

ISSN 0390-6078
Volume 106
OCTOBER
2021 - S2

haematologica

Journal of The Ferrata Storti Foundation



PAMPLONA
14-16 Octubre
2021

LXIII
CONGRESO
NACIONAL
SEHH

XXXVII
CONGRESO
NACIONAL
SETH



Sociedad Española de
Hematología y Hemoterapia

www.haematologica.org

LXIII CONGRESO NACIONAL DE LA SEHH
XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SETH

Pamplona, 14-16 de octubre, 2021

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTES

Felipe Prósper Cardoso
Ramón Lecumberri Villamediana

VOCALES

Ana Alfonso Piérola
Enrique Andreu Oltra
M.^a Luisa Antelo Caamaño
M.^a José Calasanz Abinzano
Itziar Ezpeleta Iraizoz
Rocío Figueroa Mora
José A. García-Erce
Carlos Grande García
Andrea Manubens Guarch
María Marcos Jubilar
M.^a Carmen Mateos Rodríguez
Josune Orbe Lopategui
Bruno Paiva
M.^a José Paloma Mora
Carlos Panizo Santos
José Antonio Páramo Fernández
Esther Pena Carbó
Ana Margarita Redondo Izal
José Rifón Roca
Paula Rodríguez Otero
Jesús San Miguel Izquierdo
Sara Villar Fernández

ABSTRACT BOOK

LXIII CONGRESO NACIONAL DE LA SEHH
XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SETH

Pamplona, 14-16 de octubre, 2021

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SEHH

PRESIDENTE

Francesc Bosch Albareda

COMITÉ

Pau Abrisqueta Costa

M.^a José Calasanz Abinzano

Adolfo de la Fuente Burguera

María Díez Campelo

Jordi Esteve Reyner (coordinador del programa educacional)

M.^a Dolores Fernández Herrera

Francisca Ferrer Marín

José Valentín García Gutiérrez

Víctor Jiménez Yuste

M.^a Teresa Molero Labarta

Marta Morado Arias

Enrique M. Ocio San Miguel

José Luis Piñana Sánchez

David Valcárcel Ferrerías

Izaskun Zeberio Exetxipia

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SETH

PRESIDENTE

Víctor Jiménez Yuste

COMITÉ

M.^a Teresa Álvarez Román

José María Bastida Bermejo

Ramón Lecumberri Villamediana

M.^a Luisa Lozano Almela

José Mateo Arranz

José Antonio Páramo Fernández (coordinador del programa educacional)

ABSTRACT BOOK

LXIII CONGRESO NACIONAL DE LA SEHH
XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SETH

