ISSN 0390-6078
Volume 106
OCTOBER
2021 - S2

haematologica
Journal of the Ferrata Storti Foundation

LXIII Congreso Nacional de la SEHH
XXXVII Congreso Nacional de la SETH
Pamplona, 14-16 de octubre, 2021

ABSTRACT BOOK

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 Ferrerias
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

ttos. recibidos, tiempo a llegada a consulta, FRCV y enfermedad cardiovascular (ECV) a su llegada, y score global de RCV a su llegada y tras seguimiento. Variables ordinales se expresan mediante porcentajes, cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIQ). Se empleó el test de Wilcoxon para variables cualitativas ordinales apareadas. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v25.0.

Tabla 1. Características hematológicas de los pacientes con LMC y tratamientos recibidos.

Sexo	Hombres: 40 (59,70%)		Mujeres: 27 (40,30%)	
Edad al diagnóstico	Total: 49 (16,12)	Hombres: 51,90 (17,54)	Mujeres: 47,90 (14,09)	
Índice de Sokal	Bajo: 33 (49,25%)	Intermedio: 15 (22,39%)	Alto: 12 (17,91%)	Desconocido: 7 (10,45%)
Índice de Hasford	Bajo: 34 (50,75%)	Intermedio: 22 (32,84%)	Alto: 2 (2,99%)	Desconocido: 9 (13,43%)
Índice EUTOS	Bajo: 50 (74,63%)	Alto: 8 (11,94%)	Desconocido: 9 (13,43%)	
Índice ELTS	Bajo: 35 (52,24%)	Alto: 17 (25,37%)	Desconocido: 6 (8,95%)	
Tratamientos frente a LMC recibidos				
Imatinib	64 (95,52%)			
Suspensión	35 (54,68%)			
Motivo	Falta de respuesta: 14 (40%)	Toxicidad: 12 (34,29%)	Ensayo clínico: 9 (25,71%)	
Dasatinib	26 (38,81%)			
Suspensión	15 (57,69%)			
Motivo	Falta de respuesta: 2 (13,33%)	Toxicidad: 13 (86,67%)		
Nilotinib	21 (31,34%)			
Suspensión	15 (71,43%)			
Motivo	Falta de respuesta: 3 (20%)	Toxicidad: 9 (60%)	Ensayo clínico: 3 (20%)	
Bosutinib	3 (4,48%)			
Suspensión	1 (33,34%)			
Motivo	Toxicidad: 1 (100%)			
Ponatinib	3 (4,48%)			
Suspensión	1 (33,34%)			
Motivo	Falta de respuesta: 1 (100%)			
TPH	2 (2,99%)			

Tabla 2. FRCV y ECV a su llegada a consulta.

Meses del diagnóstico a la llegada a consulta (mediana [rango intercuartílico])	73,10 (34,50-128,60)		
Tabaquismo	Fumador activo: 8 (11,94%)	Exfumador: 18 (26,87%)	No fumador: 51 (76,12%)
Hábito enólico activo	8 (11,94%)		
AF cardiopatía isquémica precoz	4 (5,97%)		
HTA	22 (32,84%)		
Toma fármacos	1: 7 (31,82%)	2: 11 (50%)	3 o más: 3 (13,64%)
Con LOD	10 (45,46%)	Sin 12 (54,54%)	
DM2	9 (13,43%)		
Insulinizado	No: 7 (77,78%)	Sí: 2 (22,22%)	
Glucemia basal (n=63)	105,30 (25,76)		
Hiperlipemia	25 (37,31%)		
Toma de fármacos	16 (64%)		
Niveles colesterol total (n=59)	178,23 (46,48)		
LDL-c (n=38)	103,20 (44,33)		
HDL-c	49,73 (16,17)		
Triglicéridos (n=57)	116,35 (57,97)		
Toma antiagregantes	9 (13,43%)		
Enfermedad coronaria	3 (4,48%)		
ACV	5 (7,46%)		
EAP	5 (7,46%)		
EPOC	2 (2,99%)		
ERC	4 (5,97%)		
EKG	35 (52,24%)		
de los cuales anómalo	8 (22,86%)		
Ecocardiograma	24 (35,82%)		
de los cuales anómalo	13 (54,17%)		
Polifarmacia	19 (28,36%)		

