

X JORNADAS DE INVESTIGACIÓN PARA RESIDENTES

NOVIEMBRE 2020



INTRODUCCIÓN

Las Jornadas de Investigación surgieron como una necesidad dentro del Hospital Ramón y Cajal de fomentar no sólo la adquisición de conocimiento durante el período de formación sanitaria especializada si no también la generación del mismo. Consideramos que la investigación es uno de los pilares fundamentales en la formación médica, junto a la asistencia y la docencia, y que por tanto debe estar presente durante la especialización.

Son ya diez años en los que esta jornada se ha convertido en un evento de gran relevancia para todos los residentes y tutores del hospital, dando la oportunidad a todos ellos de compartir los resultados de los proyectos de investigación que han llevado a cabo en los diferentes servicios.

Esta vez las jornadas se han transformado, se han hecho digitales para adaptarse a los tiempos, pero no por ello han perdido calidad, sino todo lo contrario, han mejorado y se han hecho más accesibles a todos, gracias a la colaboración entre la Unidad de Docencia del **Hospital Universitario Ramón y Cajal**, **MSD** y el **IRYCIS**.

La convocatoria se abrió el 30 de noviembre de 2020. Los participantes tuvieron que presentar resúmenes de trabajos aceptados en congresos nacionales o internacionales del último año. Participaron un total de 44 comunicaciones, de las cuales se seleccionaron 12 finalistas y se distinguieron 3 trabajos.

Los premios consisten en:

- Una dotación en metálico gestionada por la FIBIO-HRC y que implica la creación por parte de los ganadores de una presentación para un curso online acreditado, que será difundido por MSD.
- Apoyo formativo a los premiados para actividades directamente relacionadas con el desarrollo de su formación investigadora, inscripciones a cursos, asistencia a congresos y servicios de traducción de publicaciones científicas, entre otros.

Este es el primer año que publicamos y difundimos todos los trabajos presentados, para aumentar nuestro reconocimiento a los involucrados y para dejar conocer fuera del hospital el potencial investigador de los residentes.

Sólo con una investigación potente y de calidad se pueden implementar mejoras posteriores en la asistencia, que es el fin último del personal sanitario, el Hospital y el Instituto de Investigación Sanitaria IRYCIS: mejorar la Salud de nuestros pacientes.

Agradecemos a MSD su colaboración, a todo el IRYCIS, en especial a su Directora Científica Laura García Bermejo y el Comité de Investigación por su gran compromiso y dedicación.

TRABAJOS PREMIADOS

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

LA DISMINUCIÓN DE LA EXPRESIÓN DE LA QUINASA LIGADA A LA INTEGRINA (ILK) ESTÁ RELACIONADA CON EL DESARROLLO DE LA CALCIFICACIÓN VALVULAR EN LA ESTENOSIS AORTICA

INMUNOLOGÍA

¿ES EL GENOTIPO DEL HLA DE CLASE-I DETERMINANTE EN LA RESPUESTA CLÍNICA A LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2?

NEFROLOGÍA

VARIACIONES EN EL VOLUMEN SANGUÍNEO ABSOLUTO Y RELLENO VASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: ¿QUÉ PAPEL JUEGA LA TEMPERATURA DEL BAÑO?

TRABAJOS FINALISTAS

BIOQUÍMICA

EL METANO EN EL DIAGNÓSTICO DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO E INTOLERANCIA A LA LACTOSA Y FRUCTOSA

HEMATOLOGÍA

CHARACTERIZATION OF PHENOTYPIC MARKERS AS PREDICTORS OF RELAPSE DURING TREATMENT-FREE REMISSION IN PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA

SUPERVIVENCIA TRAS EL TRASPLANTE ALOGÉNICO EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRETRASPLANTE Y LA INTENSIDAD DEL ACONDICIONAMIENTO EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

MEDICINA INTERNA

FAECAL CALPROTECTIN COULD HELP TO DISTINGUISH CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION FROM C. DIFFICILE COLONIZATION

MEDICINA NUCLEAR

VALUE OF FDG-PET IN EARLY AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FRONTOTEMPORAL DEMENTIA

MICROBIOLOGÍA

ALTA PREVALENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE CAUSANTE DE BACTERIEMIA DE ORIGEN URINARIO ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL PROYECTO ITUBRAS-2

COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS DE QUIMILUMINISCENCIA PARA DETERMINAR ANTICUERPOS DE TIPO IGG FRENTE A SARS-COV-2 EN PROFESIONALES SANITARIOS

CAMBIO EN LA EPIDEMIOLOGÍA Y EMERGENCIA DEL SEROGRUPO W EN INFECCIONES POR NEISSERIA MENINGITIDIS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN MADRID

UROLOGÍA

¿ES EL NUEVO ÍNDICE NEFROMÉTRICO SPARE UN BUEN PREDICTOR DE COMPLICACIONES TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL (NP)?

AUTORES

Bueno Sacristán, Diego
Caniego Casas, Tamara
Sánchez Martínez, M^a
Concepción
Saavedra Serrano, Cristina
Palacios Calvo, José
Pérez Mies, Belén

PRESENTADO EN

32nd Congress of the ESP and
XXXIII International Congress
of the IAP (Glasgow) 2020: A
Vision for the Future. 7 de
diciembre 2020

CONTACTO

Diego Bueno Sacristán
Residente de 2º año del
Servicio de Anatomía
Patológica
Tlf: 658196995
dibusacristan@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El carcinoma pilomatricial es la variante maligna del pilomatricoma, un tumor de los anejos cutáneos originado de las células de la matriz pilosa. Mutaciones en CTNNB1, el gen codificante de beta-catenina, han sido descritas en ambas entidades. Sin embargo, otras alteraciones moleculares siguen siendo desconocidas.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se presentan las características morfológicas, inmunohistoquímicas y moleculares de un carcinoma pilomatricial de clítoris con múltiples metástasis a distancia en una mujer de 53 años. Se trata del tercer caso descrito en la literatura localizado en el área genital externa. Se lleva a cabo un doble abordaje molecular mediante Next Generation Sequencing (NGS) del tumor a través de un panel externo de más de 300 genes (Foundation One) y un panel propio personalizado en el que se incluyen 59 de los genes habitualmente involucrados en neoplasias ginecológicas. Además, algunos de los datos obtenidos son confirmados mediante secuenciación Sanger

RESULTADOS

El tumor estaba compuesto por una proliferación epitelial neoplásica intensamente atípica y áreas de queratinización abrupta en la que se podían observar, de forma salpicada, las denominadas "células fantasma". El estudio inmunohistoquímico mostraba negatividad para p16 y p53, excluyendo la posibilidad de que se tratase de un carcinoma escamoso relacionado o no relacionado con VPH, respectivamente. La tinción para beta-catenina mostraba positividad nuclear y citoplasmática, sugiriendo la posibilidad de una mutación en CTNNB1. Dicha alteración fue confirmada por ambos paneles de NGS, además de por métodos de secuenciación Sanger, evidenciando la mutación S37F del gen de la beta-catenina. A sí mismo, el estudio molecular dio a conocer mutaciones en ARID1A, PTEN y PIK3CA, entre otros. La alteración funcional de ARID1A fue confirmada posteriormente mediante técnicas inmunohistoquímicas.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

En este estudio se describe el tercer caso conocido de carcinoma pilomatricial del área genital, siendo el primero en presentar un curso clínico agresivo. Hasta donde sabemos, nunca antes se había realizado un estudio molecular extenso mediante NGS de esta entidad en el que, además de confirmarse la mutación característica en CTNNB1, se demostraron otras mutaciones patogénicas desconocidas hasta la fecha. Dichas alteraciones moleculares podrían explicar no solo el curso letal en nuestra paciente, sino también el motivo de la transformación maligna de un pilomatricoma en un carcinoma pilomatricial.