Pamplona, 14-16 de octubre, 2021

**DIRECTIVA DE LA SEHH Y
PATRONATO DE LA FEHH**

PRESIDENTE

Ramón García Sanz

VICEPRESIDENTE PRIMERO

Armando López Guillermo

VICEPRESIDENTE SEGUNDO

Víctor Jiménez Yuste

SECRETARIO GENERAL

José Tomás Navarro Ferrando

SECRETARIO ADJUNTO

Joaquín Sánchez García

TESORERA

Cristina Pascual Izquierdo

CONTADOR

Raúl Córdoba Mascuñano

VOCALES

Sara Alonso Álvarez

M.ª Luz Amigo Lozano

Cristina Arbona Castaño

Gemma Azaceta Reinares

Ramón Lecumberry Villamediana

Elvira Mora Casterá

Marta Morado Arias

EXPRESIDENTES DE LA SEHH

Jorge Sierra Gil

José M.ª Moraleda Jiménez

Carmen Burgaleta Alonso de Ozalla

Evarist Feliu Frasnado

Luis Hernández Nieto

Vicente Vicente García

Eduardo Rocha Hernando

Juan M. Rodríguez Fernández

José M.ª Fernández Rañada

Manuel Giralt Raichs

Miquel Rutllant Banyeres

Antonio López Borrasca

Agustín Ríos González

Ricardo Castillo Cofiño

Julio Outeriño Hernanz

Juan Maldonado Eloy-García

Ciril Rozman Borstnar

Antonio Raichs Solé

José Sánchez Fayos

Gonzalo Díaz de Iraola

Jerónimo Forteza Bover

Pedro Farreras Valentí

Agustín Aznar Gerner

LXIII CONGRESO NACIONAL DE LA SEHH
XXXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SETH

Pamplona, 14-16 de octubre, 2021

**DIRECTIVA DE LA SETH Y
PATRONATO DE LA FETH**

PRESIDENTE

Joan Carles Reverter Calatayud

VICEPRESIDENTA

Pilar Medina Badenes

VICEPRESIDENTA

Pilar Llamas Sillero

SECRETARIO

Jorge Cuesta Tovar

TESORERA

M.^a Eva Mingot Castellano

VOCALES

M.^a Teresa Álvarez Román

Santiago Bonanad Boix

José Manuel Calvo Villas

Olga Gavín Sebastián

Constantino Martínez Gómez

Ramiro Núñez Vázquez

EXPRESIDENTES DE LA SETH

José Antonio Páramo Fernández

Vicente Vicente García

Pascual Marco Vera

Justo Aznar Lucea

Franciso Javier Batlle Fonrodona

Antonio López Borrasca

Fernando Martínez Brotons

Carlos Villaverde Grote

Miquel Rutllant Bañeres

des: ASXL1, BCOR, BCORL1, CALR, CBL, CEBPA, CSF3R, DNMT3A, EPAS1, EPOR, ETV6, EZH2, FLT3, IDH1, IDH2, JAK2, KDM6A, KIT, KMT2A, KRAS, MPL, NF1, NPM1, NRAS, PHF6, PRPF40B, RAD21, RUNX1, SETBP1, SF3A1, SF3B1, SH2B3, SMC1A, SRSF2, STAG2, TET2, THPO, TP53, U2AF1, VHL, WT1 y ZRSR2. La asociación entre variables categóricas se realizó utilizando el test Chi2 mediante tablas de contingencia y para el estudio de las vías de señalización se realizó el análisis univariante mediante regresión logística. Se buscó asociación entre la presencia de variantes en los genes incluidos del panel, así como en los genes agrupados por categorías funcionales, y la presencia de criterios para ir a discontinuar el tratamiento con TKIs en el último seguimiento (RM 4.5 o 5).

Resultados: De los 22 pacientes, 11 se encuentran en RM 4.5 o 5. Actualmente, todos los pacientes están vivos y sin datos de progresión. La media de mutaciones en el panel estudiado en la serie global es de 4,8. Los genes más frecuentemente mutados son: ASXL1 (45.5%), CBL (54.5%), CEBPA (59.1%) y NF1 (45.5%). La presencia de variantes en CBL se asocia con pacientes que se encuentran en primera línea de tratamiento frente a segunda u otras líneas: el 58,33% de los pacientes que tienen mutado este gen se encuentran en primera línea frente al 20% que no tienen la mutación (p=0.069). Por otro lado, se identificó que los pacientes con mutaciones al diagnóstico en genes factores de transcripción no cumplen los criterios de discontinuación en el momento evaluado (De los 17 casos con estas variantes, 11 no cumplen criterios de discontinuación frente a los 5 casos sin variantes donde todos cumplen estos criterios (p=0.011)(Figura 1).

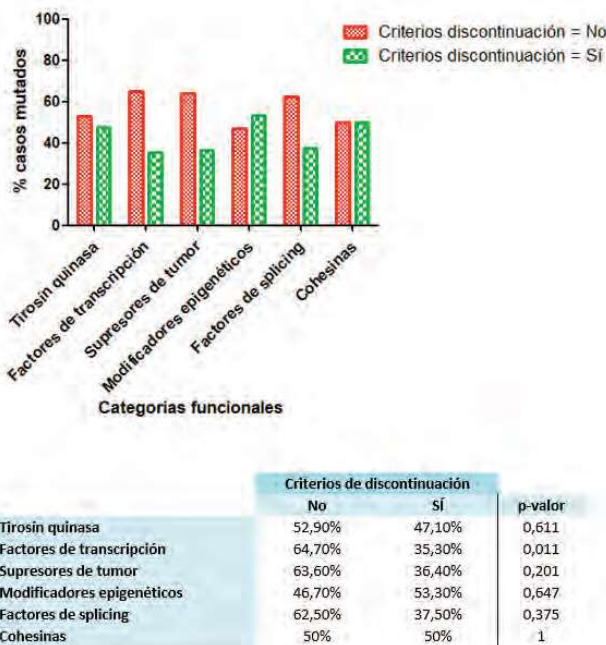


Figura 1.

Conclusiones: La presencia de variantes en genes factores de transcripción al diagnóstico identifica pacientes con LMC con mayor riesgo de no conseguir respuestas adecuadas para incluir en protocolos de discontinuación del tratamiento con TKIs. Es necesario validar este estudio en otra cohorte de pacientes con LMC.

Financiación: Este trabajo fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI19/01518). Cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) ML.M. tiene una beca de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). R.G.V tiene una beca de Formación de Profesorado Universitario (FPU19/04933) del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España. M.L. recibió una beca de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC).

