

Pacientes	Inicio	Evaluación
1	7	0
2	9	6
3	8	2
4	9	5
5	7	1
6	9	7
7	10	5
8	10	3
9	10	5
10	8	3
11	9	5
12	8	6
13	7	7

15 casos sin mejoría, los 13 escala > 7, en 1 sin cambios, resto reduce escala.

No se declararon efectos adversos.

\* Escala EVA: 0 (ausencia de dolor), 10 (dolor insoportable); < 4 leve-moderado, 4-6 moderado-grave, >6 grave-insoportable.

#### Conclusión

- Registramos 8,33% incidentes, sin efectos adversos, destacando la importante coordinación del Servicio-Banco Hospitalario-CTTC para el éxito del proceso.
- La mediana del contenido de Plaquetas PRP fue 0,83 x 10<sup>9</sup>, muy superior al basal.
- El mayor uso se produjo (73,5%) en patología de hombro, lesión del Supraespinoso (51,8%).
- En nuestra serie, hemos evaluado el 73,33% de los casos con 93,7% de mejoría clínica.
- Queda analizar los resultados a más largo plazo, si bien en nuestra pequeña serie el procedimiento parece seguro y eficaz.

PO-032

#### RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL PARTO HASTA EL PROCESAMIENTO Y LA CALIDAD DE LAS UNIDADES DE SANGRE DE CORDÓN

Alenda Asensi, R.; Toral, D.S.; Dominguez, M.J.; Rafel, C.; Richart, A.; Arruga, A.; Rodriguez Gambarte, J.D.; Lucea, I.; Hermenegildo, Y.N.; Jurado, M.L.; Zapata, S.; Balas, A.; Vicario, J.L.; Garcia Sanchez, F.; Barea, L.M.

Centro de Transfusión de Madrid, Madrid, España

**Introducción** La sangre del cordón umbilical (SCU) contiene células madre hematopoyéticas y células mesenquimales multipotentes útiles para el tratamiento de enfermedades hematológicas e inmunológicas malignas/no malignas y medicina regenerativa. El resultado del trasplante de sangre de cordón umbilical se correlaciona con el número de células nucleadas totales (CNT) y de células progenitoras CD34+ en las unidades de SCU donadas. Hay pocos datos que muestren como el tiempo transcurrido entre el parto y el procesamiento influye en el número final de progenitores hematopoyéticos CD34+ y su viabilidad en las unidades de SCU criopreservadas.

**Objetivo** El objetivo del estudio fue determinar la relación entre el tiempo transcurrido desde el parto hasta el procesamiento de las unidades de sangre de cordón umbilical el número de células CD34+ y/o su viabilidad en dichas unidades.

**Material y métodos:** El estudio incluyó 108 unidades de sangre de cordón umbilical recolectadas entre junio y diciembre de

2018. Se establecieron dos grupos. El primer grupo incluye unidades SCU procesadas dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto (n = 51), mientras que el segundo grupo incluye unidades SCU procesadas entre 24 y 48 horas después del parto (n = 57). Todas las unidades de SCU fueron procesadas manualmente siguiendo el método de reducción de plasma y hematíes. El número de células CD34+ y la viabilidad se analizaron mediante citometría de flujo (C34-CD45-7AAD). Todas las unidades de SCU fueron procesadas, criopreservadas y analizadas en el banco de sangre de cordón umbilical de Madrid.

**Resultado** Al comparar el número de células progenitoras CD34+ no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre ambos grupos (p = 0,4). La viabilidad de las células CD34-7AAD tampoco se modificó por el tiempo transcurrido desde el parto (p = 0,4). Sin embargo, cuando se comparó la viabilidad celular total de CD45-7AAD en ambos grupos, se observó una tendencia a una viabilidad menor en el grupo de 24-48 horas (p = 0,06) lo que parece indicar que el CNT se vieron afectado por el tiempo desde el parto.

**Conclusión** Las conclusiones de nuestro estudio fueron que el tiempo transcurrido desde el parto hasta la criopreservación en bancos de sangre de cordón umbilical no está relacionado con las desviaciones en el número de células CD34+ o su viabilidad dentro de las primeras 48 horas. Por el contrario, la viabilidad de las células nucleadas CD45+ disminuye con el tiempo desde el parto. Más estudios con una cohorte mayor de unidades de sangre de cordón umbilical podrían confirmar estos hallazgos.

