

sentó un ISS III. 17 (72%) presentaban IP al diagnóstico. Las respuestas obtenidas fueron: 75% de respuestas completas, 15% de muy buena respuesta parcial y 10% de respuestas parciales. Previo al TASPE, 2 pacientes recuperaron la IP, que aumentó hasta 5 (29%) pacientes a los 12 meses del TASPE. En este grupo de pacientes, ningún paciente progresó con una mediana de seguimiento de 30 meses, mientras que los que se mantuvieron inmunoparéticos presentaron una mediana de supervivencia libre de progresión de 34 meses.

Conclusiones: Aunque se trata de un grupo pequeño y heterogéneo, las diferencias observadas en nuestra serie refuerzan el valor pronóstico de la recuperación de IP en paciente con MM sometidos a TASPE. Se requiere mayor tiempo de seguimiento y una muestra más amplia para poder establecer diferencias en supervivencia global.

PC-040

¿DEBEN SER LOS PACIENTES CON MIELOMA CANDIDATOS A LAS NUEVAS COMBINACIONES EN PRIMERAS LÍNEAS?

Díaz Valdés J.R., García Mateo A., Castillo Rosa J.C., Torres A., Olivier Comacchia C., Valencia S.L., Marcellini A.S., Casco Amarilla C.R., Zato Hernández E., Queizán Hernández J.A.

Hospital General de Segovia

Introducción: El Mieloma Múltiple (MM) es una entidad hematológica muy heterogénea. Actualmente evaluamos el riesgo pronóstico de nuestros pacientes según la escala ISS-R. Así, aunque no exista evidencia suficiente para decantarse por una opción terapéutica u otra según los índices de riesgo, éstos nos hacen vislumbrar qué pacientes recaerán en el corto o medio plazo y por tanto, son proclives a recibir múltiples líneas de tratamiento. Recientemente se han aprobado nuevas estrategias para primera línea y han aparecido nuevas combinaciones terapéuticas más potentes que han mejorado las tasas de S.L.P. de manera muy significativa para segundas líneas y sucesivas. Además, la evidencia científica muestra que estos fármacos son más eficaces cuando se utilizan en líneas tempranas. Sabemos que existe un porcentaje de pacientes que debido a una presentación agresiva de su enfermedad puede fallecer de manera precoz en líneas iniciales del tratamiento. Nos planteamos qué porcentaje de nuestros pacientes fallecen precozmente y como consecuencia, nunca podrán ser rescatados con los nuevos esquemas terapéuticos aprobados.

Métodos: Se incluyeron en el estudio un total de 49 pacientes diagnosticados entre septiembre/2000 y mayo/2018 de MM con indicación de inicio de tratamiento. La mediana de seguimiento fue de 18 meses (rango: 0/204).

Resultados: Se analizaron los pacientes según recibieran o no TASPE. Fueron candidatos a trasplante 18 pacientes, con distribución por sexos de 47,4% hombres y 52,6% mujeres. La mediana de edad fue 58 años (rango: 34/67). Según los grupos de riesgo, el 57,9% tenía ISS1, el 31,6% tenía ISS2 y el 10,5% tenía ISS3. Estos pacientes candidatos a trasplante recibieron en primera línea: VTD/VRD (61,1%), VBCMP (16,7%), ECGEM 2012 (5,6%), TD (5,6%), ECGEM 2005 (5,6%) y VD (5,6%). Del total de pacientes que recibió primera línea, sólo el 55,55% recibió segunda línea, el 27,77% tercera línea y el 11,11% recibió cuatro líneas o más. Se deduce que la mitad de pacientes jóvenes no llega a recibir tratamientos de segunda línea y un tercio de los mismos no pasan a tercera línea o sucesivas. No fueron candidatos a trasplante 31 pacientes, con distribución por sexos de 51,3% hombres y 48,7% mujeres. La mediana de edad fue 77 años (rango: 67/89). Según los grupos de riesgo, el 27% tenía ISS1, el 29,7% tenía ISS2 y el 43,2% tenía ISS3. Los pacientes mayores presentaron un riesgo más bajo que los pacientes candidatos a trasplante en nuestra serie. Estos pacientes recibieron en primera línea: VMP (63,3%), CP/D (16,7%), VD (10%), ECGEM 2010 (3,3%), LD (3,3%) y VCP (3,3%). Del total de pacientes que recibieron primera línea, sólo el 48,4% recibió segunda línea, el 16,1% tercera línea y el 3,2% recibió cuatro líneas o más. Al igual que ocurrió con los pacientes jóvenes de nuestra serie la mitad no llegó a recibir tratamientos de segunda línea y un tercio de los mismos no pasó a tercera línea o sucesivas. Aunque el seguimiento de nuestra serie es limitado, en cada línea de tratamiento el número de pacientes disminuye significativamente. Estos resultados son similares a los de otros grupos. Sería interesante realizar más estudios, con series más amplias y con mayor seguimiento, para confirmar estos resultados.