PO-180

ANÁLISIS DE LA REMISIÓN LIBRE DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL REGISTRO CANARIO DE LMC TRATADOS CON ITK COMO PARTE DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Sánchez-Sosa Santiago¹, Segura Díaz Adrián¹, González San Miguel José David², Hernanz Soler Nuria³, Lakhwani Lakhwani Sunil⁴, Tapia Torres María⁵, Moreno Vega Melania⁶, Reina Purificación⁷, González Martín Jesús María⁸, Stoica Cornelia⁴, Fernández Marta⁴, López Rodríguez Juan Francisco, Stuckey Ruth, Bilbao Sieyro Cristina¹, Gómez Casares María Teresa¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, ULPGC; ²Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria; ³Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria; ⁴Hospital Universitario de Canarias; ⁵Hospital General de La Palma; ⁶Hospital Doctor José Molina Orosa; ⁷Hospital General de Fuerteventura; ⁸Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Ensayos recientes han mostrado que cerca de la mitad de los pacientes con LMC pueden discontinuar su tratamiento manteniendo los niveles de la enfermedad casi indetectables.

Objetivos: Se recopilaron pacientes del Registro Canario de LMC que habían discontinuado su tratamiento con ITK como parte de la práctica clínica habitual.

Métodos: Se estudiaron 51 hombres y 50 mujeres que interrumpieron el tratamiento entre 2012-2021. La discontinuación fue programada en 92 pacientes (91%) y en 9 se debió a otros motivos (3 efectos adversos, 3 voluntariamente, 1 embarazo y 2 por comorbilidades). El 64% de los discontinuados había sido tratado con Imatinib y el 36% con ITKs de segunda generación (ITK2^g). La edad media de discontinuación fue 60 años; El Índice de Sokal fue bajo/intermedio en el 92%. El tiempo medio de tratamiento antes de la interrupción fue de 109 meses, con una media de seguimiento de 18 meses.

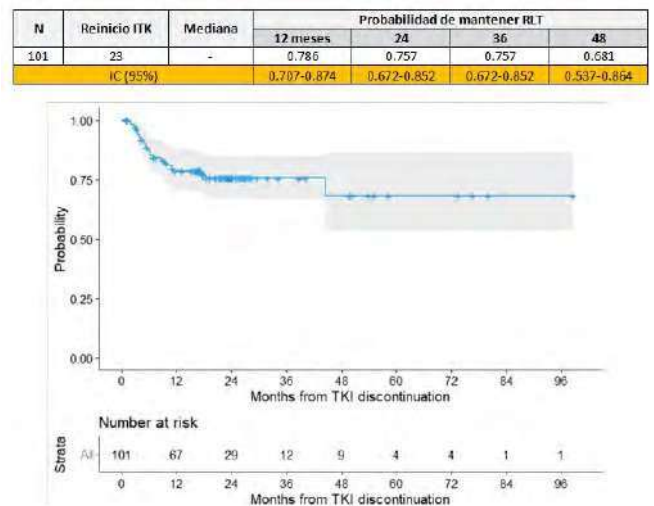


Figura 1.

Resultados: La tasa de remisión libre de tratamiento (RLT) a los 12 meses fue del 78,6% (IC95%;70,7%-87,4%) y a los 24 y 36 meses se mantuvo en un 75,7% (Figura 1). Veintitrés pacientes perdieron la RMM y fueron reiniciados, alcanzando nuevamente la RMM en 2.3 meses de media y permanecen en RM4 o mejor. En el análisis multivariante, se observó que una duración del tratamiento <67,4 meses previa a la discontinuación y niveles de BCR-ABL1 IS>0.00086 se asociaron con mayor riesgo de recaída molecular (p=0,007 y p=0,0031). Permanecer más tiempo en RM4 se mostró como factor protector de la recaída de manera marginal (p=0.09). Los pacientes a los que no se les bajó la dosis antes de discontinuar, tuvieron menor probabilidad de recaer en el primer año vs a los que sí aunque la diferencia no fue significativa (80,4% vs 68,8%). No hubo diferencias en la RLT con Imatinib vs ITK2^g. En pacientes con Imatinib, edad>47,75 años y BCR-ABL1 IS>0,00086 influyeron negativamente en RLT (p=0,021 y p=0,00042). En los ITK2^g, RM4>57,5 meses (p=0,03), una duración de tratamiento>67.84 meses

(p=0,012) y no presentar Síndrome de Retirada (p=0,004) se asociaron con mejor RLT. Cabe señalar que la duración del tratamiento y de la MR4 antes de la discontinuación fueron significativamente mayores en pacientes tratados con Imatinib (promedio 110,27 y 72,5 meses) vs ITK2^oG (promedio 67,84 y 57,5).

