necesidad de removilizar; particularmente considerando que el beneficio de agentes como plerixafor puede ser menor en una segunda movilización que ante su uso temprano.

## PRESENTACIÓN EN CARTEL

### TCP0001-La respuesta temprana predice la mejoría o estabilización a largo plazo de los pacientes con esclerosis múltiple tratados con trasplante de células hematopoyéticas autólogas

Iván Murrieta Álvarez,<sup>1</sup> Luisa Fernanda Sánchez Valledor,<sup>2</sup> Gilberto David Elías de la Cruz,<sup>1</sup> Yahveth Cantero Fortiz,<sup>1</sup> Yarely Itzayana García Navarrete,<sup>3</sup> Joseph Vázquez Guadalupe,<sup>3</sup> Andrés León Peña,<sup>1</sup> Guillermo José Ruiz Delgado,<sup>1</sup> Guillermo José Ruiz Argüelles<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>2</sup> Universidad de las Américas Puebla, Puebla, México,

<sup>3</sup> Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México

**Introducción:** La esclerosis múltiple (EM) es un trastorno autoinmunitario que se beneficia del efecto inmunomodulador del trasplante de células hematopoyéticas autólogas (TCH-AUTO). De este modo, se han ideado diferentes regímenes de acondicionamiento que presentan diferentes perfiles de eficacia y seguridad. Sin embargo, no se

conocen por completo los factores involucrados en la respuesta de la enfermedad hacia esta línea de tratamiento.

**Objetivos:** Identificar factores de la enfermedad y trasplante que se asocien a la mejoría o estabilización de la enfermedad a los 12 y 24 meses posteriores al procedimiento.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de pacientes con EM tratados con TCH-AUTO en Clínica Ruiz entre 2015 y 2019. Se reclutaron pacientes con las variantes remitente recurrente (RR), progresiva primaria (PP) y progresiva secundaria (PS). Se utilizó ciclofosfamida (Cy) y filgrastim (G-CSF) para llevar a cabo la movilización celular. Para el análisis estadístico se llevaron a cabo análisis univariados y multivariados utilizando regresión logística simple. Todos los análisis estadísticos emplearon un valor de  $p < 0.05$  para ser considerados estadísticamente significativos.

**Resultados:** El estudio incluyó dos cohortes, una de 194 pacientes (cohorte 1) con seguimiento a

12 meses, y otra de 83 pacientes (cohorte 2) con seguimiento a 24 meses. La respuesta general de mejoría o estabilización a los 12 y 24 meses fue de 73% y 58%, respectivamente. Mientras que la respuesta favorable a los 3 meses fue de 78% y a los 6 meses fue de 72%. Las variables que se asociaron a una mejoría o estabilización a los 12 meses fueron una respuesta favorable a los 3 meses (OR 10.8,  $p < 0.0001$ , IC 95% 4.8-24.4) y variante PS de EM (OR 3.1,  $p = 0.018$ , IC 95% 1.2-8.0). De manera similar, los factores relacionados a una mejoría o estabilización a los 24 meses fueron una respuesta favorable a los 6 meses (OR 17.2,  $p < 0.0001$ , IC 95% 3.8-77.3) y antecedente previo de terapia modificadora de la enfermedad (OR 13.2,  $p = 0.022$ , IC 95% 1.4-121.2).

**Conclusiones:** La respuesta favorable temprana se asocia a una permanencia de la mejoría o estabilización a largo plazo. Estos resultados se replicaron en las dos cohortes estudiadas.

### TCP0003-TL: Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple posterior a trasplante autólogo de células hematopoyéticas

Juan Carlos Olivares Gazca, Iván Murrieta Álvarez,<sup>1,2</sup> Jesús Mauricio Olivares Gazca,<sup>1,2</sup> Yarely Itzayana García Navarrete,<sup>1,3</sup> Andrés León Peña,<sup>1,2,5</sup> Gilberto David Elías de la Cruz,<sup>1,2</sup> Yahveth Cantero Fortiz,<sup>1,4</sup> Guillermo José Ruiz Delgado,<sup>1,2,5</sup> Guillermo José Ruiz Argüelles<sup>1,2,5</sup>

<sup>1</sup> Centro de Hematología y Medicina Interna

<sup>2</sup> Clínica Ruiz, Puebla, México

<sup>3</sup> Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

<sup>4</sup> Universidad de las Américas Puebla  
<sup>5</sup> Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**Introducción:** La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante y neurodegenerativa del sistema nervioso central (SNC) que provoca todo un espectro de alteraciones neurológicas asociadas a una profunda disminución en la calidad de vida de los pacientes afectados. Actualmente el trasplante de células hematopoyéticas autólogas (TCH-AUTO) es una alternativa de tratamiento aceptable y ha demostrado ser superior a los nuevos agentes inmunomoduladores. Sin embargo, se desconoce el impacto de las terapias sobre la calidad de vida de los pacientes con EM.

**Objetivos:** Identificar el impacto sobre la calidad de vida en los pacientes con esclerosis múltiple posterior al trasplante de células hematopoyéticas autólogas en el Centro de Hematología y Medicina Interna de Puebla.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuasi experimental, longitudinal, prospectivo y unicéntrico en el cual se determinó la calidad de vida en pacientes con EM previo y posterior al TCH-AUTO. Se excluyeron los pacientes que no pudieran con-

testar el cuestionario por si mismos y se eliminaron los cuestionarios incompletos. La determinación de la calidad de vida se realizó mediante la aplicación del instrumento MS-QoL 29 el cual está validado para la patología. Se estudiaron las variables relativas a los componentes físicos y mentales del instrumento, así como demográficos.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes prospectivamente de octubre 2018 a enero 2020, el 64% mujeres y el 36% restante hombres. La mediana de edad en la muestra fue de 47 años (intervalo 25-68). De los pacientes seleccionados el 49% tienen RRMS, 33% con PPMS y 18% con SPMS. Se siguieron 60 pacientes a 3 meses, 34 pacientes a 6 meses, 22 pacientes a 9 meses y 9 pacientes a 12 meses posterior al trasplante. Se determinó la diferencia estadística entre la calidad de vida en los pacientes previa al trasplante y el seguimiento a 3, 6, 9 y 12 meses tanto en el componente físico como en el mental. En el componente físico la diferencia a 3 meses fue estadísticamente significativa ( $p=0.003$ , NC 95%) así como a 6 meses ( $p<0.0001$ , NC 95%), 9 meses ( $p<0.001$ , NC 95%) y 12 meses ( $p=0.0048$ , NC95%). En el componente mental la diferencia fue significativa a 3 meses ( $p=0.0002$ , NC 95%) así como a 6 meses ( $p<0.0001$ , NC 95%), 9 meses ( $p=0.0003$ , NC 95%) y 12 meses ( $p=0.020$ , NC 95%).

**Conclusiones:** El estudio sugiere que el TCH-AUTO es una alternativa terapéutica factible y segura para mejorar de forma significativa la calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple.

### TCP0004-TL: Eficacia y seguridad de la sedo-anestesia para el trasplante de células madre en niños con parálisis cerebral y autismo, propofol después de la inhalación de sevoflurano

María del Consuelo Mancías Guerra, Sofía Alejandra Carreño Salcedo, Ileana Yazmín Velasco Ruiz, Carlos De la Cruz De la Cruz, Jane Citlaly López Quezada, Jose Luis Guerrero González, Antonio Valencia Alcocer

Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Dr. José Eleuterio González, Departamento de Hematología

**Introducción:** Cuando es requerido, la recolección de medula ósea (MO) y los procesos intratecales (IT) deben ser realizados bajo sedación. Para procedimientos cortos, puede administrarse el Sevoflurano inhalado, y/o el propofol, el cual es un agente intravenoso típico que se utiliza y para sedación.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y la eficacia de la sedación realizada por anestesiólogos para la recolección de médula ósea y procedimientos IT en pacientes con parálisis cerebral (PC) o con espectro autista (TEA).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo con 97 pacientes pediátricos que se sometieron a recolección de MO y posteriormente a un IT para aplicación de TCTN bajo sedación y anestesia local durante el periodo de enero 2018 a febrero 2019 en el Hospital Universitario de la UANL. Se administraron dos anestесias, la primera durante la recolección de MO. Los pacientes recibieron sevoflurano inhalado, por planos anestésicos con un flujo de oxígeno de 2 L/min. Cuando la escala de Ramsay obtuvo un puntaje de 6, se instaló un acceso venoso, el cual se conservó para utilizarlo en la segunda inducción. En la segunda anestesia utilizada para la IT, se administró propofol IV a una dosis de 2mg/kg. Se administraron dosis suplementarias de 1 mg/kg repetidamente cuando no se alcanzó el nivel de sedación. Los eventos adversos graves se definieron como; colapso cardiovascular: frecuencia

cardiaca (FC) <60 lpm; eventos respiratorios: frecuencia respiratoria (FR) <8 rpm; hipoxemia; (SO<sub>2</sub> <95%) y reacciones alérgicas.