AUTORES

Carretero del Barrio, Irene
Caniego Casas, Tamara
Moreno Moreno, Esther
González García, Irene
Saiz González, Ana
Palacios Calvo, José

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El carcinoma urotelial con diferenciación glandular divergente es una variante reconocida de carcinoma urotelial. No existe evidencia clara sobre el significado clínico de esta neoplasia, aunque algunos estudios la asocian con un peor pronóstico. Hay estudios sobre el inmunofenotipo de tumores con diferenciación divergente, aunque hasta la fecha no existen publicaciones sobre los posibles diferentes perfiles genómicos de los componentes urotelial y glandular.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un carcinoma urotelial papilar de alto grado con diferenciación glandular divergente sobre el que realizamos análisis inmunohistoquímico y molecular de las dos áreas. Para el estudio molecular, ambos componentes fueron secuenciados con técnicas de secuenciación de alto rendimiento (NGS), utilizando un panel personalizado de 59 genes

RESULTADOS

El componente de carcinoma urotelial papilar de alto grado resulto positivo frente a GATA3, p63 y CK7. Las áreas glandulares únicamente resultaron positivas frente a CDX2 y CK20. Ambos componentes compartían las mismas mutaciones en FGFR2, CDH19, KMT2C, MKI67 y PMS2. El componente glandular presentó mutaciones adicionales en TP53, ARID1B, ARID5B, CDH19, CTNNB1 y PMS2. El análisis inmunohistoquímico mostró pérdida de expresión de p53 (patrón "null" mutado) únicamente en el área glandular, confirmando el resultado de la NGS.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

El análisis molecular, mostrando las mismas mutaciones en ambos componentes y la adquisición de nuevas mutaciones en el componente glandular, sugiere un origen clonal común. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que reporta este hallazgo

AUTORES

García Abellás, P.
Navarro Cantero, A.
Ferrer Gómez, A.
Carretero del Barrio, I.
Garrido Ruiz, M.
Carrillo Gijón, R.

PRESENTADO EN

Congreso: XLIII Reunión anual
de la SEAP-IAP: Madrid 6-7
febrero 2020. Madrid, España

CONTACTO

Patricia García Abellás
Tlf: 662253031
patriciagabellas@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los nevus melanocíticos congénitos pueden presentar asociadas lesiones melanocíticas secundarias como un nódulo proliferativo o un melanoma maligno. En ocasiones, es difícil el diagnóstico basándonos exclusivamente en la clínica o la histología. En un alto porcentaje de melanomas se han identificado alteraciones cromosómicas por técnicas de hibridación genómica comparada (HGC), frente al escaso número que presentan los nevus melanocíticos. De este modo, la HGC podría constituir una herramienta en el correcto diagnóstico de los nódulos proliferativos atípicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos a una adolescente de 15 años en seguimiento en Dermatología por un nevus congénito en el abdomen. A la exploración, no se identifican signos de malignidad. Se plantea a la paciente su extirpación.

RESULTADOS

Se recibe un elipse cutánea que presenta en superficie una lesión pigmentada, bien delimitada, sobrelevada, de 3x1,9cm. Histológicamente se observa una lesión melanocítica, con componente intraepidérmico e intradérmico, con doble población celular. Una primera población de melanocitos de pequeño tamaño, sin atipia, distribuidos de manera difusa en dermis papilar y reticular. A nivel más profundo, en la zona central de la lesión, se identifica un nódulo bien circunscrito, constituido por otras células, que conforman tecas, de citoplasma amplio y núcleos elongados, algunos de ellos con nucléolo prominente. No se reconocen figuras de mitosis o necrosis. Con el objetivo de descartar un melanoma, se envía material para estudio de HGC a otro centro, identificándose la ganancia de 6q11.1 y mutación somática de BRAF V600E.

Con estos hallazgos se efectuó el diagnóstico nevus combinado de nevus congénito y nevus penetrante profundo.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los nevus melanocíticos congénitos pueden asociarse a nódulos proliferativos que pueden plantear el diagnóstico diferencial con un melanoma. Cuando la clínica y la histología no resultan concluyentes en la literatura se plantea la HGC como una herramienta diagnóstica. En más de un 95% de los melanomas se han encontrado alteraciones cromosómicas con esta técnica y también alteraciones comunes en nódulos proliferativos asociados a nevus congénitos, ausentes en casos de nevus congénitos convencionales. En nuestro caso, describimos el papel de HGC para apoyar la naturaleza benigna de un nódulo proliferativo sobre un nevus congénito en una adolescente de 15 años. La HGC no detectó alteraciones genéticas importantes salvo la ganancia de 6q11.1 y la mutación en BRAF V600E.