AF: antecedentes familiares, HTA: hipertensión arterial, LOD: lesión de órgano diana, DM2: diabetes mellitus tipo 2, ACV: accidente cerebrovascular, EAP: enfermedad arterial periférica, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ERC: enfermedad renal crónica, EKG: electrocardiograma. Polifarmacia: toma crónica de más de 5 fármacos.

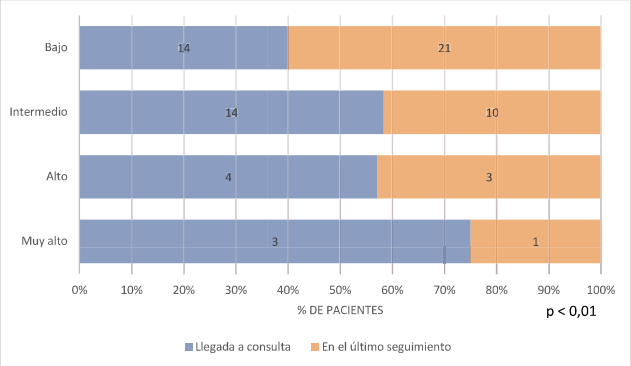

Figura 1. RCV según escala Framingham en los pacientes en la primera consulta (azul) y en el último seguimiento (naranja). La variación en el RCV global fue estadísticamente significativa (p <0,01).

Resultados: Las características demográficas, relativas a su LMC, así como a los diferentes tratamientos recibidos y motivos de suspensión de estos aparecen en la Tabla 1. Había un predominio de hombres (59,70%) y la edad media al diagnóstico fue de 49 años (DE 16,12). La mayoría de pacientes habían estado en tratamiento con imatinib (95,52%), habiéndose suspendido en el 54,68% de los casos por los motivos expuestos. En la Tabla 2 figura el tiempo hasta derivación a consulta, así como la presencia de FRCV y ECV a su llegada a consulta. Se observa que el tiempo a la derivación fue altamente variable. La prevalencia de los distintos FRCV fue destacable, así como el consumo de fármacos para estos FRCV y la polifarmacia, dada la media de edad de nuestra muestra. En la Figura 1 se presenta la variación de RCV según la escala Framingham en los 33 pacientes con un seguimiento efectivo en la consulta; la media de tiempo bajo seguimiento fue de 26,5 meses (DE 10,47). La mejoría del RCV en estos pacientes entre la primera consulta y el último seguimiento fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$), es decir las intervenciones realizadas lograron disminuir el RCV de estos pacientes.

Conclusión: Existe una alta prevalencia de FRCV en pacientes con bajo tratamiento con ITK, que pueden desencadenarse o exacerbarse con el tratamiento con los distintos fármacos. Es fundamental el correcto cribado de todos estos factores, muchas veces asintomáticos. El manejo adecuado en consultas específicas es capaz de reducir el RCV de estos pacientes.

PO-183

ANALISIS DE SUPERVIVENCIA EN VIDA REAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON POLICITEMIA VERA DE UN CENTRO

López Rodríguez Juan Francisco[1], Pérez Acosta Eva[2], Segura Díaz Adrián[1], Bilbao Sieyro Cristina[3], Stuckey Ruth[1], Sánchez Sosa Santiago[1], Florido Ortega Yanira[1], Santana Santana Guillermo[1], Borrero Borrego Asunción[1], Fernández-Caldas González Paula[1], De la Nuez Melián Haridian[1], Morales Curbelo Alejandro[1], Cabezas De la Cruz Marcos[1], Arenas Rodríguez Patricia[1], Navarrete Bullón Laura[1], Gómez Casares María Teresa[1]

[1]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín; [2]ULPGC; [3]Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín/ULPGC

Introduccion: La Policitemia Vera (PV) forma parte de las neoplasias mieloproliferativas Philadelphia-negativas (NMP Ph-), en las que existe una alteración clonal de la célula madre hematopoyética que provocan una hiperproliferación trilineal en la médula ósea. La supervivencia media de estos pacientes es de 14 años, aunque para pacientes más jóvenes es de 24 años, siendo la principal causa de muerte los eventos cardiovasculares (45%).