**Resultados:** Fueron incluidos 97 pacientes, realizando en total 194 procedimientos anestésicos, 97 para aspiración de MO y 97 para el PI. La administración media de propofol fue de 40mg (24.5-56). El análisis post hoc reportó diferencias significativas en el valor de presión arterial sistólica (PAS), SO<sub>2</sub>, FC y FR previo, durante y después de la administración de anestesia, sin embargo, se mantuvieron dentro de los valores normales según los grupos de edad. La presión arterial diastólica (PAD) se mantuvo estable durante el procedimiento. El puntaje de descarga de Aldrete se documentó con 9 puntos en 86.6% y 10 puntos en 13.4%. No hubo eventos adversos y ningún paciente informó dolor en la escala de VAS.

**Conclusiones:** La combinación de sevoflurano-propofol para niños con PC y TEA dio como resultado una respuesta hemodinámica estable y pocos efectos adversos, lo que indica que puede ser adecuada para la inducción de anestesia a corto plazo durante la recolección de MO e IT.

**TCP0005-TL: Percepción de los padres acerca de los efectos secundarios y resultados obtenidos en el tratamiento con células nucleadas totales en pacientes con parálisis cerebral y autismo**

*María del Consuelo Mancías Guerra, Ileana Yazmín Velasco Ruiz, Sofía Alejandra Carreño Salcedo, Rodrigo Huerta Rangel*

Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital "Dr. José Eleuterio González", Departamento de Hematología

**Introducción:** Recientemente la terapia con células madre ha sido

considerada como un tratamiento prometedor para patologías neurológicas tales como Parálisis cerebral y Autismo.

**Objetivos:** Evaluar la opinión de los padres de los pacientes acerca de la terapia con células nucleadas totales y su mejora en el tratamiento de parálisis cerebral y espectro autista.

**Materiales y métodos:** Se enviaron 30 encuestas vía correo electrónico a padres de pacientes que recibieron la terapia celular durante el periodo de julio a diciembre del 2019. Se consideraron entre otros: Efectos adversos, cumplimiento de expectativas, tiempo de mejoría.

**Resultados:** Entender la opinión de los familiares respecto al procedimiento facilitaría la adhesión posterior. La mayoría de los pacientes ha recibido una sola terapia (63.4%). El 16.7% ha sido. El 63% de los pacientes no reportaron efectos secundarios post-estimulación al FEC-G y 37% sí reportó sintomatología (irritabilidad 43.3%, cefalea 16.7%, dolor 6.7%, fiebre 6.7%). Un 77% reportó presencia de efectos secundarios posterior al procedimiento (cefalea 40%, náusea 40%, fiebre 33.3%, vómito 30%, dolor en el sitio de punción 26.7%, rigidez de nuca 26.7%). Padres consideran que sus hijos presentaron efectos adversos (77%) a la aplicación de sedación, el restante lo niega (23%). El lapso de tiempo entre el procedimiento y las mejoras, en los casos que aplicaba, fue de 2 semanas (50%), 2 meses (23%), más de 4 meses (17%) y 1 mes (10%). Los familiares consideran que sus expectativas sí fueron cumplidas (73%) y el resto consideran que no (27%). A pesar de estas cifras, un 93% recomendaría el procedimiento. El 90% de los padres reportó que el procedimiento fue de utilidad para sus hijos. La manera más común en la que se enteraron del programa fue por medio de recomendaciones (50%), por Internet

(27%) y por redes sociales (23%). La mayoría de los padres informaron que la terapia celular fue de ayuda para sus hijos, aún cuando el 73% reportó que sus expectativas fueron cumplidas, el 93% sí recomienda el procedimiento. Esto lo podemos traducir como la existencia de una buena experiencia para los pacientes durante su estancia en nuestra institución, además de un alto porcentaje de eficacia de la terapia según la opinión de los padres de familia, quienes saben que la finalidad de este procedimiento es mejorar la calidad de vida del paciente.

**Conclusiones:** A pesar de que la percepción de los padres acerca de las posibles mejoras que puedan tener sus hijos, se requieren estudios que avalen dichos resultados.

**TCP0006-TL: Papel del trasplante alogénico de células hematopoyéticas en paciente con LGC resistente y/o refractaria a imatinib y con pobre acceso a inhibidor de tirosinasa como segunda o tercer línea de tratamiento**

*Olga Graciela Cantú Rodríguez,<sup>1</sup> Karen Lorena Osorno Rodríguez,<sup>1</sup> César Homero Gutiérrez Aguirre,<sup>1</sup> Juan Pablo Gómez Villarreal,<sup>2</sup> Miguel Ricardo Ríos Rodelo,<sup>2</sup> Bernardo Lafarga Amao,<sup>2</sup> María del Consuelo Mancías Guerra,<sup>1</sup> Oscar González Llano,<sup>1</sup> José Angel Hawing Zárate,<sup>1</sup> Irma Guadalupe C Obregón Saldívar,<sup>1</sup> Graciela Alejandra González Cantú,<sup>1</sup> David Gómez Almaguer<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Servicio de Hematología, Hospital Universitario, UANL

<sup>2</sup> Centro Médico Nacional del Noreste, IMSS UMAE 25

**Introducción:** Con la llegada de los inhibidores de tirosina-cinasa (ITK's) para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) y su efectividad como primera, segunda y tercer línea terapéutica, el trasplante

de células hematopoyéticas (TCH) pasó a ser una alternativa solo para casos con intolerancia o mutaciones que limitaban su uso. En un país con un sistema de salud pública con limitaciones para el acceso oportuno a los ITK's de segunda y tercera línea de tratamiento, el TCH puede ser la única alternativa en casos de resistencia o progresión de la enfermedad.

**Objetivos:** Comparar la evolución y respuesta de pacientes con LMC tratados con TCH después de falla a imatinib vs. quien recibió otro ITK's.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, de dos centros, en el que se colectaron datos demográficos, de laboratorio, evolución clínica y terapéutica empleada en pacientes con diagnóstico de LMC con falla a imatinib.

**Resultados:** Se incluyeron 146 pacientes, con mediana de edad de 47 años (14-81), 55% varones. El 67.8% (99) tuvo acceso a ITK de segunda línea, en el 39.8% de los casos en un periodo menor a 3 meses entre la pérdida de respuesta y el inicio de segunda línea y en un periodo de entre 5 a 93 meses el 28%. Lograron respuesta molecular mayor (RMM) el 62% en casos con acceso menor a tres meses y 48.7% en acceso tardío. Entre quienes no lograron respuesta el 25% (11) recibió TCH de sangre periférica, tres lograron y mantienen RMC, 7 fallecieron por progresión y uno por infección antes del injerto. En el grupo sin acceso a ITK's de segunda línea (n=47), el 19% (9) fueron trasplantados, dos recibieron previamente interferón o busulfán; actualmente 6 se encuentran en RMC desde el procedimiento con un rango de vigilancia de 2 a 8 años, 2 pacientes fallecieron por progresión y uno por EICHc.