AUTORES

Ferrer Gómez, Ana
Núñez-Torrón, Claudia
Palacios, José
López, Javier
Piris Villaespesa, Miguel
García-Cosío, Mónica

PRESENTADO EN

32nd Congress of European
Society of Pathology, 6 de
diciembre 2019

CONTACTO

Ana Ferrer Gómez
Tlf: 651300123
ana.ferrer@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La linfocitosis hemofagocítica secundaria (LHH) se caracteriza por una hiperactivación del sistema inmune que conduce a un daño multiorgánico. Se ha sugerido que el exceso de respuesta inmune en algunos pacientes COVID-19 podría simular este síndrome. Para estudiar la probabilidad de sufrir LHH se emplea la escala HScore, que consta de 9 parámetros, 3 de los cuales son clínicos, 5 son analíticos y uno es patológico. Este último parámetro es la presencia de hemofagocitosis en biopsia o aspirado de médula ósea. Algunos estudios de autopsia en pacientes con COVID-19 han revelado la presencia de imágenes de hemofagocitosis en médula ósea, planteando la posibilidad de que pudieran sufrir LHH.

Nuestro objetivo es comprobar la prevalencia de LHH en pacientes graves con COVID-19.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos los hallazgos histológicos de 16 autopsias de pacientes con COVID-19 centrándonos en la presencia de hemofagocitosis en la médula ósea obtenida en el estudio necrópsico. Se utilizaron tinciones inmunohistoquímicas de CD68 para resaltar los histiocitos y las imágenes de hemofagocitosis.

Se calculó el porcentaje de histiocitos para la valoración de la hiperplasia. La hiperplasia de histiocitos con hemofagocitosis (HHH) fue evaluada según el método de Suster et al., clasificando los casos en HHH severa (más de tres imágenes de hemofagocitosis por campo de gran aumento), HHH moderada (de una a tres imágenes de hemofagocitosis por campo de gran aumento) y HHH leve (imágenes de hemofagocitosis ocasionales). Integramos estos hallazgos con el resto de parámetros del HScore, que se recogieron de las historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS

Once pacientes (68,7%) presentaron HHH moderada en médula ósea, tres pacientes (18,7%) presentaron HHH severa y dos (12,5%) presentaron HHH leve. Comparando estos datos con los resultados del HScore, no se encontró que los pacientes con mayor número de imágenes de hemofagocitosis tuvieran una mayor probabilidad de sufrir LHH. Respecto al resto de parámetros del HScore, se recogieron en su totalidad en 10 pacientes (62,5%). Entre los pacientes en los que todos los parámetros fueron evaluables, 8 pacientes (80%) tenían un HScore > 169, lo que equivale a una alta probabilidad de sufrir LHH. No se sospechó clínicamente LHH en ningún caso.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Nuestros resultados apoyan la recomendación de algunos autores de utilizar el HScore en pacientes con COVID-19 grave para identificar a aquellos que podrían beneficiarse de las terapias inmunosupresoras. La presencia de hemofagocitosis en tejido de la médula ósea, a pesar de no ser un hallazgo específico, ha demostrado ser una herramienta de gran utilidad en nuestro estudio para identificar a estos pacientes.

AUTORES

Ferrer Gómez, Ana
Moreno Moreno, Esther
García Abellás, Patricia
Pian Arias, Héctor
Ruz Caracuel, Ignacio

PRESENTADO EN

Reunión Anual de Anatomía
Patológica. 6 de febrero de
2020

CONTACTO

Ana Ferrer Gómez
Tlf: 651300123
ana.ferrer@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El bocio amiloide es una entidad benigna poco frecuente que se caracteriza por el aumento brusco de tamaño de la glándula, condicionado por el depósito de amiloide en el parénquima tiroideo. Este aumento de tamaño, que se produce en el espacio de meses, puede producir en el paciente síntomas como disnea, disfagia o disfonía. La presencia de material amiloide en la glándula tiroidea se asocia a varios contextos diferentes. Puede observarse su depósito en el interior de tumores como el carcinoma medular. O bien puede observarse una distribución difusa debida a una amiloidosis primaria o a una amiloidosis secundaria a enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la tuberculosis entre otras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos tres casos de pacientes diagnosticados de bocio amiloide en nuestro centro entre 2004 y 2019, revisando la historia clínica y las características anatomopatológicas de cada uno.

