

# Trasplante de Precursores Hematopoyéticos en Leucemia Linfoblástica. Resultados del Grupo GRELAL-Chile.

Marcela Espinoza-Zelada<sup>1</sup>, Ignacio Domínguez<sup>2</sup>, Miguel López-Cáceres<sup>3</sup>, Edgar Zapata<sup>4</sup>, Joaquín Jerez-Braghetto<sup>4</sup>, Lucas Cárcamo<sup>4</sup>, Nicolás Quinteros<sup>5</sup>, Javier Rojas<sup>6</sup>, Gonzalo Guerrero<sup>7</sup>, Fabián Ruiz<sup>7</sup>, Verónica Contreras<sup>8</sup>, Marcelo Abarca<sup>9</sup>, Natalia Aránguiz<sup>3</sup>, Nicolás Rodríguez<sup>10</sup>, Dayanara Serrano-Lemus<sup>10</sup>, Yaima Gutierrez<sup>11</sup>, Fernanda Corsini<sup>11</sup>, Alberto Arancibia<sup>11</sup>, Marisa Capurro<sup>11</sup>, Yorman Flores<sup>12</sup>, Verónica Pérez<sup>13</sup>, Vivianne Torres<sup>14</sup>, Diego Soto<sup>14</sup>, Andrés Rojas-Verasay<sup>15</sup>, María Constanza Flores<sup>16</sup>, Marcelo Navarrete<sup>17</sup>, Agatha Larrazabal<sup>4</sup>

1. Clínica Dávila, 2. Hospital Sótero del Río, 3. Clínica Alemana de Santiago, 4. Fundación Arturo López Pérez, 5. Hospital San Borja de Arriarán, 6. Hospital de Talca, 7. Clínica Red Salud Vitacura, 8. Hospital Van Buren, 9. Hospital Dr Sótero del Río, 10. Hospital Barros Luco Trudeau, 11. Hospital Hernán Henríquez Aravena, 12. Clínica UC Christus, 13. Hospital Juan Noe Crevaní, 14. Hospital Base Valdivia, 15. Hospital San Juan de La Serena, 16. Hospital San Juan de Dios de La Serena, 17. Universidad de Magallanes

## INTRODUCCIÓN:

El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH) es una estrategia curativa fundamental para pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) de alto riesgo o recaída.

## OBJETIVO:

Evaluuar los resultados clínicos de pacientes con LLA sometidos a TPH, registrados en el Registro Nacional de Leucemia Linfoblástica Aguda de Chile.

## METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de pacientes incluidos en el Registro entre 2017 y 2025. De un total de 215 casos de LLA, 94 correspondieron a pacientes que recibieron TPH. Para el análisis descriptivo de las características de los pacientes y los tratamientos, se construyeron tablas de contingencia y la sobrevida global (SG) se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier.

## RESULTADOS:

94 pacientes fueron sometidos a TPH. La edad promedio al diagnóstico de LLA fue de 32,7 años (rango: 10,3-63,2), 54,3% de pacientes masculinos. Siete pacientes tenían antecedentes de neoplasia previa. El promedio de glóbulos blancos al debut fue de 55,43 x 10<sup>9</sup>/L. La clasificación de LLA fue 91% LLA-B, 7,4% LLA-T. Un 32% presentó marcador mieloide en citometría de flujo.

## BCR:

:ABL1 fue positivo en 23 pacientes (24,4%), con 17 casos de p190 y 7 de p210. Otras anomalías citogenéticas incluyeron t(4;11) (n=4), cariotipo complejo (n=10). El TPH se realizó en primera remisión completa (RC1) en el 77%, sin diferencias significativas en la SG para RC1 o RC2 ( $p=0,1$ ). El 71,7% de los pacientes se catalogó como riesgo alto. La mayoría de los TPH (88,2%) se realizaron en centros privados. El 90% de los pacientes presentaron EMR negativa por citometría de flujo pre-TPH. El TPH haploidéntico fue el más frecuente (70,3%), seguido por el alogénico con donante relacionado (DR) (23%) y el alogénico con DNR (6,6%). El condicionamiento fue mieloablativo en el 74,7% y RIC en el 25,3%. Los regímenes más usados fueron FLU TBI (57,1%) y FluCyTBI (19%). La celularidad infundida promedio fue de 8,1 x 10<sup>6</sup> células/kg. Las complicaciones infecciosas se manifestaron en el 90,8% de los pacientes, EICH aguda en el 21,1% (predominantemente cutáneo), hemorragias en el 13,2% y síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) en el 5,3%. Las infecciones bacterianas fueron las más comunes (53%). El tiempo promedio de prendimiento de neutrófilos y plaquetas fue de 16,4 y 17,6 días, respectivamente. La mortalidad relacionada con el TPH fue del 8,9%. La evaluación de médula ósea post-TPH en 70 pacientes mostró RC en el 78,6% y resistencia en el 10%. El quimerismo completo se observó en el 90% de los 40 pacientes evaluados. La supervivencia global a 36 meses fue del 55,6%, y la supervivencia libre de progresión fue del 43%. El uso pre-TPH de blinatumomab (n=6) e inotuzumab (n=23) no mostró diferencias significativas en la SG .El análisis MV mostró que recaer post TPH se asoció a mayor riesgo de muerte HR 18.4  $p<0.005$ .

## CONCLUSIÓN:

Se reafirma que el TPH es un pilar terapéutico fundamental para la población chilena.