**Conclusiones:** El TCH como tratamiento para pacientes que no

cuentan con acceso oportuno a ITK's de segunda o tercera línea es una alternativa viable, sin embargo no ofrece la misma tasa de éxito y sobrevida, y puede limitar la calidad de vida por la aparición de EICH y otras complicaciones, por ello la decisión de su uso debe ser cuidadosamente evaluada para casos de alto riesgo. El tratamiento ideal de los pacientes es el cambio a ITK's de segunda y tercera línea en forma oportuna en los casos necesarios.

**TCP0007-TL: Evaluación del segundo trasplante alogénico en adultos utilizando un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida**

*José Carlos Jaime Pérez, Ernesto Picón Galindo, José Luis Herrera Garza, Luis Javier Marfil Rivera, David Gómez Almaguer*

Servicio de Hematología, Hospital Universitario, UANL, Monterrey, NL, México

**Introducción:** El TPH es una estrategia efectiva para el tratamiento de enfermedades hematológicas malignas, sin embargo, la decisión de la conducta terapéutica después de la falla de injerto o la recaída es ambigua. Los segundos TPH representan un reto por el riesgo de toxicidad acumulada y por la propia enfermedad de base, y la evidencia al respecto es limitada en Latinoamérica.

**Objetivos:** *Primario:* Evaluar el segundo TPH-alogénico en adultos. *Secundarios:* 1) Evaluar las características poblacionales, las complicaciones y las causas de mortalidad. 2) Analizar el riesgo de mortalidad relacionada al trasplante y la recaída después del segundo TPH. 3) Analizar la supervivencia y los factores de riesgo.

**Materiales y métodos:** Se estudió retrospectivamente (2006 – 2019) a pacientes adultos que recibieron un segundo TPH-alogénico utilizando

un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Para el método de Kaplan-Meier, la regresión de Cox y la incidencia acumulada se utilizaron los programas SPSS y R-Studio.

**Resultados:** Un total de 27 adultos en un periodo de 13 años recibieron un segundo TPH-alogénico después de recaída/progresión o falla de injerto. La mediana de edad fue de 34 años (17-54) y el 70% fueron masculinos. El principal diagnóstico fue la LLA con un 26%. La mediana de tiempo entre el primer y segundo TPH fue de 11 meses (1.5-45) y el 52% de los donadores fueron HLA-identícos. El 18.5% presentaron EICH aguda y 40.7% presentaron EICH crónica. La principal complicación fue fiebre y neutropenia con un 66.7% y la principal causa de mortalidad fueron las infecciones con un 46.2%. Catorce (51%) de 27 pacientes se encontraban vivos con una mediana de seguimiento de 11 meses. La mediana de sobrevida general después del segundo trasplante fue de 20.6 meses (IC 95% 8.6-32.6) con una sobrevida a 1 año del 57.5% (95% CI 55.43-59.5), sin diferencia significativa entre los diferentes diagnósticos (p=0.62). El segundo trasplante antes de los 10 meses junto con la presencia de EICH crónica representaron factores protectores para una mayor sobrevida general mientras que las transfusiones fueron un factor de riesgo para una menor sobrevida. La incidencia acumulada a 1 año de MRT fue del 22% y del 33% para recaída; en el análisis univariado la EICH crónica disminuyó el riesgo de recaída.

**Conclusiones:** El segundo TPH alogénico en adultos es una buena estrategia de tratamiento después de la recaída o la falla del injerto con datos similares a los reportados en países desarrollados.

**TCP0009-TL: Retos y necesidades en relación a la atención y preservación de la fertilidad en receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas**

Aldo A Acosta Medina,<sup>1</sup> Rosa E Caballero Landínez,<sup>1</sup> Angélica Manrique Rubio,<sup>2</sup> Kevin Terán De la Sancha,<sup>2</sup> María Teresa Bourlon De los Ríos,<sup>1</sup> Christianne Bourlon De los Ríos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

<sup>2</sup> Escuela de Medicina Universidad Anáhuac

**Introducción:** La criopreservación permite satisfacer la paridad en hombres y mujeres, sin embargo, es poco accesible a receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), una población con alto riesgo de disfunción gonadal (DG). La criopreservación requiere intervalos sin tratamiento citotóxico, que en pacientes oncológicos, debe ser contrapuesto al riesgo de recaída.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue evaluar las tasas de DG pre- como post-TCPH, así como los factores de riesgo asociados en un centro de referencia nacional.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó receptores de TCPH  $\leq 45$  años entre junio de 2000 a mayo de 2018. Se definió DG como concentraciones  $< 3$  ng/ml de testosterona total en hombres y  $< 40$  pg/ml de estradiol en mujeres.

**Resultados:** Se incluyeron 213 pacientes, 64.8% hombres, con una mediana de edad de 29 años. El diagnóstico de base fue hematológico en 84%. El 81.2% tuvo antecedente de quimioterapia citotóxica, en 26.6% con un perfil gonadotóxico (PGT) de riesgo intermedio/alto. Se realizó evaluación hormonal completa pre-TCPH en 71.8%, con una tasa de DG de 22.9%. Los factores aso-

ciados con DG incluyeron mayor edad ( $p=0.013$ ) y sexo femenino ( $p<0.001$ ), a pesar de haber recibido el grupo de hombres terapias con PGT de mayor riesgo ( $p<0.001$ ). Se dio asesoría de fertilidad al 55.4% predominantemente a mujeres ( $p<0.001$ ). Solo 3.3% completó criopreservación. A los 6 meses post-TCPH 193 pacientes fueron evaluables. Un 47.7% tuvieron perfil hormonal completo con una tasa de DG de 47.8%. El incremento de DG post-trasplante fue estadísticamente significativo en las mujeres. Factores de riesgo para desarrollo de DG post-TCPH fueron: mujeres ( $p<0.001$ ), acondicionamiento mieloablativo ( $p=0.003$ ) y terapias citotóxicas pre-trasplante ( $p=0.01$ ); los 2 últimos únicamente significativos en mujeres. La DG en hombres sólo se asocio a diagnóstico de cáncer testicular ( $p=0.019$ ).

**Conclusiones:** Uno en cuatro pacientes evaluados pre-TCPH tuvieron evidencia de DG. A pesar de esto y de ser una población con una mediana de edad baja, solo un 50% recibió asesoría de fertilidad y la criopreservación fue casi nula. El género femenino fue un factor de riesgo para el desarrollo de DG, evidenciando el rol de la barrera hematotesticular en disminuir la concentración intragonadal de quimioterapia. Nuestros resultados muestran la necesidad de un abordaje multidisciplinario en candidatos a trasplante y el desarrollo de guías de oncofertilidad estratificadas según recursos para seleccionar pacientes con mayor potencial de beneficio.

**TCP0010-TL: Recaída de leucemia aguda post-trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, factores de riesgo y desenlaces de las recaídas extramedulares aisladas**

José Miguel Álvarez Blanco, Aldo A Acosta Medina, Guillermo Pacheco

Gutiérrez, Georgina Barrera Lumberras, Christianne Bourlon de los Ríos  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

**Introducción:** El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es un tratamiento efectivo para la leucemia aguda. La causa más frecuente de muerte post-TCPH es la recaída, involucrando comúnmente la médula ósea (MO). La recaída extramedular aislada (REMa) es la infiltración de tejidos por blastos clonales, sin involucro de la MO y con quimerismo medular completo. Es infrecuente y sus implicaciones pronósticas y tratamiento son un área activa de estudio.