RESULTADOS

Los tres casos estudiados correspondían a dos varones y una mujer con edades comprendidas entre 34 y 57 años, que consultaron por aumento de tamaño cervical, que condicionaba, en dos de los casos, disfagia y disnea. Los tres pacientes se encontraban eutiroides y presentaban enfermedades crónicas en seguimiento (enfermedad de Crohn, artritis reumatoide e insuficiencia renal crónica). En dos de los casos se sospechó una lipomatosis tiroidea por la imagen radiológica. El tratamiento en los tres casos fue de tiroidectomía total. Todos los casos mostraron una histopatología similar, que consistía en la presencia de material eosinófilo, amorfo y acelular, que se teñía con la técnica de Rojo Congo. En dos de los casos se observaba además pérdida de la arquitectura por una infiltración difusa de tejido adiposo maduro sin atipia. En ningún caso había evidencia de un carcinoma medular. Los tres casos presentaban intensa inmunotinción para la proteína amiloidea AA.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Hablamos de una entidad poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con bocio, sobre todo en aquellos que presentan enfermedades crónicas de base. A nivel histopatológico, el diagnóstico diferencial más importante es con un carcinoma medular con un estroma rico en amiloide.

AUTORES

Ferrer Gómez, Ana
García Abellás, Patricia
Caniego Casas, Tamara
Pian Arias, Héctor
Ruz Caracuel, Ignacio
Palacios, José

PRESENTADO EN

32nd Congress of European
Society of Pathology. 6 de
diciembre de 2020

CONTACTO

Ana Ferrer Gómez
Tlf: 651300123
ana.ferrer@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años se ha demostrado que el carcinoma adrenocortical puede ser una entidad heterogénea tanto morfológicamente como para estudios inmunohistoquímicos y moleculares.

El objetivo es exponer un caso de carcinoma adrenocortical con heterogeneidad morfológica, inmunohistoquímica y molecular con relevancia diagnóstica y pronóstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 47 años diagnosticado mediante biopsia y pieza quirúrgica de carcinoma adrenocortical con metástasis hepáticas. La existencia de dos áreas entremezcladas tanto macroscópica como histológicamente fue notoria. Estudiamos ambas áreas por inmunohistoquímica y técnicas moleculares (NGS, técnica de secuenciación masiva de un panel custom de 59 genes utilizando tecnología de IonTorrent).

RESULTADOS

El estudio macroscópico del tumor mostró un aspecto heterogéneo, distinguiendo dos áreas entremezcladas. El área amarillenta correspondió a una proliferación de celularidad de características oncocíticas. El índice de proliferación (Ki67) fue del 3%. No se observó sobreexpresión de p53 ni pérdida de proteínas reparadoras. El área blanquecina correspondió a una proliferación de alto grado, con celularidad atípica y grandes núcleos hipercromáticos. El índice de proliferación (Ki67) fue del 15%. Se objetivó sobreexpresión de p53, además de pérdida de MSH2 y MSH6. Se realizaron técnicas de secuenciación masiva (NGS) tanto en ambas áreas tumorales como en tejido normal. Se identificaron mutaciones somáticas en TP53 y MSH2 en el área de alto grado.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La progresión a alto grado de esta neoplasia se ha relacionado con mutaciones somáticas de TP53, que es el gen más frecuentemente mutado en el carcinoma adrenocortical, y MSH2. Menos del 10% de los carcinomas adrenocorticales están relacionados con inestabilidad de microsatélites. Las mutaciones de los genes que codifican para las proteínas reparadoras no se han descrito como marcadores de peor pronóstico. Un porcentaje alto de los carcinomas adrenocorticales muestran heterogeneidad morfológica y molecular. Esto debe tenerse en cuenta para realizar un muestreo correcto del espécimen e identificar áreas de alto grado.