PO-033

#### QUIMERISMO MEDIANTE PCR CUANTITATIVA EN TIEMPO REAL PARA PREDECIR LA RECAÍDA DE PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA (LMA) SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

Pérez Ortiz, L.<sup>(1)</sup>; Torres Ochando, M.<sup>(2)</sup>; Segura Díaz, A.<sup>(2)</sup>; Breña Atienza, J.<sup>(2)</sup>; Guerra Dominguez, L.<sup>(2)</sup>; Manyani Manyani, K.<sup>(3)</sup>; Acosta Fleitas, C.<sup>(2)</sup>; González Pinedo, L.<sup>(2)</sup>; González Fernández, J.<sup>(2)</sup>; Fernández-Caldas González, P.<sup>(2)</sup>; De La Nuez Melian, H.<sup>(2)</sup>; Gómez Casares, M.<sup>(2)</sup>; Molero Labarta, T.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España; <sup>(2)</sup>Hospital Nra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España; <sup>(3)</sup>Clínica Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

**Introducción** La determinación del quimerismo utilizando QPCR mediante la amplificación de polimorfismos indels ha demostrado ser una técnica que aporta una mayor sensibilidad para predecir la recaída postrasplante en pacientes con LMA, respecto al análisis convencional, que utiliza la amplificación de repeticiones en tándem con posterior análisis de fragmentos (88.2 vs 44.4%).

**Objetivo** Evaluar la eficacia del quimerismo para predecir la recaída de pacientes con leucemia aguda mieloblástica mediante el estado del quimerismo (completo, mixto o mixto ascendente).

**Material y métodos** Se realiza un estudio retrospectivo en la cohorte de pacientes sometidos a alo-TPH de sangre periférica (SP) en el Hospital Dr. Negrín entre los años 2010–2017, evaluando los valores de quimerismo en SP y médula ósea

(MO) y el estado de la enfermedad en los días + 30, + 100, +180 y +360.

Se recogieron los datos de 58 pacientes: género, edad, tipo de LMA según la clasificación de la OMS, riesgo de la enfermedad según protocolo PETHEMA 2010, tipo de TPH, estado de la enfermedad pretrasplante, tiempo hasta la recaída, supervivencia global y los valores de quimerismos (completo <0.1% de las células del receptor y mixto >0.1%) realizados por QPCR mediante amplificación de polimorfismos indels.

**Resultados** En nuestra serie de 58 pacientes, la edad media fue de 45 años (rango 18-66). El diagnóstico más frecuente, LAM NOS (no especificada) sin maduración (21.4%); un 57.1% presentaron riesgo citogenético adverso y se trasplantaron en segunda remisión completa el 28.6%. La mayoría se realizó a partir de hermano HLA-idéntico (92.9%). Uno de los pacientes falleció al tercer día postrasplante, por causa infecciosa.

Han recaído durante el tiempo de seguimiento 14/58 pacientes (24.13%). Se obtuvieron datos de quimerismo hasta la recaída de 9 pacientes, los 5 restantes no disponen de datos de quimerismo al tratarse de recaídas > 500 días post-TPH, siendo las últimas determinaciones disponibles realizadas > 6 meses previo a la recaída. En 6/9 pacientes (66%) se observó un quimerismo mixto ascendente previo a la recaída (media de 20 días, con intervalo entre 15-45 días de antelación). De los 3 pacientes en los que no se pudo anticipar la recaída se objetivó en cada uno de ellos: quimerismo completo, quimerismo mixto estable y quimerismo mixto estable tras completo 45 días antes de la recaída.

**Conclusión** En este estudio retrospectivo, el 66% de los pacientes que recayeron presentaron un quimerismo mixto ascendente mediante la técnica de QPCR por amplificación de polimorfismos indels previo a la recaída, siendo estos resultados cercanos a los que se han obtenido en los estudios publicados, teniendo en cuenta las limitaciones de este análisis debido al reducido número de pacientes de nuestra serie.

La sensibilidad para anticipar la recaída en los pacientes con LMA mediante esta técnica, muestra ser superior a la del análisis convencional.