**Objetivos:** Evaluar desenlaces clínicos e incidencia de REMa post-TCPH.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó pacientes  $\geq 16$  años, con diagnóstico de leucemia aguda, sometidos a TCPH entre julio de 1999 y diciembre de 2018.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes, el tipo de leucemia más común fue linfóide aguda (LLA). El 64% fueron de alto riesgo y 14.3% contaban con historia previa de enfermedad extramedular (EEM). La mediana de seguimiento post-TCPH fue de 19 meses, con una tasa de recaída (TR) a 2 años del 47%. Pacientes con LLA tuvieron mayor riesgo de recaída (RR) que pacientes con leucemia mieloide y promielocítica aguda (58.5% vs. 29.6% vs. 12.1%;  $p=0.049$ ). De 33 recaídas, 10 tuvieron EEM y, de éstas, 9 fueron REMa (27.3%). Factores de riesgo asociados a REMa incluyeron: diagnóstico de LLA ( $p=0.03$ ) e historia de EEM previa ( $p=0.006$ ). La supervivencia global (SG) en pacientes con recaída a MO (RMO) en comparación con REMa o pacientes sin recaída fue menor (mediana de SG 14m vs. 18m vs. no alcanzada;  $p<0.001$ ). En el análisis univariado

factores asociados a menor SG posterior a la recaída fueron: RMO ( $p=0.034$ ), leucemia de alto riesgo ( $p=0.015$ ), no haber recibido tratamiento sistémico o segundo TCPH a la recaída ( $p=0.009$ ) y falta de remisión post-tratamiento a la recaída ( $p=0.002$ ). En el análisis multivariado se asociaron a mejor desenlace: remisión post-recaída (HR 0.03 IC95%0.004-0.28;  $p=0.002$ ), REMa (HR 0.17 IC95%0.04-0.76;  $p=0.02$ ), leucemia de riesgo favorable (HR 0.14 IC95%0.03-0.64;  $p=0.012$ ) y el tratamiento sistémico como puente a segundo TCPH (HR 0.1 IC95%0.01-0.77;  $p=0.027$ ).

**Conclusiones:** La REMa fue más frecuente en esta población con regímenes de acondicionamiento basados en quimioterapia que en reportes históricos, reforzando el posible rol protector de radiación corporal total. La REMa demostró mejor supervivencia que la RMO. Alcanzar una remisión post-recaída, particularmente con tratamientos combinados sistémicos, logra mejores desenlaces clínicos.

#### **TCP0011-CC: Neumotoxicidad por ciclosporina en paciente post trasplante alogénico 100% compatible, reporte de caso en centro médico mexicano**

José Antonio De la Peña Celaya, Alba Edna Morales Hernández, Denisse Jocelyn Fermín Caminero, Atenas Villela Peña, José Luis Álvarez Vera, María Eugenia Espitia Ríos, Luara Luz Arana Luna, Juan Manuel Pérez Zúñiga, Martha Alvarado Ibarra

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, Ciudad de México

**Objetivos:** Se presenta el caso de un paciente con neumotoxicidad severa y atipia celular originadas por el uso de ciclosporina como profilaxis para EICH en un paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, post trasplante alogénico 100% compatible.

**Antecedentes:** Existen pocos casos de toxicidad pulmonar por ciclosporina reportados en el mundo ya que se trata de una complicación sumamente rara.

**Caso clínico:** Masculino de 21 años de edad con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, posttrasplantado de CPH alogénico 100% compatible quien 1 mes posterior ingresó a hospitalización del centro médico por un cuadro de tos seca y disnea, así como fiebre no cuantificada. Se realizó TC de tórax que reporte: imágenes hiperdensas bilaterales heterogéneas, mal definidas, predominio hemitórax derecho región basal, con ocupación alveolar compatibles con neumonitis a descartar neumonía, se decidió iniciar manejo con meropenem y vancomicina de forma empírica, ante persistencia de fiebre se escaló a anfotericina y trimetoprima/sulfametoxazol. Presentó deterioro respiratorio por lo cual se inicia apoyo con ventilación mecánica no invasiva con mejoría en saturación y patrón respiratorio, es ingresado a terapia intermedia para continuar manejo respiratorio. Es valorado por médico infectólogo quien solicitó determinación sérica de galactomanano y beta D, glucano, siendo ambos negativos. Persistió febril por lo que se realizó broncoscopia en la cual se obtuvo lavado bronquial, cepillado y toma de biopsias con reporte de cultivo de lavado bronquial: negativo, cultivo de baciloscoopia: negativo, influenza A: negativa, influenza B: negativo, PCR para múltiples virus: negativos. Reporte de citopatológico de líquido pleural: proceso inflamatorio agudo intenso con cambios reactivos y atipia de células bronquiales secundaria a tratamiento (ciclosporina), negativo para presencia de hongos. Se suspendió antifúngico con esta evidencia y se cambió antibiótico terapia de carbapenémico a piperacilina más tazobactam. Posteriores

reportes de biopsia de bronquio: inflamación crónica inespecífica con displasia epitelial reactiva, por lo anterior se decide suspender inmunosupresión con ciclosporina, iniciar tratamiento a base de esteroide intravenoso y continuar ventilación mecánica no invasiva.

#### **Figuras 1 y 2**



**Figura 1.**



**Figura 2.**

**Conclusiones:** Posterior a descarte de procesos infecciosos y, ante la evidencia histopatológica, se determina que las alteraciones respiratorias del paciente fueron secundarias a una rara complicación pulmonar por ciclosporina, descrita solo en un par de casos. El paciente presentó mejoría posterior a su suspensión y manejo con esteroides.

### TCP0012-TL: Experiencia en el trasplante haploidéntico en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

*Luara Luz Arana Luna, Fredy Tepepa Flores, Óscar Teomitz Sánchez, José Luis Álvarez Vera, Juan Manuel Pérez Zúñiga, José Antonio De la Peña Celaya, Eleazar Hernández Salazar, María Eugenia Espitia Ríos, Martha Alvarado Ibarra*

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México

**Introducción:** Actualmente el trasplante haploidentico se ha convertido en la opción más accesible en cuanto a disponibilidad de donante para poder realizar trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, la literatura internacional reporta una tasa de mortalidad que oscila del 25 al 30%.

**Objetivos:** Conocer las características y desenlaces de los pacientes sometidos a trasplante haploidéntico en el CMN 20 de Noviembre.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes a los que se le realizó trasplante haploidéntico de marzo 2019 a enero 2020, en el CMN 20 de Noviembre. Revisión de expediente clínico y expediente en banco de sangre.

**Resultados:** 8 pacientes en total, 6 con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (75%) de los cuales 3 fueron Philadelphia positivo y 1 leucemia linfoblástica aguda estirpe T; 1 con diagnóstico de leucemia mieloide crónica en fase blástica linfoide (12.5%) y 1 con diagnóstico de leucemia mieloide aguda (12.5%). Con una media de edad de 34.6 años. Se utilizó el protocolo BuCy2 de acondicionamiento en todos los pacientes. Incompatibilidad ABO mayor en 3 pacientes (37.5%) de los pacientes para los cuales se realizó recambio plasmático como método para disminución de isohemaglutininas, e incompatibilidad ABO menor en

1 paciente (12.5%). La media de dosis celular de CD34+ infundidas fue de  $5.1 \times 10^6$ . Se otorgó profilaxis primaria para CMV en 60% de los pacientes. Anticuerpos anti HLA en un paciente (12.5%). Se obtuvo una media de injerto mieloide al día +17.1 (+12 al +22), logrando un quimerismo superior del 95% en 7 pacientes (87.5%). Dentro de las complicaciones se reportaron EICH agudo en 50% todos grado I y II, de estos la mitad fueron de presentación intestinal y la otra mitad de presentación cutánea, infección por virus BK en 4 pacientes (50%) con cistitis hemorrágica en 2 pacientes (50%); detección de CMV en el 37.5% y 1 paciente tuvo síndrome hemofagocítico pos trasplante. Reportamos una mortalidad del 25%.

**Conclusiones:** La mortalidad asociada a trasplante en los primeros 100 días es similar con respecto a la reportada en otros grupos. Se observa incremento en la tasa de infección por virus bk (50%), incidencia de EICHa similares a las reportadas por la literatura mundial, a pesar del escaso tamaño de la muestra podemos obtener información de gran valor, el trasplante haploidéntico ofrece una estrategia de tratamiento válida y segura en aquellos pacientes que carecen de un donante 100% compatible. con tasas de respuestas prometedoras.

