

de riesgo trombótico en TE, el IPSET, que incluye la mutación JAK2V617F como factor de riesgo. Sin embargo, la influencia de esta mutación puntual en el desarrollo de trombosis en pacientes con PV y MFP está aún por determinar.

Financiación: Colegio de Médicos de Las Palmas, Beca I+E 2015.

PC-231

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS MOLECULARES PROFUNDAS ALCANZADAS POR LAS MÚLTIPLES SECUENCIAS DE TRATAMIENTOS CON ITKS EN LMC. ESTUDIO DE LARGO SEGUIMIENTO DEL REGISTRO ESPAÑOL DE LMC

Casado L.F.¹, García-Ormeña N.², Mba C.², García-Gutiérrez J.V.³, Giraldo P.⁴, Pérez-Encinas M.⁵, De Paz R.⁶, Ayala R.⁷, Bautista G.⁸, Osorio S.⁹, Requena M.J.¹⁰, Palomera L.¹¹, Peñarrubia M.J.¹², Calle C.¹³, Hernández-Rivas J.A.¹⁴, Steegmann J.L.¹⁵

¹Servicio de Hematología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, ²Registro Español de LMC (RELMC), ³Servicio de Hematología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, ⁴IIS Aragón, Unidad de Investigación Traslacional, Zaragoza, ⁵Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, ⁶Servicio de Hematología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁷Servicio de Hematología, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, ⁸Servicio de Hematología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, ⁹Servicio de Hematología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ¹⁰Servicio de Hematología, Hospital Severo Ochoa, Leganés, ¹¹Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, ¹²Servicio de Hematología, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, ¹³Servicio de Hematología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, ¹⁴Servicio de Hematología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, ¹⁵Servicio de Hematología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Introducción: Cinco inhibidores de tirosina cinasa (ITKs) están disponibles para el tratamiento de pacientes con leucemia mieloide crónica en fase crónica (LMC-FC). Analizamos las diferentes secuencias de ITKs utilizadas como terapia para la LMC-FC en un análisis a largo plazo en vida real.

Métodos: En un análisis retrospectivo de cohortes, se incluyeron pacientes con LMC-FC tratados en la práctica clínica con diferentes ITKs en el Registro Español de LMC (RELMC) (17 hospitales de todo el país) entre 2000 y 2014. El objetivo principal del estudio fue describir la secuencia del tratamiento con ITKs en la práctica de la vida real y la última respuesta molecular profunda (DMR) (MR4, MR4.5 o transcrito indelectable) para cada esquema.

Tabla 1. Diferentes secuencias de ITKs y última respuesta molecular (I imatinib, N nilotinib, D dasatinib, B bosutinib, P ponatinib, TMO trasplante de médula ósea, IFN interferón alfa).

Secuencia	Última Respuesta Molecular Profunda (DMR)					Total
	MR4	MR4.5	MR4.5	MR4.5	MR4.5	
I	10	10	10	10	10	40
I-N	10	10	10	10	10	40
I-D	10	10	10	10	10	40
I-B	10	10	10	10	10	40
I-P	10	10	10	10	10	40
I-TMO	10	10	10	10	10	40
I-IFN	10	10	10	10	10	40
N	10	10	10	10	10	40
N-I	10	10	10	10	10	40
N-D	10	10	10	10	10	40
N-B	10	10	10	10	10	40
N-P	10	10	10	10	10	40
N-TMO	10	10	10	10	10	40
N-IFN	10	10	10	10	10	40
D	10	10	10	10	10	40
D-I	10	10	10	10	10	40
D-N	10	10	10	10	10	40
D-B	10	10	10	10	10	40
D-P	10	10	10	10	10	40
D-TMO	10	10	10	10	10	40
D-IFN	10	10	10	10	10	40
B	10	10	10	10	10	40
B-I	10	10	10	10	10	40
B-N	10	10	10	10	10	40
B-D	10	10	10	10	10	40
B-P	10	10	10	10	10	40
B-TMO	10	10	10	10	10	40
B-IFN	10	10	10	10	10	40
P	10	10	10	10	10	40
P-I	10	10	10	10	10	40
P-N	10	10	10	10	10	40
P-D	10	10	10	10	10	40
P-B	10	10	10	10	10	40
P-TMO	10	10	10	10	10	40
P-IFN	10	10	10	10	10	40
TMO	10	10	10	10	10	40
TMO-I	10	10	10	10	10	40
TMO-N	10	10	10	10	10	40
TMO-D	10	10	10	10	10	40
TMO-B	10	10	10	10	10	40
TMO-P	10	10	10	10	10	40
TMO-IFN	10	10	10	10	10	40
IFN	10	10	10	10	10	40
IFN-I	10	10	10	10	10	40
IFN-N	10	10	10	10	10	40
IFN-D	10	10	10	10	10	40
IFN-B	10	10	10	10	10	40
IFN-P	10	10	10	10	10	40
IFN-TMO	10	10	10	10	10	40