## AFÉRESIS DE COMPONENTES/FOTOTERAPIA/ CUIDADOS AL PACIENTE O DONANTE

PO-034

### FACTORES INFLUYENTES EN LA EFICIENCIA RECOLECTORA LINFOCITARIA EN LEUCOAFÉRESIS DE DONANTES Y PACIENTES NO MOBILIZADOS PARA INMUNOTERAPIA

Fernández-Sojo, J.<sup>(1)</sup>; Dominguez, L.A.<sup>(1)</sup>; Pons, V.<sup>(1)</sup>; Aliberas, M.<sup>(1)</sup>; Garcia, E.<sup>(2)</sup>; Medina, L.<sup>(3)</sup>; Querol, S.<sup>(3)</sup>; Barba, P.<sup>(4)</sup>; Iacoboni, G.<sup>(4)</sup>; Díaz De Heredia, C.<sup>(4)</sup>; Parra, R.<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Banc de Sang i Teixits Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España; <sup>(2)</sup>Banc de Sang i Teixits Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, España; <sup>(3)</sup>Banc de Sang i Teixits Àrea Teràpia cel·lular, Barcelona, España; <sup>(4)</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, España

**Introducción** El uso de células vivas para tratar enfermedades es la base de la terapia celular. La aféresis juega un papel crítico en su desarrollo, ya que su tecnología se utiliza para la recolección y separación de los componentes celulares. Modulando los parámetros del dispositivo, el operador puede mejorar la separación de las células mononucleadas (CMN) enriqueciendo el producto en linfocitos. Éstos se obtienen para inmunoterapia (infusiones de linfocitos de donante, producción de linfocitos T modificados, terapia celular frente a virus o cáncer, fotoaféresis extracorporea). La capacidad de recolección de linfocitos por el separador celular es variable y puede ser un factor determinante para el éxito del tratamiento. La eficiencia recolectora linfocitaria (ERR) media descrita en la literatura es del 40%.

**Objetivos** Realizar un análisis descriptivo e identificar los factores que influyen en la ERR en leucoaféresis de donantes y pacientes no movilizados para inmunoterapia.

**Material y métodos** Se revisó de forma consecutiva las recolecciones de CMNs de donantes y pacientes, adultos y pediátricos, no movilizados desde el 2014 hasta la actualidad. Se calculó la ERR mediante la fórmula:  $ERR = \frac{[\text{cantidad de linfocitos del producto}]}{[\text{cantidad de linfocitos en sangre periférica (SP)} \mu\text{L} \times (\text{sangre total procesada (mL)} - \text{anticoagulante utilizado (mL)})]}$ . Se dividieron los procedimientos en dos grupos, en función de si la ERR fue superior o inferior al 40%. Se analizó la influencia en la ERR de las variables: edad, peso, sexo, diagnóstico (donante sano, leucemia aguda mieloblástica (LAM), linfoma B difuso de células grandes (LBDCG), tumor sólido), dispositivo celular (Cobe Spectra®, Spectra Optia® CMNc), velocidad de entrada, hemograma (hematocrito, leucocitos, CMN, polimorfonucleados (PMN), plaquetas, linfocitos), sangre procesada, producto recolectado (volumen, hematocrito, leucocitos, CMN, linfocitos, plaquetas).

**Resultados** Se incluyeron 32 procedimientos de leucoaféresis. En la Tabla I se resumen las variables clínicas, analíticas y del dispositivo. 18 procedimientos fueron en donantes sanos, 8 en pacientes con tumor sólido, 4 con LBDCG y 2 con LAM. 4 procedimientos se realizaron en niños. El 53.1% fueron hombres. Spectra Optia® se utilizó en 18 procedimientos. La ERR media fue del 54.64%, siendo del 46.5% en la población pediátrica respecto al 55% en adultos. El 81% de las recolecciones obtuvieron una ERR > 40%. En el análisis de regresión logística univariante (ERR40) las variables que influyeron en la ERR fueron: hematocrito en SP (odds ratio(OR)=1.28;p=0.01), leucocitos en SP (OR=0.68;p=0.01), PMNs en SP (OR=0.59;p=0.01), CNs