### TCP0013-TL: Causas de hospitalización y mortalidad en los primeros 365 días post-trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas

*Bosco Martín McNally Guillén, José Manuel Téllez Araujo, Alejandra Mendoza Torres, José Luis Estrada Rico, Oyuky Gissell Aguirre Reyes, Brenda Lizeth Acosta Maldonado, Liliana Meylen Rivera Fong, Luis Manuel Valero Saldaña*

Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México

**Introducción:** El trasplante alogénico (TALO) es un tratamiento estándar con potencial curativo para múltiples patologías hematológicas, sin embargo presenta riesgos de complicaciones asociadas a la toxicidad por el régimen de acondicionamiento y por el prolongado periodo de reconstitución inmune secundario a la inmunosupresión para evitar la enfermedad injerto contra huésped (EICH). Estas complicaciones pueden causar reingresos hospitalarios en el periodo post-trasplante que podrían afectar el resultado final del trasplante.

**Objetivos:** Identificar la incidencia, mortalidad y características clínicas de las principales causas de hospitalización durante los primeros 100 días posterior al trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo entre Enero del 2013 y Diciembre del 2018 en pacientes mayores de 18 años sometidos a un TALO. Las siguientes causas de hospitalización se consideraron: Infección, Recaída, EICH, infusión de Linfocitos y Falla de Injerto. La información demográfica y clínica se obtuvo de los expedientes electrónicos, los datos fueron analizados con SPSS v21.

**Resultados:** Se analizaron 68 pacientes con una mediana de edad de 29 años, un 57.4% fueron varones. Un 58.8% LAL, 30.9% LAM, un 1.1% LMC, 1.5% LDCCB, 5.9% linfoma anaplasico de células T y mielofibrosis en un 1,5%. Un 75% presento algún tipo de infección, un 50% de los pacientes tuvieron al menos 1 hospitalización en su estado post-trasplante, un 17.6% tuvo 2 hospitalizaciones y un 7.4% más de 2 hospitalizaciones. Un 51.5% presento algún tipo de complicación durante los primeros 100 días post-trasplante y un 88.2% presento alguna complicación durante el primer año. Un 70.8%

falleció de recaída y un 20.8% de infecciones. Los pacientes que presentaron complicaciones antes del día 100 post-TALO tuvieron una supervivencia global de 38% comparados a los que no tuvieron complicaciones que tuvieron una supervivencia global del 74% a 3 años. Los pacientes que tuvieron 2 o más hospitalizaciones tuvieron una supervivencia global de un 50% y el 100% de los pacientes con más de 2 hospitalizaciones había fallecido antes de los 3 años del trasplante.

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a un TALO tienen una alta frecuencia de complicaciones. En nuestro estudio los principales factores que se asociaron a un desenlace negativo del trasplante fueron las complicaciones durante los primeros 100 días y la presencia de 2 o más hospitalizaciones. Los procesos infecciosos fueron la principal causa de hospitalización y la principal causa de fallecimiento fue la recaída.

**TCP0014-TL: El camino hacia el día 0, identificación de barreras para la realización del trasplante en la era del haploidéntico**

*Mónica Bustillos Muñoz, Andrés Gómez De León, Perla Rocio Colunga Pedraza, Rosario Salazar Riojas, Leslie Silva López, César Homero Gutiérrez Aguirre, David Gómez Almaguer*  
 Hospital Universitario José Eleuterio González, Ciudad de México

**Introducción:** El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos (alloTPH) es una alternativa terapéutica curativa, para diversas hemopatías. Con el trasplante haploidéntico, la disponibilidad de un donador ya no representa la principal barrera para el paciente en países como el nuestro. La mayoría de las publicaciones en el campo del trasplante, se han enfocado en pacientes trasplantados y no en aquellos con "intención a trasplan-

tar". Los factores para no realizar un trasplante, en pacientes candidatos, son poco estudiados y desconocidos en nuestro país.

**Objetivos:** Determinar barreras que interfirieran con la realización de un alloTPH, en pacientes considerados candidatos y evaluar sus desenlaces.

**Materiales y métodos:** Realizamos una revisión retrospectiva incluyendo a todos los pacientes adultos que fueron considerados candidatos a alloTPH y se realizaron determinación de HLA en nuestro servicio, entre enero del 2016 y diciembre del 2018. Documentamos variables demográficas, tiempo transcurrido para la determinación de los HLA y lo comparamos con el tiempo de los pacientes trasplantados. Se realizó un análisis univariado y multivariado para identificar otras covariables involucradas.

**Resultados:** 135 pacientes se realizaron HLA. En 47 (34.8%) no se realizó el trasplante. Las principales causas identificadas fueron: enfermedad refractaria o recaída en 15 pacientes (36.6%), rechazo y/o abandono del tratamiento en 12 pacientes (29.2%), 5 sin donador (12.2%), 4 por dificultades económicas (9.7%) y 4 (9.7%) por otras comorbilidades. Un DRI alto y la ausencia de cobertura de salud fueron factores de riesgo para no ser trasplantados. El desenlace de estos pacientes fue malo, particularmente en aquellos con DRI alto.

**Conclusiones:** La principal barrera para realizar un trasplante alogénico es la refractariedad o la recaída de la enfermedad, seguido del rechazo o abandono del tratamiento y la falta de donador. Debemos enfocarnos en la educación del paciente y su familia, así como proponer y realizar el trasplante lo más pronto posible.

**TCP0015-TL: Sobrevida libre de progresión de mieloma**

**múltiple, en relación a tiempo de consolidación de trasplante autólogo**

*Haydeé Argelia Cruz Velazco, Arnoldo Salas Delgado, Bernardo Lafarga Amao, Severiano Baltazar Arellano*  
 IMSS, UMAE Hospital de Especialidades No. 25

**Introducción:** El mieloma múltiple es la tercera neoplasia hematológica más frecuente a nivel mundial. El tratamiento se basa según si el paciente es candidato a trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas como consolidación ya que está comprobado que mejora la tasa de sobrevida libre de progresión. Los estudios son poco concluyentes para determinar beneficio al recibir trasplante temprano o tardío, sobre todo en medios donde no hay acceso a inhibidores de proteasoma como tratamiento de primera línea.

**Objetivos:** Comparar la tasa de sobrevida libre de recaída en pacientes con mieloma múltiple de IMSS, UMAE Hospital de Especialidades No. 25, que recibieron consolidación con trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico, tipo cohorte, longitudinal, prospectivo, retrolectivo. Se incluyeron 46 pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple que recibieron trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas entre los años 2006 - 2017. Se identificaron dos grupos según el tiempo de diagnóstico hasta el trasplante: temprano < 12 meses, tardío > 12 meses. Se recolectaron variables socio demográficas, tipo de mieloma de acuerdo a su inmunoglobulina, estadio clínico, líneas de tratamiento recibidas, total de células CD34+/kg de peso infundidas, estatus de la enfermedad a dos años y meses a la recaída en caso de presentarla.

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes, 25 de trasplante tardío y 19 de trasplante temprano (56.8% vs 43.2%). Para el resultado principal en sobrevida libre de recaída a dos años, se encontró que en el grupo de trasplante temprano, solo 7 de los 19 pacientes había recaído (36.8%), mientras que en el grupo de trasplante tardío 17 lo habían hecho (68%) ( $p = 0.40$ ). El grupo de trasplante tardío presentó mayor riesgo de recaída a dos años, con respecto al grupo de trasplante temprano (RR 1.846, IC 0.966-3.526). La media de recaída fue de  $15.8 \pm 1.35$  meses en el grupo de trasplante tardío, y de  $17 \pm 8.09$  meses en el de trasplante temprano, sin una diferencia significativa.

**Conclusiones:** Existe diferencia en la sobrevida libre de recaída de mieloma múltiple, en relación a tiempo de consolidación de trasplante autólogo, esto puede estar relacionado también a que puede haber retraso en el trasplante en pacientes que no logran una respuesta óptima con su primera línea de tratamiento, así como alteraciones citogenéticas que no siempre se tienen disponibles para realizar en todos los casos.