Conclusión: El tiempo de tratamiento con ITK y la profundidad de la respuesta a la suspensión siguen siendo los factores más importantes de la RLT. La tasa libre de tratamiento a los 4 años en nuestra serie es mayor a la reportada en los ensayos clínicos. La edad y los niveles de BCR-ABL1 IS pueden ser variables importantes para la RLT en pacientes con Imatinib. Si bien, la RLT es similar entre ITKs, previo a su discontinuación, los pacientes con ITK2^oG precisan menos tiempo de tratamiento.

Financiación: Novartis S.A.

PO-181

REMISIÓN LIBRE DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA Y LARGA DURACIÓN TERAPÉUTICA

Rivas Estabén Irene¹, Ortiz López Alicia¹, Vinuesa Hernando José Manuel¹, Angós Vázquez Sonia¹, Gemperle Ortiz Natalia¹, Bonafonte Arruga Elena¹, Alcázar López María Aranzazu¹, Dourdil Sahún María Victoria¹, Martínez Lázaro Beatriz¹, Moreno Chulilla José Antonio¹, Palomera Bernal Luis¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción: La remisión libre de tratamiento (RLT) está siendo considerada como un nuevo objetivo para los pacientes con Leucemia mieloide crónica (LMC) que presentan respuestas moleculares profundas (RMP) y prolongadas (RM4 o mejor). Aproximadamente el 50% de los pacientes con este tipo de respuesta experimentan una RLT tras la discontinuación. En vida real ya hay bastantes experiencias de una mejora de estos resultados, debidas sobre todo a una mayor duración de los tratamientos antes de la discontinuación. Analizamos los resultados de nuestra serie de un hospital terciario.

Pacientes y métodos: Desde 2002 hasta la actualidad hemos tratado 68 pacientes con LMC e ITK, de los que siguen en tratamiento 56 (11 muertes-1 aneurisma, 1 sepsis, 1 accidente y 8 otros tumores- y 2 pérdida de seguimiento). De ellos han discontinuado el tratamiento con ITK 21 pacientes (37,5%), de los cuales 3 han sido en el contexto de ensayo clínico y 18 en práctica de vida real. El motivo de discontinuación fueron efectos adversos en 5 pacientes (paciente 1: edemas, paciente 2: estreñimiento, paciente 3: claudicación intermitente y pacientes 17 y 18: derrame pleural), 3 en ensayo clínico (pacientes 7,8 y 9) y 13 por consenso médico/paciente. El motivo de cambio de ITK en el paciente 1 fue por intolerancia, pacientes 2, 3, 17 y 18 por falta de respuesta (<RMM). Los casos 7, 8 y 9 dentro de ensayo clínico. Las características de los pacientes, con duración de la exposición al TKI y duración respuesta profundas, se reflejan en Tabla 1.

Resultados: La mediana de duración total del tratamiento con ITK fue de 125 meses (60-195). En pacientes con Imatinib (n: 8) fue de 164 meses (67-195), con Nilotinib (n: 5) 74,2 meses (60-86) y tratamiento combinado (n: 8) 117,6 (63-183). La mediana de duración de RMP fue de 66 meses (21-180), siendo estable en todos pacientes excepto en el 18. En pacientes con Imatinib fue 97 meses (42-180), con Nilotinib 59,4 meses (36-75) y combinado 97 meses (42-180). La mediana de seguimiento global sin ITK es de 35,1 meses (1-126) y de los 18 pacientes con RLT 40,1 meses (1-126). Han recaído 5 pacientes (3 con Nilotinib, 1 con Imatinib y 1 combinado) (Tabla 1). La tasa de RLT a los 12 meses fue del 76,2%, que se ha mantenido posteriormente (Figura 1). Los 3 casos recaídos con Nilotinib en la última línea tenían una media de tiempo en RM4-5 de 30 meses (<3 años), significativamente menor al global (66 meses). Como efectos secundarios 6 pacientes han tenido "síndrome de privación" con dolores musculoesqueléticos.

Conclusión: En nuestra serie una duración prolongada el tratamiento (>100 meses) y de respuestas moleculares profundas (>60 meses), se asocia a una muy buena RLT. Esto está de acuerdo con los mejores resultados de RLT que se ven en estudios en práctica clínica, donde la duración del tratamiento fue mayor, frente a ensayos clínicos. Es necesario estudios inmunitarios que predigan que pacientes se puedan beneficiar de la RLT y así poder ajustar más la duración del tratamiento.

