



SEHH
COMUNICACIONES
PÓSTERS

Palacio de Congresos 17-19 octubre

SEVILLA 2013

LV Congreso Nacional de la SEHH
XXIX Congreso Nacional de la SETH

LV
Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Hematología y Hemoterapia

XXIX
Congreso Nacional
de la Sociedad Española de
Trombosis y Hemostasia

Sevilla 2013
17-19 octubre
Palacio de Congresos



(SMD), aplasia medular (AM), receptores de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (auto-TPH); d) NF de alto riesgo (> 7 días y ≤ 100 PMN $\cdot 10^9/L$). Criterios de exclusión: diagnóstico microbiológico de la infección. Los pacientes se aleatorizaron a las 72 h del inicio de la fiebre. El TAE se suspendió: 1) Grupo experimental (GE): a) afebril ≥ 72 h; b) resolución de signos, síntomas y constantes vitales normales ≥ 72 h; 2) Grupo control (GC): además de los anteriores, PMN > 500 cels. $\cdot L^3$. El seguimiento fue de 28 días desde el inicio del TAE. La variable de eficiencia se midió con el indicador de número de días libres de TA intravenoso (i.v.) y totales (i.v. y oral). Variables de seguridad fueron la aparición de fiebre recurrente y la mortalidad cruda al final del seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes (analizados 31 con seguimiento completo). Edad mediana 43 años (rango: 19-66); mujeres (n = 18, 58,1%). Diagnósticos: receptores de auto-TPH (n = 14, 45,2%), LA en inducción (n = 9, 29%), LA en consolidación (n = 4, 12,9%), LC (n = 2, 6,4%), LA en reinducción (n = 1, 3,2%) y MM (n = 1, 3,2%). La presentación clínica inicial de la NF fue: sin focalidad (n = 15, 48,4%), focalidad abdominal (n = 10, 32,2%) o mixta (n = 6, 19,2%). Ningún caso presentó criterios de gravedad a la inclusión. La aleatorización de pacientes fue 20 (64,5%) en GC y 11 en GE. Las variables de comparación entre ambos grupos se detallan en la [Tabla 1](#). La frecuencia de fiebre recurrente fue del 27,7% en el GE y del 30% en el GC y la mortalidad cruda fue nula en ambos brazos.

Conclusiones: Los resultados del análisis sugieren que en pacientes hematológicos con neutropenia febril parece efectivo y seguro suspender el tratamiento antibacteriano empírico después de 72 h de apirexia, resolución de signos y síntomas y constantes vitales normales aunque persista la neutropenia.

CO-058 COMPARACIÓN DE TRASPLANTE AUTÓLOGO Y ALOGÉNICO EN LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA NO PROMIELOCÍTICA: 30 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN SOLO CENTRO

C. Montes-Gaisán¹, G. Pérez-Vázquez¹, A. Cuesta², Z. Díaz², S. Herráez¹, C. Martín¹, A. Bermúdez¹, C. Richard¹, E. Conde¹
¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital de Basurto. Bilbao

Introducción: El tratamiento posremisión óptimo en leucemia mieloblástica aguda (LMA) sigue planteando dudas. Las comparaciones clásicas entre trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico (alo-TPH) y autólogo (auto-TPH) apuntan mayor mortalidad relacionada con trasplante (MRT) pero menor riesgo de recaída (RR) en el primero, con resultados discordantes en cuanto a supervivencia global (SG).

Objetivo: Estudio retrospectivo de 274 pacientes diagnosticados de LMA no promielocítica y sometidos a TPH en nuestro centro entre 1982 y 2011. Comparamos resultados entre los grupos de alo- y auto-TPH en cuanto a SG, SLR (supervivencia libre de recaída), RR y MRT.

Material: Las características de los 162 alo-TPH y los 112 auto-TPH fueron respectivamente: mediana de edad de 38 y

45, LMA secundaria en 20% y 10%, refractariedad a inducción en 16 y 3%, respuesta completa pre-TPH en 87 y 97% y TPH posterior al 2005 en 47 y 14%. No hubo diferencias en otras características (incluidas leucocitosis al diagnóstico y riesgo citogenético).