Objetivos: Realizar el análisis de la supervivencia global de los pacientes en nuestro centro y las posibles variables que pueden influir en su modificación.

Métodos: Se analizaron los pacientes diagnosticados de PV desde el año 2000 y se realizó un análisis retrospectivo de las características epi-

demiológicas y clínicas de nuestra población, añadiendo el estudio de un panel mieloide de 30 genes implicados en la patología mieloide. Analizamos supervivencia global (SG) por Kaplan-Meier. La comparación de los parámetros cualitativos se analizó por chi-cuadrado, mientras que los cuantitativs por t-Student. Para los análisis estadísticos usamos el SPSS V.23 y el p-valor 0.05 para determinar la significación estadística.

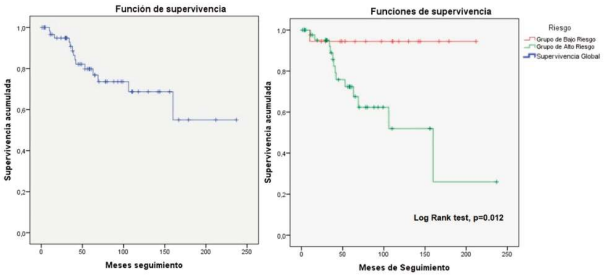

Figura 1.

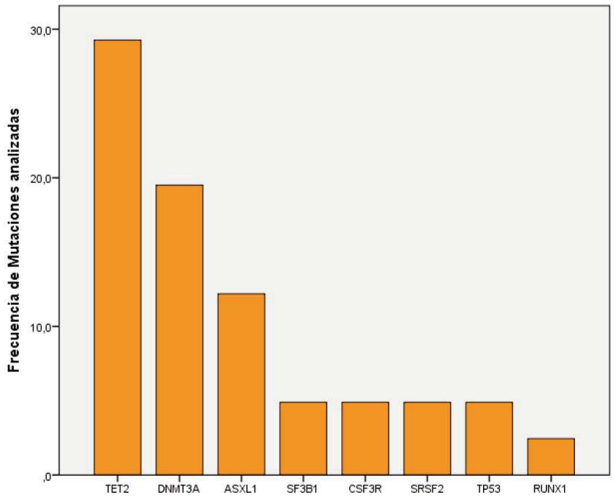

Figura 2.

Tabla 1.

Parámetro	Éxitus	Vivos	Significación
Edad media	73.9 años	63.3 años	**0.004**
Alto riesgo	92.6%	66.3%	**0.047**
Consumo de alcohol	28.6%	3.9%	**0.014**
Trombosis previa	42.9%	15.9%	**0.039**
No Antiagregación	35.7%	9.8%	**0.031**
Segundas neoplasias	25%	6%	**0.046**
Mutaciones non-driver	77.8%	46.9%	0.10

Resultados: Se analizaron un total de 65 pacientes. El 48.5% hombres y el 51.5% mujeres. Edad media de la población era de 65 años. El 72.3% de los pacientes pertenecían al grupo de alto riesgo y 27.3% del grupo de bajo riesgo. El 100% de la población presentaba alguna mutación en JAK2 (64 pacientes mutación en V617F y un paciente en exón 12). La mediana de seguimiento fue de 4.9 años (rango: 0.33- 19.8 años). El 21.5% fallecieron durante el seguimiento con una media de edad de 78.9 años. La supervivencia media fue de 14 años (IC95% 11.4-16.6). En el análisis univariante, los factores implicados negativamente en la supervivencia de manera significativa fueron la edad, el consumo de alcohol, la trombosis previa, los pacientes con segundas neoplasias y los pacientes sin antiagregación. Con respecto a los marcadores moleculares, el 53.7% de los pacientes presentó una mutación no driver adicional. La mutación no driver más frecuentes fue el TET2 (29.2%) seguida de DNMT3A (19.5%) y AXSL1 (12.2%). En el análisis X^2 se observó una tendencia, sin llegar a la significación estadística, de un aumento de probabilidad de muerte en aquellos pacientes que presentaron al menos una mutación no driver.