AUTORES

Fresco Merino, María
Rodríguez Torres, Argeme
Mora Pimentel, Daniel
Martín Jusdado, Fuencisla
Arribas Gómez, Ignacio

PRESENTADO EN

Congreso de Laboratorio
Clínico. Noviembre de 2020



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los test de aliento se utilizan para diagnosticar intolerancias y sobrecrecimiento bacteriano (SBC), entre otras patologías. Tras administrar determinados sustratos, se realizan mediciones sucesivas en aire exhalado para detectar incrementos de la producción de gases (H_2 , CH_4) resultado de la fermentación por la flora bacteriana. Tras la administración de lactosa y fructosa, en individuos sanos no se detecta aumento de gases, ya que se absorben en intestino delgado (test negativo). Si el sustrato llega al colon (90-120 min), sufre fermentación, los gases aumentarán (test positivo). En el test de SBC se administra lactitol, que no se absorbe en intestino delgado, llegando intacto al colon en individuos sanos para ser fermentado (120min). Cuando existe SBC, el incremento de gases en aire espirado se produce a los 30-60min, denotando colonización bacteriana en partes altas del tubo digestivo (test positivo). Hay casos en los que existe flora metanogénica sola o en combinación con flora productora de H_2 , lo que puede dar lugar a errores diagnósticos si solo se mide H_2 . Utilidad de incorporar un medidor de CH_4 para el diagnóstico de intolerancias y SBC.

MATERIALES Y MÉTODOS

Valorar los parámetros H_2 , CH_4 (aire espirado), glucemia y síntomas digestivos tras la administración de sustratos, en una cohorte de 374 pacientes (07/06/2019–14/03/2020). Se realiza control de síntomas y determinaciones de glucosa (dextrostix), H_2 y CH_4 (Gastrolyzer GastroCHECK) cada 30min, hasta 180min. En SBC, no es necesario determinar la glucemia ya que no se absorbe el sustrato.

RESULTADOS

De los 374 pacientes, en 46 no hubo incremento de H_2 , siendo diagnosticados mediante medición de CH_4 :

- SBC a 25 pacientes con H_2 negativo.
 - 10 pacientes a Aumento de CH_4 tras 60min. Test positivo.
 - 6 pacientes a Aumento de CH_4 tras 120min. Test negativo.
 - 9 pacientes a no hubo aumento de H_2 ni CH_4 tras 180min. La prueba continuó ante sospecha de tránsito retardado, incrementándose el CH_4 a los 210min. El diagnóstico final fue tránsito retardado con SBC negativo.
- Intolerancia a la lactosa a 11 pacientes con H_2 negativo
 - 5 pacientes a Aumento de CH_4 tras 120 min. Test positivo.
 - 6 pacientes a Aumento de CH_4 tras 180 min sin incremento de glucosa >25 mg/dL. Test positivo con tránsito retardado.
- Intolerancia a la fructosa: 10 pacientes se informaron como positivos a pesar de no haber incremento de H_2 , ya que el CH_4 sí subió tras 120min. Test positivo.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Hasta junio de 2019 no disponíamos de medidor de CH₄ quedando sin diagnosticar un 12% de las pruebas realizadas por ser posibles productores de metano. Sin medidor de CH₄, en algunas ocasiones se hubiera dado por finalizado el test a los 180min si no se producía elevación de H₂ o se hubiera diagnosticado como posible productor de CH₄ si iba acompañado de sintomatología digestiva y un incremento de glucosa <25mg/dL. De los 374 pacientes a los que se les realizó la prueba, pudieron informarse el 100%, como se puede ver en los resultados, por lo que la incorporación del medidor de metano es útil en el diagnóstico de intolerancias y SBC.

AUTORES

Castro, Mercedes
López-Menéndez, José
Sánchez-Esteban, Sandra
Hernández, Ignacio
Zaragoza, Carlos
Saura, Marta



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La quinasa ligada a integrina endotelial (ILK) juega un papel crucial en la transducción de señales de fuerzas hemodinámicas al interior celular. Analizamos su posible implicación en el desarrollo de calcificación de la válvula aórtica (VAo).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estableció una relación entre la expresión de ILK endotelial, los niveles de BMP-2 y la aparición de depósitos cálcicos. Se analizó la expresión de mRNA de ILK mediante RT-qPCR, y su expresión proteica mediante western blot e inmunohistoquímica.

RESULTADOS

Se obtuvieron VAo de 26 pacientes (84,62% varones, edad media 64,99 años, degenerativas calcificadas 69,23%).