Resultados: La incidencia acumulada de recaída en alo y auto-TPH fue respectivamente: 18 y 32% al año y 24 y 50% a 5 años, sin que haya diferencias entre el periodo previo y posterior a 1997 (enfermedad mínima residual por citometría de flujo). La incidencia acumulada de MRT de 1982 a 1996 en alo y auto-TPH fue respectivamente: 30 y 6,5% al año y 35 y 9% a 5 años; sin embargo, de 1997 a 2011 fue de 16 y 2% al año y 25 y 3,5% a 5 años. La SG de 1982 a 1996 en alo y auto-TPH fue respectivamente: 39,6 y 60,8% al año y 28,3 y 45,1% a 5 años; sin embargo, de 1997 a 2011 fue de 65,6 y 70,3% al año y 46,8 y 47,7% a 5 años. La SLR de 1982 a 1996 en alo y auto-TPH fue respectivamente: 50 y 65,2% al año y 37,5 y 45,6% a 5 años; sin embargo, de 1997 a 2011 fue de 66,9 y 63,2% al año y 51,7 y 46,5% a 5 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre alo y auto-TPH en cuanto a SG y SLR, así como tampoco en el análisis multivariable con factores como edad, leucocitosis al diagnóstico, riesgo citogenético elevado, etiología secundaria de la LMA o periodo temprano del TPH. Solamente la EMR pre-TPH parece ser un importante predictor de la supervivencia. El 74% de los pacientes sometidos a auto-TPH tiene ECOG 0 en la actualidad y el 43% de los que recayeron fue rescatado con alo-TPH.

Conclusiones: En nuestra serie no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en SG ni SLR entre alo y auto-TPH independientemente del periodo del trasplante. A pesar del alto RR en auto-TPH, hemos observado una mayor supervivencia en los periodos más tempranos del trasplante, que tiende a asemejarse en la actualidad por el descenso en la MRT, más llamativo en alo-TPH.

CO-059 TEST EX VIVO DE MEDICINA PERSONALIZADA PARA PREDECIR LA RESPUESTA A LA PRIMERA LÍNEA DE INDUCCIÓN CON IDARUBICINA Y CITARABINA EN PACIENTES DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

P. Montesinos¹, D. Martínez Cuadrón¹, J. Martínez López², R. García Boyero³, J. Pérez de Oteyza⁴, P. Fernández⁵, J. Serrano⁶, A. Fernández⁷, P. Herrera⁸, A. Alonso⁹, A. González¹⁰, C. Bethancourt¹¹, E. Lavilla¹², J.A. Vera¹³, B. Navas¹⁴, G. Rodríguez¹⁵, J.A. López¹⁶, S. Jiménez Bravo de Laguna¹⁷, A. Simiele¹⁸, B.J. González¹⁹, J.A. Hernández Rivas²⁰, R. Córdoba Mascuñano⁶, C. Rayón²¹, C. Burgaleta²², B. Vidriales²³, G. Bautista²⁴, J.A. Pérez Simón²⁵, A. de la Fuente Burguera²⁶, I.F. Trocóniz²⁷, A. Bosanquet²⁸, D. Primo²⁸, P. Hernández-Campo²⁸, J. Gorrochategui²⁹, T.A. Bennett²⁸, B. Liébana²⁹, J. Ballesteros²⁹, J. Sierra²⁹, F. Moscardó¹, M.A. Sanz¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital Universitario General de Castelló. ⁴Hospital de Madrid Norte Sanchinarro. ⁵Hospital General Universitario de Alicante. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. ⁷Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Xeral Cies. ⁸Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Hospital Universitario Quirón. Madrid. ¹⁰Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ¹¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ¹²Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ¹³Hospital Universitario

Virgen Macarena. Sevilla. ¹⁴Hospital Moncloa. Madrid. ¹⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁶Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. ¹⁷Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁸Hospital Povisa. Vigo (Pontevedra). ¹⁹Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²⁰Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ²¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid). ²³Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid). ²⁵Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²⁶MD Anderson Cancer Center. Madrid. ²⁷Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica. Escuela de Farmacia. Universidad de Navarra. ²⁸Vivia Biotech. ²⁹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Fundamentos: El objetivo del tratamiento en la leucemia mieloide aguda (LMA) es alcanzar remisión completa (RC). Variables clínicas y biológicas (p. ej.: citogenética, alteraciones moleculares) pueden predecir la probabilidad de alcanzar RC. Hasta la fecha no hay test que predigan la respuesta a fármacos o combinaciones que permitan el uso de tratamientos de inducción específicos para pacientes individuales. El objetivo es determinar la capacidad del test de medicina personalizada de Vivia (MP) en pacientes diagnosticados de LMA para predecir la probabilidad de alcanzar RC para cada paciente tras la terapia de inducción con citarabina (AraC) e idarubicina (Ida). El test MP *ex vivo* se basa en el análisis de la muerte celular.

Métodos y pacientes: Estudio prospectivo y no intervencionista, incluyó a pacientes adultos diagnosticados de LMA en hospitales del grupo PETHEMA. Las muestras de médula ósea se recogieron al diagnóstico y fueron enviadas a los laboratorios de Vivia e incubadas 48 h en placas de 96 pocillos que contenían AraC, Ida y su combinación. El número de células leucémicas vivas antes y después de la exposición a cada concentración de citostáticos se midió por citometría de flujo usando anexina V y marcadores de superficie para caracterizar los blastos. La respuesta farmacológica se calculó usando modelos de farmacocinética poblacional, con los que se ajusta cada curva dosis-respuesta de todas las muestras de forma simultánea. La respuesta a la inducción fue evaluada de acuerdo a los criterios de Cheson (2003). Pacientes con RC/RCp fueron clasificados como respondedores. Pacientes que murieron durante la inducción, no evaluables. El resto, resistentes.