#### **TCP0016-CC: Vasculitis a nivel de sistema nervioso central como manifestación de enfermedad injerto contra huésped**

*Carolina Flor Cruz García, Gerardo López Hernández, Alberto Olaya Vargas, Nidesha Ramírez Uribe, Hayde del Pilar Salazar Rosales*  
INP, Ciudad de México

**Objetivos:** Describir un caso clínico de vasculitis a nivel de sistema nervioso central como enfermedad injerto contra hospedero.

**Antecedentes:** La afectación del sistema nervioso central (SNC) de la enfermedad injerto contra hospedero (EICH) es una causa rara de trastornos a nivel de SNC después

del trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas, afecta cerebro o médula espinal, y es el resultado de vasculitis cerebral, desmielinización o infiltración difusa de células inflamatorias. La enfermedad cerebro vascular puede ocurrir en medianos y grandes vasos simulando un accidente cerebro vascular, la vasculitis puede ocurrir en pequeños vasos y como resultado lesiones perivasculares inflamatorias multifocales alrededor de las arterias pequeñas a medianas en las meninges y el parénquima. reporte de un caso.

**Caso clínico:** Femenino de 10 años con diagnóstico leucemia granulocítica crónica BCR-ABL1 positivo, con mutación de resistencia a inhibidor de tirosina cinasa de primer generación, en tratamiento con nilotinib, se realizó TCPH modelo haploidéntico donador paterno 50 años con depleción *in vivo* (REC A+/DON O+/ IGG CMV REC -/ DON -)/ origen médula ósea desplasmatazada. Recibió acondicionamiento: fludarabina/ciclofosfamida/ irradiación corporal total (200 cGyD D.U.). Profilaxis para EICH: micofenolato y tacrolimus. Evolución post TCPH imagen 1a. en el día +154 inicia con infección de vías respiratorias superiores: tos, odinofagia y fiebre, se agrega gastroenteritis con evacuaciones líquidas, aumento en la frecuencia, además vomito y dolor abdominal. Y cuadro clínico de encefalitis con cefalea, ataxia, vomito, fotofobia, se realizó punción lumbar con pleocitosis 94 células (98% mononucleares) e hiperproteínoorraquia (254.4 mg/dl), panel viral LCR negativo, PCR- influenza negativo, se realiza administración de gammaglobulina, se realiza abordaje por sospecha de EICH multisistémico (IMAGEN 1B) y se inicia tratamiento con metilprednisolona 30 mg/kg/día(5), budesonida oral, mesalazina (oral e intrarrectal), ayuno, nutrición parenteral

total, fluticasona, tacrolimus (oral y tópico), infliximab (EICH intestinal refractario), actualmente se encuentra en terapia con fotoféresis extracorpórea, en buenas condiciones generales.

**Conclusiones:** El diagnóstico de EICH en SNC es un desafío ya que debe realizarse por exclusión con etiologías que se presentan con mayor frecuencia, individualizar las características pre y post trasplante de cada paciente para orientar en base a los factores de riesgo el diagnóstico temprano de EICH. Realizar un seguimiento estricto y mantener la sospecha clínica en relación al incremento de la EICH post DLI. La EICH por su localización puede ser considerada clásica (intestino, hígado, piel), sin embargo debemos considerar la presentación atípica puede afectar cualquier órgano o sistema.

#### **TCP0017-TL: Experiencia en trasplante haploidéntico de células progenitoras hematopoyéticas en niños y adolescentes con anemia aplásica severa utilizando esquema mieloablatoivo y sangre periférica movilizada como fuente de CD34+**

*María Guadalupe González Villarreal, Myrna Pequeño Luévano, Severiano Baltazar Arellano, Adriana Sandoval González, Daniel Gómez González, Yuliana Monserrat Medina López, María Madia Corolla Salinas, Alba Ramírez López, Andrés Jaime Ortega Vázquez, Helga Patricia Sorkee Dávila, J Alfredo Carrizales Villarreal, José Luis Cedillo Cerda, Martha Guajardo Leal, Gerardo Martínez Pozos, Rosa Elva De León Cantú, Roberto Hernández Valdez*  
IMSS UMAE 25, Nuevo León, México

**Introducción:** La única opción curativa para la anemia aplásica severa en niños y adolescentes es el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, sin

embargo pocos cuentan con un donador relacionado equiparable. Recientemente, diversos autores han descrito la eficacia y seguridad de realizar trasplante en modalidad haploidéntico, utilizando médula ósea y sangre periférica estimuladas. En este estudio se describe, a modo retrospectivo, la evolución de nueve pacientes pediátricos en quienes se realizó trasplante haploidéntico utilizando sangre periférica movilizada como única fuente de células progenitoras hematopoyéticas (CPH).

**Objetivos:** Realizar trasplante de células progenitoras hematopoyéticas de sangre periférica de donante haploidéntico en pacientes con diagnóstico de aplasia medular severa

**Materiales y métodos:** El esquema de acondicionamiento fue con globulina anti-timocito de conejo 2.5 mg/kg/día en días -6 al -3 y ciclofosfamida 50 mg/kg/día en los días -3 y -2. Para profilaxis de enfermedad injerto contra huésped se utilizó ciclofosfamida a 50 mg/kg/día en los días +3 y +4, así como tacrolimus y ácido micofenólico.

**Resultados:** Se utilizó La mediana de seguimiento es de 253 días (45-765 días). La supervivencia global, a la fecha, es del 88.8%. De los nueve pacientes, ocho presentaron injerto exitoso y sostenido. En ninguno se presentó enfermedad injerto contra huésped.

**Conclusiones:** El trasplante haploidéntico podría considerarse como tratamiento de primera línea en caso de no contar con donador HLA- equiparable. Al igual que lo descrito en recientes estudios, tuvimos excelentes resultados utilizando sangre periférica movilizada como fuente de CPH.

**TCP0018-TL: Experiencia en trasplante alogénico de células precursoras hematopoyéticas en pacientes tratados en el Servicio**

**de Hematología del Hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2016**

*María Eugenia Espitia Ríos, Pedro Guzmán Mera, José Luis Álvarez Vera, Luara Luz Arana Luna, José Antonio De la Peña Celaya, Eleazar Hernández Salazar, Juan Manuel Pérez Zúñiga, Martha Alvarado Ibarra*

Hospital 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México

**Introducción:** El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es en una opción bien establecida para el tratamiento de enfermedades hematológicas, siendo la única opción curativa en algunas. La importancia de los estudios del TCPH radica debido a que los avances en las terapias de quimioterapia en enfermedades malignas hematológicas, alcanzan mejores tasas de remisión llevando a pacientes a ser candidatos para trasplante.

**Objetivos:** Conocer el impacto que tiene el trasplante Alogénico de Células Progenitoras Hematopoyéticas en la sobrevida global de los pacientes, tratados en el servicio de Hematología Adultos en el CMN 20 de Noviembre.

**Materiales y métodos:** Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico, que se realizó en el servicio de Hematología Adultos del Hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. Se analizaron a todos pacientes que fueron tratados con trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas entre enero de 2006 hasta diciembre de 2016 en este centro.

**Resultados:** Fueron evaluados 41 pacientes, de los cuales 53.7% fueron hombres y 46.3% fueron mujeres, la mediana de edad fue de 21 años con un rango de 3 a 56 años. La patología más frecuente fue la leucemia mieloide aguda con 36.6%, seguida de leucemia

mieloide crónica 22%, leucemia linfoblástica aguda 19.5%, entre las cuales sumaron el 78% de los pacientes. La complicación más frecuente en el trasplante fue la toxicidad por quimioterapia de acondicionamiento, que se presentó en el 75.6%. Las infecciones se presentaron en el 73% de los pacientes. El injerto mieloide se presentó en una media de 16.5 días, mientras que el injerto plaquetario tuvo una media de 19 días. En el 58.5% (24 pacientes) se presentó enfermedad Injerto contra huésped aguda (EICHa) en algún grado. El órgano más frecuentemente afecto fue la piel en un 79%, seguida de hígado en el 33.3%. El 28.5% de pacientes presentaron EICHc. La media de seguimiento fue de 27.3 meses. La mortalidad relacionada al trasplante fue del 48.8%. Por último la sobrevida global a 123 semanas de seguimiento fue del 39%, con una mediana de sobrevida libre de recaída de 117 meses.