Mediante tinción Rojo Alizarin y Von Kossa un 19,23% estaban libres de calcio, 26,92% calcificaciones microscópicas y 53,84% calcificaciones macroscópicas en mayor o menor medida.

Se observó disminución progresiva de expresión de ILK tanto a nivel de mRNA como de niveles proteicos según avanzaba el grado de calcificación. Además, la ruta de la proteína morfogénica ósea-2 (BMP-2) se encontró elevada en las muestras valvulares calcificadas, con una relación inversa estadísticamente significativa entre los niveles de BMP-2 e ILK. Se encontró disminución de expresión de otros marcadores celulares típicos del endotelio.

No observamos relación entre los niveles de ILK y BMP2 con factores de riesgo cardiovasculares (Edad, HTA, DL, DM, Sexo, tabaquismo).

La disminución de la ILK parece no encontrarse en relación con la enfermedad arterial periférica.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La disminución de la expresión de ILK endotelial juega un papel crucial en la calcificación valvular mediante la activación de un proceso de transdiferenciación a tejido con capacidad osteogénica.

AUTORES

Castro, Mercedes
López-Menéndez, José
Fajardo, Edmundo
Martín, Martín
Miguelena, Javier
Rodríguez Roda, Jorge

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mortalidad postoperatoria de la cirugía tricuspídea (QxVT) es elevada, sin embargo, se desconoce si la alta mortalidad es debida al retraso en la indicación quirúrgica.

El auge de las técnicas intervencionistas sobre la válvula tricúspide obliga a analizar los resultados de la cirugía tricuspídea (QxVT), con escasos estudios analizando su evolución a largo plazo.

Objetivos: Analizar evolución clínica a largo plazo de la población intervenida de QxVT y los factores que influyen en la supervivencia hospitalaria y a largo plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de QxVT desde el 2012. Se analizaron factores que influyen en la supervivencia precoz mediante tablas de contingencia. Se analizó la supervivencia tardía con el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Fueron intervenidos 79 pacientes, 63,29% mujeres, edad media 67,82 años (DE 10,56). El 67,11% se encontraban en clase funcional III-IV de la NYHA, hipertensión pulmonar al menos moderada el 70,89% y cirugías cardiacas previas el 44,3%.

Se realizaron 33 anuloplastias y 43 recambios por prótesis (65,11% biológicas). La mortalidad hospitalaria fue 8,86%.

Se realizó seguimiento completo del 92,40%, con media de seguimiento de 33,70 meses. Al último seguimiento, el 70,77% se encontraban en clase funcional I-II NYHA.

Tras el alta hospitalaria, la supervivencia fue del 84,96% al año, 79,10% a dos años, 76,51% a tres años y 67,33% a cuatro años.

Los factores más influyentes en mortalidad hospitalaria fueron la clase funcional III/IV (0%vs13,73% p Fisher=0,08) y la anemia (5%vs20% p Fisher <0,06).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La clase funcional preoperatoria y la anemia son factores determinantes en la supervivencia en el postoperatorio inmediato. La supervivencia tardía y mejoría de clase funcional tras QxVT son satisfactorias.

La clase funcional y la anemia perioperatorias son factores determinantes en la supervivencia en el postoperatorio inmediato. La supervivencia tardía y mejoría de clase funcional tras QxVT son satisfactorias. Las escalas de riesgo EuroScore I y II tienen baja capacidad predictiva para estimar el riesgo de la intervención.

AUTORES

Juez Sáez, Luz Divina
Arranz Jiménez, Raquel
Vaello Jodrá, Victor
García Angarita, Luis
Cabañas Montero, Jacobo
Gómez Ramírez, Joaquín

PRESENTADO EN

33 Congreso Nacional Virtual
de Cirugía. 11 - 14 de
noviembre de 2020.

CONTACTO

Luz Divina Juez Sáez
Tlf: 617778604
luz.juez@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente, la cirugía es una de las pocas herramientas terapéuticas que disponemos en el cáncer medular de tiroides. La ecografía prequirúrgica, como forma de estadificación ganglionar cervical, posee elevados falsos negativos. El valor de calcitonina preoperatoria es un conocido marcador de extensión de la enfermedad. Varios estudios han intentado establecer un nivel de calcitonina prequirúrgico a partir del cual realizar linfadenectomías profilácticas; algunas de ellas recomiendan valores superiores a 200 pg/ml como punto de corte para realizar una disección ganglionar lateral profiláctica, al menos ipsilateral al tumor.