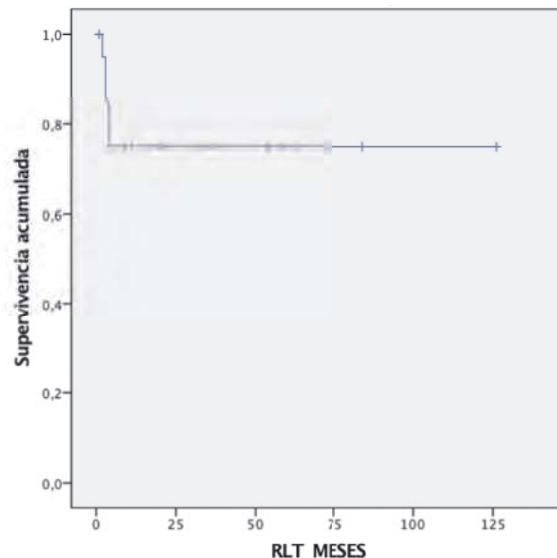


Figura 1. Remisión libre de tratamiento tras retirada ITK

Tabla 1. Principales características de los pacientes analizados

Paciente	Edad	Sexo	Tratamiento ITK	Fecha inicio	Duración ITK (meses)	RMC 4-5 (meses)	Fecha stop	RLT (meses)
1	79	M	Imatinib/Dasa/Nilo	03/05/2002	102	34	18/10/2010	126
2	64	V	Imatinib/Dasa/Nilo	23/05/2007	94	36	24/03/2015	73
3	83	V	Imatinib/Nilo	13/02/2009	63	30	19/05/2014	84
4	73	M	Imatinib	30/06/2003	152	108	24/02/2016	63
5	64	M	Imatinib	26/02/2002	172	60	05/07/2016	58
6	65	V	Imatinib	10/06/2002	169	72	15/07/2016	58
7	68	M	Imatinib/Nilo	01/02/2005	143	33	20/12/2016	54
8	55	V	Imatinib/Nilo	14/04/2008	104	21	23/12/2016	4 (recaída)
9	79	M	Imatinib/Nilo	10/09/2006	126	33	14/03/2017	2 (recaída)
10	71	M	Imatinib	23/01/2003	182	51	21/03/2018	37
11	47	V	Nilotinib	26/10/2012	65	36	21/03/2018	4 (recaída)
12	75	V	Nilotinib	10/02/2011	86	75	12/04/2018	36
13	51	V	Nilotinib	17/12/2011	76	60	01/05/2018	37
14	45	M	Imatinib	19/02/2002	194	142	22/04/2018	3 (recaída)
15	56	V	Imatinib	07/12/2002	182	121	01/07/2018	34
16	61	M	Imatinib	10/06/2003	195	180	27/08/2019	21
17	64	V	Imatinib/Dasa	22/04/2009	126	60	08/10/2019	20
18	66	V	Imatinib/Dasa	17/08/2004	183	70	12/11/2019	3 (recaída)
19	69	M	Imatinib	10/10/2014	67	42	01/06/2020	11
20	39	M	Nilotinib	02/09/2013	84	72	02/09/2020	9
21	54	V	Nilotinib	03/05/2016	60	54	28/04/2021	1

PO-182

EFICACIA DE UN PLAN DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR (FRCV) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)

Gil Manso Rodrigo¹, González Olmedo Jesús¹, Carreño Gómez-Tarragona Gonzalo¹, Paredes Ruiz Diana¹, Colmenares Gil Rafael¹, Gil Alós Daniel¹, Sánchez Pina José María¹, Alonso Fernández Rafael Alberto¹, Martínez-López Joaquín¹, Díaz Pedroche Carmen¹, Ayala Diaz Rosa¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre

Introducción: La introducción de los inhibidores de tirosin kinasa (ITK) en el manejo de la LMC supuso un cambio en el paradigma de tratamiento y la supervivencia de la enfermedad, sin embargo, estos fármacos no están exentos de efectos secundarios y se han relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular (RCV), variable entre los distintos ITK. A continuación describimos una cohorte de pacientes con LMC tratados en nuestros centro, el riesgo cardiovascular de esta cohorte y la modificación de este tras la evaluación y la planificación de control de FRCV en una consulta específica de control de RCV.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron 67 pacientes con diagnóstico de LMC y derivados a la citada consulta. Se recogieron los datos relativos a su enfermedad hematológica,