Conclusiones: Una cantidad importante de pacientes con MM de alto riesgo al diagnóstico pueden fallecer precozmente en líneas tempranas

de tratamiento, por lo que consideramos importante que las combinaciones de fármacos más efectivas sean aprobadas en líneas tempranas.

PC-041

SÍNDROME DE RETIRADA POST-IBRUTINIB EN UN CASO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM

Sánchez Quiñones B., Martínez Fernández R., De Poo Rodríguez V., Auria Caballero C., Dourdil Sahun V., Bonafonte Arruga E., Palomera Bernal L.

HCU Lozano Blesa Zaragoza

Introducción: El tratamiento de la Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) en primera línea está basado en inmunquimioterapia. Sin embargo las recaídas y resistencia al Rituximab son frecuentes, por lo que se necesitan otras terapias. Ibrutinib (IB) ha demostrado en varios estudios eficacia. Su discontinuación temporal puede ser necesaria para manejar toxicidades. Presentamos un caso de suspensión de IB en una MW, debido a un episodio de fibrilación auricular, con un cuadro clínico de inicio abrupto con sintomatología y recaída clínico-analítica, compatible con "Síndrome de retirada" en MW recientemente descrito (Castillo JJ, Haematologica 2018).

Paciente y Métodos: Varón de 70 años que estaba siendo tratado de Polimialgia reumática con corticoides. En Enero de 2012 se diagnostica de MW, con de neuropatía periférica (PN). ENG compatible con PN sensitivo-motora; IgM: 814 mg/dl: 1ª línea (Marzo 2012): Rituximabx4 con discreta mejoría. En Junio de 2013 cuadro de Leishmaniasis. En Enero de 2014 progresión de la PN con IgM de 2940 mg/dl : 2ª línea con Rituximabx4 sin apenas mejoría. En Noviembre 2014, clínica de PN, Hb: 10g/dl, IgM: 3790 mg/dl: 3ª línea con DRCx6 con escasa mejoría. En Enero de 2016 empeoramiento importante de la PN (marcha atáxica, hiporreflexia, impotencia), Hb:10,2 g/dl, IgM 2900 mg/dl, infiltración MO del 60%, MYD88 +, ENG compatible. En Marzo 2016: 4ª línea con IB 420 mg/día. Mejoría rápida (días) de la clínica con descenso de la IgM en torno a 400 mg/dl que se mantiene y ascenso de la HB a valores normales (VGP). En Diciembre de 2017 episodio de ACxFA sintomática. Se retira IB y se realiza cardioversión con Aminodarona y Apixaban. A los 3 días ingreso por fiebre, quebrantamiento general y reaparición brusca del cuadro neurológico. Analítica aumento rápido e intenso de la IgM (hasta 6490 mg/dl) y anemización (Hb: 8,5 g/dl). Se reintroduce el IB con mejoría clínica súbita, descenso de la IgM y recuperación paulatina de la Hb (Fig1).



Figura 1.

Resultados: En la serie publicada de 114 discontinuados, lo presentaron 22 (20%). Se caracterizaba por un cuadro de fiebre, quebrantamiento general, sudoración y artralgias, que ocurría rápidamente tras la discontinuación. De estos, 7 pacientes presentaron también criterios de progresión de la enfermedad con incremento de la IgM (de 796 mg/dl a 1909 mg/dl) y anemización. Nuestro caso se comportó así, con una subida de la Ig M mucho más evidente y progresión clínico-analítica. En la publicación, como le ocurría a nuestro paciente, ocurría más en los pacientes que habían hecho una óptima respuesta al IB. La etiopatogenia no está