**Conclusiones:** En México la información a cerca de resultados de trasplante alogénico es escasa. Presentamos el primer reporte de pacientes sometidos a trasplante alogénico en nuestro centro. Los datos sobre diagnósticos, complicaciones y sobrevida, son similares a los reportados en otros centros.

**TCP0019-TL: Experiencia de trasplante de progenitores hematopoyéticos en una institución privada del occidente del país**

*Manuel Solano Genesta, Mauricio Cacique Dávila, José de Jesús Márquez Barajas, Francisco José Anaya Gómez, Leonora Valdez Rojas, Johana Jazer Garnica Vázquez, Jorge Jiménez Tornero, Palmira Vargas Nuñez, Alexandra Díaz Alba, Laura Susana Suder Castro, Francisco Javier Rubio Macías, Angelica Jackeline García Castellanos, Andrea Flores Villegas*

Instituto Oncológico Nacional

**Introducción:** El trasplante de progenitores hematopoyéticos es una realidad en nuestro país desde hace más de dos décadas en diversos centros de concentración del país, como ha sido reportado ampliamente en diversas publicaciones. Pero fuera de dichos centros el trasplante de progenitores hematopoyéticos es sumamente limitado.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia acumulada de trasplantes autólogos y alogénicos (incluyendo haploidénticos) en un centro hospitalario privado sin la necesidad de instalaciones hospitalarias especiales para pacientes a los que se les va a realizar un trasplante progenitores hematopoyéticos.

**Materiales y métodos:** En el presente estudio se recabo en forma descriptiva, las siguientes variables en pacientes con trasplante autólogo y alogénico, evaluamos, edad, sexo, diagnóstico, tipo de trasplante, células cosechadas, días para el prendimiento de plaquetas y neutrofilos,. Los resultados se presentan en un numeros totales, mediana y rangos.

**Resultados:** Obtuvimos 14 pacientes, 4 trasplantes autólogos, 10 trasplantes alogénicos (3 haploidénticos, 5 hermanos 100% compatibles y un hermano 9/10). Los diagnósticos fueron mieloma múltiple (4 casos autólogos), leucemia mieloide aguda (6), linfoma no Hodgkin (1), anemia aplásica (1), mielofibrosis (1) y leucemia linfoblástica aguda (1). Las cosechas fueron con un rango de 1-8.0 x10<sup>6</sup> CD34, por kilogramo de peso del receptor con mediana de 4 X10<sup>6</sup> CD34, El prendimiento de neutrófilos fue de 9-21 días con mediana de 11 días y el prendimiento de plaquetas 10-62 días con mediana de 12, importante mencionar que 1 paciente con trasplante alogénico presento falla primaria a plaquetas. La mediana del tiempo de

seguimiento post-trasplante fue de 911 días (105-2559), es importante mencionar que el primer trasplante aquí reportado en febrero de 2013, fue de origen alogénico en una paciente con leucemia mieloide aguda, en recaída post-trasplante que se encuentra viva en remisión.

**Conclusiones:** Es importante incrementar el numero de trasplantes de precursores hematopoyéticos que se practican en el país, ya que existen pacientes que pueden tener un gran beneficio con esta modalidad terapéutica pero que en su comunidad no se ofrece como una opción de tratamiento. A pesar de ser el nuestro un centro hospitalario privado, existen limitantes (instalaciones especializadas para trasplante de progenitores hematopoyéticos), contamos con personal medico, enfermería y químicos con conocimiento para llevar a cabo los trasplantes.

#### **TCP0020-TL: El trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es una alternativa al TCPH alogénico en leucemia mieloide aguda en México**

*Eucario Leon Rodriguez, Mónica Magdalena Rivera Franco*

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

**Introducción:** Pese a que el uso de trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas (auto-TCPH) en leucemia aguda mieloide (LAM) ha caído en desuso en la última década, existe evidencia, en múltiples estudios aleatorizados, que la tasa de recaída es menor posterior a un auto-TCPH en comparación con quimioterapia estándar y conlleva una mortalidad relacionada al trasplante (MRT) sustancialmente menor que un TCPH alogénico (alo-), así como una supervivencia global similar.

**Objetivos:** Comparar los desenlaces en LAM entre auto-TCPH y alo-TCPH en un hospital de referencia.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes consecutivos con LAM sometidos a TCPH autólogo o alogénico de agosto de 1999 a noviembre del 2019 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se excluyeron los TCPH haploidénticos y LAM secundarias a síndrome mielodisplásico. Para auto-TCPH se empleó BuCy2 estándar y para alo-TCPH se usó BuCy2 reducido (busulfán 12mg/kg y ciclofosfamida 80mg/kg).

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes con LAM, de los cuales 28 (58%) se sometieron a auto-TCPH. La mediana de edad en auto-TCPH fue 30 años y la mayoría eran mujeres (54%). En alo-TCPH, la mediana de edad fue 34 años y el 53% eran hombres. Sangre periférica fue la fuente más empleada en auto-TCPH (93%). La mayoría de los pacientes sometidos a auto-TCPH estaban en primera RC (n=17, 61%), 7 eran promielocíticas en segunda RC (25%), 2 en segunda RC (7%) y 2 en primera recaída (7%). De los pacientes sometidos a alo-TCPH, 11 estaban en segunda remisión completa (RC), 5 en primera RC y 3 en primera recaída. La fuente de CPH más utilizada en alo-TCPH fue sangre periférica (42%), seguido de médula ósea estimulada (26%). La MRT a los 30 días fue 0 y 11%, en auto- y alo-TCPH, respectivamente. Se documentó recaída post TCPH en 46% (n=13/28) y 37% (n=7/19) en auto- y alo-TCPH, respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad (SLE) para auto- y alo-TCPH fue 49% y 55%, respectivamente (p=0.5). La supervivencia global (SG) a 5 años fue 52% y 47%, para auto- y alo-TCPH, respectivamente (p=0.6).

**Conclusiones:** Nuestros resultados demuestran que realizar un auto-

TCPH en LAM es factible dada la nula MRT y la similitud en la SLE y SG comparado con un alo-TCPH. Así mismo, es un procedimiento factible en caso de no contar con la compleja infraestructura necesaria para alo-TCPH y/o con un donador relacionado.

**TCP0021-TL: Factores de riesgo asociados a recaída posterior a trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas en pacientes adultos con leucemia aguda**

José Luis Estrada Rico, Luis Manuel Valero Saldaña, Brenda Lizeth Acosta Maldonado, Bosco Martín McNally Guillén, Alejandra Mendoza Torres, Oyuky Aguirre Reyes  
 Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** En leucemia aguda los factores de riesgo para recaída posterior a trasplante alogénico son el estatus de la enfermedad, edad del paciente, quimio sensibilidad, tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el trasplante, riesgo citogenético, fuente del injerto, régimen de acondicionamiento, dosis de células CD 34 infundidas, enfermedad mínima residual antes y después del trasplante. El propósito del estudio es identificar los factores de riesgo relacionados a recaída posterior a trasplante alogénico en leucemia aguda en el Instituto Nacional de Cancerología.

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo asociados a recaída en pacientes con leucemia aguda posterior a recibir trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico. Determinar la incidencia de recaídas en pacientes con leucemia aguda posterior al trasplante. Evaluar la supervivencia global a 2 años posterior a la recaída Identificar la causa de muerte en pacientes con leucemia aguda en recaída posterior al trasplante.

