Neurology Perspectives. 2023;3(S1):398

Neurology perspectives

18955 - Estudio observacional unicéntrico sobre el desarrollo de ICANS en pacientes infundidos con CART comercial para leucemia linfoblástica aguda (LLA) y linfoma B difuso de células grandes (LBDCG)

Serra Smith, C.[1]; Gómez Llobell, M.[2]; Gómez Costas, D.[3]; Martínez García, M.[4]; García Domínguez, J.[1]; Bailén Almorox, R.[2]; Gómez Centurión, I.[2]; Kwon, M.[2]; Fernández-Caldas González, P.[2]; Martínez Ginés, M.[1]; Bastos Oreiro, M.[2]; Fernández Bullido, Y.[1]

[1]Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón;[2]Servicio de Hematología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón;[3]Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón;[4]Departamento de Teoría de la Señal y Comunicaciones. Universidad Carlos III de Madrid.

Resumen

Objetivos: La infusión de las terapias CART (*chimeric antigen receptor T-cell*) produce un estado proinflamatorio agudo, que puede provocar en 60-95% un CRS (*cytokine release syndrome*) y en 20-60% un síndrome neurotóxico (ICANS: *Immune effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome*) variable tanto en fenotipo como en gravedad, pudiendo llegar a ser letal. Describimos la experiencia de nuestro centro en ICANS.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes infundidos con axicabtagene-ciloleucel (Axi-cel) o tisagenlecleucel (Tisa-cel) desde junio 2019 a marzo 2023 para tratamiento de LBDCG y LLA.

Resultados: Recogimos 101 pacientes. Un 7% casos eran LLA. Se infundieron 58% Axi-cel, 42% Tisa-cel. 92 pacientes sufrieron CRS (91%) y 36 pacientes ICANS (36%). 27 ICANS habían recibido Axi-cel, 9 Tisa-cel. Solo 1 ICANS no fue precedido de CRS. Aunque los grados leves fueron habituales, el 33% de los ICANS llegaron a ser grados 3 y 4. Clínicamente, 69% de ICANS mostraron encefalopatía, 75% temblor *de novo*, y 69% cursaron con déficit focal (39% afasia fluctuante, 28% disgrafia sin afasia). 3 sufrieron crisis epilépticas (1 estatus). La reaparición de ICANS semanas después se acompañó de progresión oncológica precoz en 2 casos. 35/36 ICANS fueron tratados con corticoesteroides, 44% altas dosis. Otros tratamientos incluyeron: tocilizumab (34 casos), siltuximab (23), anakinra (17), antiepilépticos (14), filtro de citocinas (6), terapia intratecal (4). Necesidad de UCI: con ICANS 15 (41,7%) vs. sin ICANS 6 (9%). Registramos 4 *exitus* por ICANS (letalidad 11,1%).

Conclusión: En nuestra serie, una tercera parte de los pacientes sufrieron ICANS. Su aparición difirió según el tipo de CART.

2667-0496 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Neurología (SEN). Todos los derechos reservados.