Resultados: Nuestro análisis incluyó 862 pacientes con LMC en 1º FC tratados con ITKs en 1ª línea o después de interferón alfa. Datos demo-

gráficos: 517 H, 345 M, mediana de edad: 52 años (14-94a). Distribución del Índice Sokal (bajo 49% Inter 38% Alto 13%), Índice EURO (bajo 50% Inter 45% Alto 5%), Índice EUTOS (bajo 93% Alto 7%), Índice LT-EUTOS (bajo 68 % Inter 25% Alto 7%). Esquemas de tratamiento: la Tabla 1 resume todos los esquemas utilizados y la última respuesta molecular. Los pacientes se dividieron en 4 grupos según el tratamiento con ITKs. Grupo 1: solo tratados con Imatinib 394 p (45,7%) Grupo 2: Imatinib y luego 2ºGITKs debido a intolerancia o fallo 170 p (19,7%) (12 esquemas de tratamiento secuenciales diferentes con ITKs) Grupo 3: 2ºGITKs en 1ª línea 91 p (13 esquemas secuenciales) (10,5%) Grupo 4: Interferón alfa y luego ITKs 207 p (24%) (9 esquemas secuenciales). La Figura 1 resume la evolución de diferentes tratamientos alrededor de los 14 años. Última respuesta molecular profunda: con una mediana de seguimiento de 82 meses (1-351 m) desde el diagnóstico, 77 m (1-311 m) desde el primer tratamiento y 70 m (1-191 m) desde el primer tratamiento con ITK. Las tasas de respuesta molecular profunda para cada grupo fueron (G1: DMR 65% MMR 13% No MMR 15%, G2: DMR 46% MMR 24% No MMR 17%, G3: DMR 62% MMR 13% No MMR 12%, G4: DMR 53% MMR 17% No MMR 18%). Supervivencia a largo plazo (SLP o SG): no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos de tratamiento, ya sea desde el diagnóstico, el primer tratamiento o el primer ITK. Alcanzar una respuesta profunda garantiza mejores resultados. Variables predictivas de respuesta: los índices SOKAL, EUTOS, EURO y LT-EUTOS continúan siendo útiles para predecir el resultado a largo plazo.

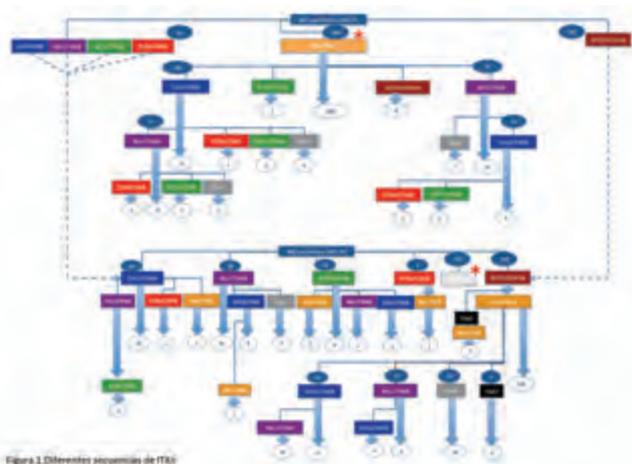


Figura 1.

Conclusiones: En el contexto de un registro multicéntrico basado en hospitales, el tratamiento con ITKs es muy variable, con un gran número de secuencias diferentes de ITKs. Con una mediana de seguimiento de 7 años la tasa de respuesta molecular profunda es aproximadamente del 60% en pacientes tratados con imatinib y que no necesitan cambio de ITKs, y en aquellos tratados en 1º línea con 2ºGITKs(a pesar de su corto seguimiento), pero parece menor en pacientes tratados con imatinib que necesitan cambiar a 2ºGITKs. Los resultados de supervivencia fueron similares para todos los grupos.

PC-232

VALOR PRONÓSTICO DE LAS CITOPENIAS EN PACIENTES CON POLICITEMIA VERA (PV) TRATADOS CON HIDROXIUREA (HU)

Bataller A.¹, Alvarez-Larrán A.¹, Gómez M.², Oliver A.¹, Pastor I.², Hernández-Boluda J.C.², Cervantes F.¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, ²Hospital Clínico Universitario de Valencia

Introducción: En los pacientes con PV el desarrollo de citopenias a la dosis mínima de HU para mantener la respuesta se ha asociado a una disminución de la supervivencia y a un incremento del riesgo de transformación a leucemia aguda (LA) y mielofibrosis (MF). El objetivo del presente estudio fue analizar el valor pronóstico de los diferentes tipos de citopenia.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron pacientes con PV diagnosticados entre octubre de 1975 y marzo de 2018 que recibieron tratamiento con