**Materiales y métodos:** Tipo de estudio: Retrospectivo, analítico Población de estudio: Pacientes con diagnóstico de leucemia aguda sometidos a trasplante alogénico en el Instituto Nacional de Cancerología de enero del 2012 a octubre del 2017 Criterios de inclusión: Edad mayor o igual a 18 años Diagnóstico de leucemia aguda sometidos a trasplante alogénico pacientes con trasplante alogénico realizado en el Instituto Nacional de Cancerología. Instrumentos utilizados: Expediente clínico, programa Excel Análisis estadístico por el programa SPSS 22.

**Resultados:** La supervivencia global fue del 50%. Identificamos 18 recaídas correspondiente al 42.8% de la muestra. Ocurrieron 21 muertes de las cuales el 85% (18) fueron relacionadas a recaída. Solo 15% (3) fueron relacionadas al trasplante, ocurrieron en el primer mes pos trasplante La supervivencia global a 2 años de los pacientes posterior a la recaída fue del 16%, pericieron de infecciones La presencia de EMR positiva tanto previa como posterior al trasplante se asocio a recaída, todos los pacientes con EMR positiva recayeron El CR previo al trasplante presento asociación significativa ( $p=0.02$ ), 26% de los pacientes que estaban en CR1 recayeron, el 100% de los pacientes con CR3 recayeron EICH presento significancia estadística ( $p=0.01$ ), 21% de los pacientes que desarrollaron EICH recayó, 60% del grupo sin EICH recayó.

**Conclusiones:** La supervivencia global fue 50%; recayeron 18 pacientes, correspondientes al 42.8% de la muestra La supervivencia global a 2 años posterior a la recaída fue del 16%. La CR previo al trasplante resulto significativa, todos los pacientes con CR3 recayeron. Debido a que todos los pacientes con EMR positiva pre y pos trasplante recayeron deberemos de crear estrategias para estos pacientes.

**TCP0022-TL: Trasplante haploidéntico utilizando régimen mieloablativo en leucemias agudas y linfomas, experiencia de un centro de referencia**

Severiano Baltazar Arellano, Myrna Patricia Pequeño Luévano, María Guadalupe González Villarreal, Guillermo Sotomayor Duque, Gerardo Ernesto Martínez Pozos  
 Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE No. 25

**Introducción:** En estudios previos, ya se ha demostrado la no inferioridad en el trasplante haploidéntico de células progenitoras hematopoyéticas respecto al alogénico, tanto de donador relacionado como no relacionado. Debido a que hoy en día es mucho más fácil encontrar un donador haploidéntico dentro del núcleo familiar para casi todos los pacientes, esta modalidad de trasplante ha ido ganando cada vez mayor terreno.

**Objetivos:** En nuestro estudio, se analiza la evolución de 35 pacientes adultos y pediátricos, con diagnósticos de leucemia aguda (linfoblástica o mieloblástica) y linfoma (hodgkin y no hodgkin), a los que se les realizó TCPH haploidéntico desde enero del 2017 a febrero del 2020. Se describen las complicaciones, eventos relacionados a trasplante y supervivencia global.

**Materiales y métodos:** En el periodo de tiempo antes mencionado, se trasplantaron 8 pacientes con diagnóstico de alguna variedad de linfoma, 16 pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) y 11 con leucemia mieloblástica aguda (LMA). Las edades oscilaron entre 5 y 55 años (mediana de 18.5 años). El esquema utilizado fue busulfán 16 mg/kg + fludarabina 160 mg/m<sup>2</sup> dividido en 4 días. Para prevención de EICH se utilizó Cy-PT en los días +3 y +4, así como tacrolimus y ácido micofenólico (AMF) a partir del día +5. En todos los pacientes

se descartó la presencia de anticuerpos específicos contra el donador (DSA).

**Resultados:** Todos los pacientes con linfoma lograron injerto exitoso. De los pacientes con LLA, dos no lograron injerto exitoso. Uno de ellos, por enfermedad veno-oclusiva hepática durante el periodo de aplasia, y otro por sepsis. De los pacientes con LMA, uno de ellos presentó falla primaria de injerto por colitis neutropénica severa. EICH: De los pacientes con linfoma, sólo dos presentaron EICH grado I a piel, resolviéndose con esteroides sin complicaciones. Un paciente con LLA desarrolló EICH intestinal grado IV. Eventos relacionados a trasplante: Tres pacientes (2 LLA y 1 LMA) presentaron reactivación clínica por CMV. Supervivencia libre de enfermedad: Tres de los pacientes con LLA presentaron recaída (a médula ósea y uno de ellos a SNC). El resto de los pacientes se mantienen libre de enfermedad. La supervivencia global (SG) en los pacientes con linfoma, es hasta la fecha, de 100%. La SG en pacientes con LLA, hasta hoy es del 57% y de pacientes con LMA del 81.8%.

**Conclusiones:** Los resultados TCPH haploidéntico son favorables, aunque se requiere mayor seguimiento. La prevalencia de EICH es menor a lo reportado en la literatura.

**TCP0023-RL: La modificación en los subtipos linfocitarios está asociada con la respuesta al trasplante linfoablatoivo en los pacientes con enfermedades autoinmunes**

*Adrián Morales Maravilla, Wilfrido Herrera Olivares, Cristina Pérez Figueroa*

Hospital General del Sur/SSEP

**Introducción:** El trasplante linfoablatoivo de médula ósea es una opción terapéutica de utilidad en los pacientes con enfermedades autoinmunes que no responden a tratamiento convencional, la oligoclona de linfocitos T reactivos es la responsable del ataque inmunológico contra diferentes subtipos celulares y tejidos. La re-educación del sistema inmunológico durante el trasplante permite al paciente detener la progresión natural de la enfermedad, los cambios en la expresión de distintos subtipos linfocitarios, principalmente CD3+/CD4+ pueden influir en el tipo y duración de la respuesta al tratamiento.

**Objetivos:** Analizar el cambio que se presenta en las subpoblaciones linfocitarias de los pacientes sometidos a trasplante linfoablatoivo. Determinar si existe correlación entre la expresión de dichas subpoblaciones y la respuesta clínica.

**Materiales y métodos:** Se determinó de forma basal la expresión de subpoblaciones linfocitarias en los pacientes con autoinmunidad sometidos a trasplante autólogo linfoablatoivo, y se comparó con la expresión postrasplante a los 90 días. Se incluyeron pacientes con esclerosis múltiple, miastenia gravis, artritis reumatoide, CUCI, esclerodermia y dermatomiositis, cualquier edad y género, que mostraron fracaso al menos a 2 líneas de tratamiento

inmunosupresor. La movilización se realizó con ciclofosfamida 30mg/kg y FEC-G y la cosecha mediante aféresis para lograr un mínimo de  $1 \times 10^6$  a la 6/kg. El método de acondicionamiento consistió en: ciclofosfamida 350mg/m<sup>2</sup>, fludarabina 50mg, días -4-3-2, globulina anti-timocito 5mg/kg día -1 y rituximab 500mg. La profilaxis consistió en ciprofloxacino, aciclovir e itraconazol.

**Resultados:** 35 pacientes fueron trasplantados, 28 mujeres y 7 hombres, con rango de edad 6 a 55 años, con esclerosis múltiple (20), AR (5), CUCI (3), miastenia gravis (2), esclerodermia (3) y dermatomiositis (2). El promedio de estancia hospitalaria fue de 10 días, todos desarrollaron linfopenia severa (menos de 10 linfocitos totales) ninguno de ellos presentó neutropenia por abajo de 1000, solo 3 pacientes requirieron de apoyo transfusional con CE y plaquetas, ninguno presentó infección. La respuesta fue determinada por neurología a través del EDSS, reumatología y gastroenterología a través de biopsia por colonoscopia en el CUCI. La evaluación el el cambio de las subpoblaciones linfocitarias mostró disminución en la población de células CD3+/CD4+, y de las células CD3-/CD56+ en la mayoría de los pacientes, principalmente aquellos con mejoría del EDSS y de anticuerpos circulantes, aquellos con cuci mostraron disminución en los linfocitos CD19+.

**Conclusiones:** La disminución de la oligoclona de células T cooperadoras y la expresión de NK, parece tener un papel en la respuesta clínica y el mantenimiento de la misma.