Conclusión: Nuestra serie muestra datos representativos y acordes con lo publicado hasta el momento en la bibliografía, añadiendo el plus de la secuenciación masiva a una corte de vida real. Es importante la implicación mutaciones en genes no driver ya que, asociada con los factores clínicos nos podría ayudar a una mejor caracterización y estratificación del riego en estos pacientes.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

PO-184

VARIACIONES DE DOSIFICACIÓN DE HIDROXIUREA EN 82 PACIENTES CON TRATAMIENTO A LARGO PLAZO DE TROMBOCITEMIA ESENCIAL Y POLICITEMIA VERA

Guerra Hernando Jose Maria[1], Astudillo Romero Ivonne Lizett[1], Amer Salas Neus[1], Mascaro Riera Martin[1], Bargay Lleonart Juan[1], Del Campo García Raquel[1], Vazquez Rodriguez Irene[1], Cladera Serra Antonia[1], Gomez Perez Delia[1], Gonzlez Bachs Elena[1], Herraez Balanzat Inés[1]

[1]*Hospital Son Llatzer*

Introduccion: La policitemia vera (PV) y trombocitemia esencial (TE) son dos entidades con uso de hidroxiurea(HU) establecido como primera línea de tratamiento cuando se precisa citorreducción (pacientes de alto riesgo). Aunque se puede precisar cambio a segunda línea por intolerancia o resistencia, frecuentemente es un tratamiento que se prolonga durante periodos de años. El objetivo de este estudio es valorar las variaciones de dosificación en los pacientes con HU a largo plazo.

Métodos: Se analizan 44 pacientes con PV y 135 con TE, atendidos en nuestro centro entre 2002 y 2020. Se evalúan tratamiento con HU, tiempo de tratamiento y estudio de mutaciones driver. Definimos tratamiento a largo plazo con HU como el superior a dos años.. Definimos una variación superior al 20% de dosis como significativa de modificación de dosis ascendente o descendente, tras el ajuste de dosis inicial.

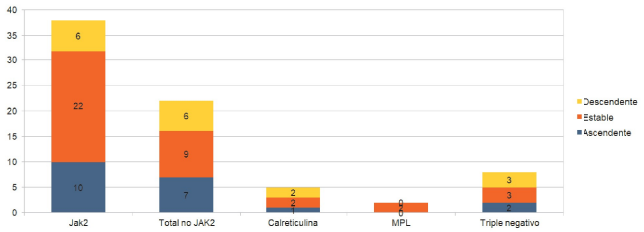

Figura 1.

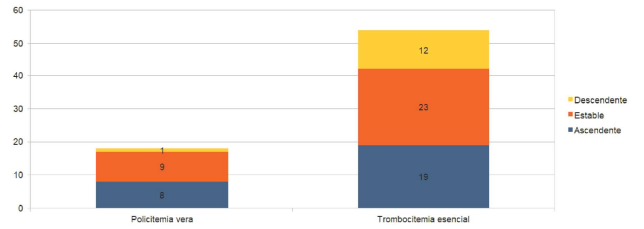

Figura 2.

Resultados: De los pacientes con PV, 9 pacientes no habían recibido citorreducción, 10 cambiaron tratamiento y 10 tenían seguimiento insuficiente. Fueron valorables 18 pacientes, 8 hombres y 10 mujeres, con edades al diagnóstico entre 38 y 88 años (mediana 72). 1 presentaba mutación Jak2 exón 12 y y los restantes JAK2V617F. De los 135 pacien-