Resultados: Muestras de 90 pacientes fueron empleadas para analizar el efecto de AraC e Ida, a varias concentraciones, ensayadas de manera individual y en combinación. Para la correlación clínica se estudiaron muestras de 37 pacientes con edad media de 54 años (33-77), tratados con este régimen de inducción. De éstos, 27 pacientes (73%) alcanzaron RC y 10 (27%) fueron resistentes. De los 10 pacientes que no alcanzaron RC, 8 (80%) fueron clasificados por el test *ex vivo* como resistentes. De los 27 pacientes que alcanzaron RC, 26 (96%) mostraron una buena sensibilidad *ex vivo* a Ida + AraC, prediciendo la RC. En total, en 34 pacientes (92%) la respuesta al tratamiento fue clasificada de forma adecuada usando el test de MP. Las 3 variables farmacológicas más determinantes para predecir la respuesta fueron la potencia (EC50) de los fármacos individualmente y el sinergismo (CI) de la combinación.

Conclusiones: Este novedoso Test MP de Vivia es capaz de predecir la respuesta clínica a la inducción con Ida + AraC en pacientes con LMA de nuevo diagnóstico.

CO-060 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN PACIENTES MENORES DE 70 AÑOS. POLIQUIMIOTERAPIA VS. AZACITIDINA EN PRIMERA LÍNEA

A. de la Fuente¹, G. Deben², J. Bargay³, A. Garrido⁴, J. Serrano⁵, O. Salamero⁶, J. Bergua⁷, E. Colado⁸, R. García⁹, C. Pedro¹⁰, S. Redondo¹¹, M. Tormo¹², S. Bonanad¹³, M. Díez-Campelo¹⁴, M. Pérez-Encinas¹⁵, B. Xicoy¹⁶, J. Falantes¹⁷, P. Font¹⁸, T. González-López¹⁹, G. Martín-Núñez²⁰, J.F. Tomás¹, P. Montesinos²¹, F. Ramos²²

¹MD Anderson Cancer Center. Madrid. ²Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ³Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. ⁶Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias. ⁹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ¹⁰Hospital del Mar. Barcelona. ¹¹Complejo Asistencial de Ávila. ¹²Hospital Clínic Universitari. Valencia. ¹³Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia). ¹⁴Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ¹⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona). ¹⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁸Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁹Complejo Asistencial Universitario de Burgos. ²⁰Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres). ²¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²²Hospital Universitario de León

Introducción: La quimioterapia intensiva ofrece resultados decepcionantes en los pacientes > 70 años con LMA, mediana de supervivencia global (SG) 4,6 meses. Se han identificado como predictores de SG por el MDACC la edad > 80 años, ECOG \geq 2, creatinina > 1,3 mg/dL y citogenética adversa (SG para 0 y 4 factores: 11,3 y 0,5 meses respectivamente; *Kantarjian et al. Blood 2010*). La azacitidina (Aza) ha sido explorada en pacientes con LMA y blastos MO < 30%, con resultados prometedores (mediana de SG 24,5 m; *Fenaux et al. JCO 2010*). El estudio ALMA ha sugerido como predictores de SG en LMA tratados con Aza: ECOG \geq 2, leucocitos pretratamiento > 10.000 μ L, blastos MO > 30% y citogenética adversa (*Ramos et al. ASH 2012*).

Objetivo: El objetivo del presente estudio es analizar efectividad y tolerancia de Aza en pacientes > 70 a y LMA y evaluar la utilidad de las escalas MDACC y ALMA.

Métodos: Hemos analizado los pacientes con edad \geq 70 a incluidos en el estudio ALMA que reclutó pacientes con LMA de 22 hospitales españoles tratados con Aza como primera línea. Evaluamos la efectividad según criterios ELN-2010, la toxicidad según CTCAE v3.0, SG y la mortalidad a 8 semanas (MRT-8).

Resultados: De los 110 pacientes incluidos en el estudio ALMA, 88 (65 V, 23 M) tenían \geq 70 años (mediana 76, extremos 70-89) y 28 tenían más de 80 a, 26 un ECOG \geq 2, 17 una creatinina > 1,3 mg/dL, 22 citogenética adversa, 25 leucocitos pretratamiento > 10.000/ μ L, 55 blastos MO > 30% y 26 hemopatía previa. El número total de ciclos administrados fue 540, mediana 4 (1-29), en 3 casos se interrumpió el tratamiento por intolerancia. Se evaluaron