El objetivo de nuestro estudio ha sido comprobar si existe la misma correlación entre el valor de calcitonina prequirúrgica y la afectación ganglionar recomendada en las diferentes guías como punto de corte para realizar una linfadenectomía profiláctica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico en dos centros y con reclutamiento consecutivo de marzo 2002 a mayo 2020. Los criterios de inclusión han sido: diagnóstico anatomopatológico de cáncer medular de tiroides, mayores de 18 años, valores prequirúrgicos de calcitonina documentados y seguimiento posterior. Se han recogido variables sociodemográficas (edad, sexo y carácter hereditario de la neoplasia); características del procedimiento quirúrgico (tipo de cirugía y extensión de la linfadenectomía); características anatomopatológicas del tumor (tamaño, número de ganglios totales y afectos); tratamiento posterior y seguimiento. Además, se han recogido valores prequirúrgicos de calcitonina y CEA, así como tras 6 meses de la intervención.

RESULTADOS

Un total de 40 pacientes han sido analizados. La media de edad ha sido $57,6 \pm 16$ años con una predominancia de sexo femenino (75%). La mediana de calcitonina prequirúrgica ha sido 541 pg/ml (187-1329) y CEA 28 (6-72). Se evidenció afectación ganglionar prequirúrgica en el 28% (11 pacientes) de los casos. Al comparar ambos grupos (N0 vs N+), se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el valor de calcitonina prequirúrgica ($p=0,003$), tipo de cirugía ($p=0,015$), tamaño tumoral ($p=0,006$), calcitonina a los 6 meses ($p=0,001$), CEA 6 meses ($p=0,021$) y éxitus en el seguimiento ($p=0,047$).

El porcentaje de afectación ganglionar según los valores de calcitonina ha sido: <300pg/ml 0%, 300-499pg/ml 25%, 500-999pg/ml 44% y >1000pg/ml 67%.

En el análisis de las curvas ROC, la mejor área bajo la curva ha correspondido al valor prequirúrgico de calcitonina (0,853; IC95% 0,74-0,97); superior al logrado en el tamaño tumoral (0,746; IC95% 0,56-0,93) y CEA prequirúrgico (0,637; IC95% 0,44-0,84). En la relación entre calcitonina prequirúrgica y afectación ganglionar posterior, el valor de 386pg/ml ha mostrado una sensibilidad de 100% y especificidad 54%.

En el modelo de regresión logística, el valor de calcitonina prequirúrgica ha resultado el único factor pronóstico de afectación ganglionar (OR 1,001 IC95% (1,001-1,002)).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

El valor de calcitonina prequirúrgico puede ser un buen predictor de afectación ganglionar, pero al contrario de lo descrito en la literatura y recomendado en las diferentes guías, en nuestra serie, el nivel de calcitonina a partir del cual podemos recomendar realizar una disección ganglionar profiláctica sería 386 pg/ml, con una S del 100% y una E del 54%.

**Como resultado de esta comunicación se ha iniciado un estudio multicéntrico liderado por el Hospital Ramón y Cajal y en él participan 28 centros españoles.*

AUTORES

Martínez Barrios, Hilario
Pérez Menéndez, Covadonga
Esteban Cartelle, Beatriz
Pintor Recuenco, Rosario
Rodríguez Marín, Marina
Álvarez Díaz, A.

PRESENTADO EN

65 congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. 20-22 de octubre de 2020.

CONTACTO

Hilario Martínez Barrios
hilario.martinez@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Objetivo: Adaptar la actividad del área de elaboración de fórmulas estériles durante la pandemia por SARS-COV-2 para dar respuesta a las nuevas necesidades del hospital.

Mejoras esperadas:

- Reducción de la carga de trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).
- Incremento de la seguridad del paciente y del personal sanitario.
- Optimización y mayor control sobre el stock de fármacos de uso habitual en UCI para garantizar la equidad en el suministro a todos los hospitales durante la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

- Identificar las necesidades de las UCI con respecto a las mezclas intravenosas (MIV), excluyendo las nutriciones parenterales individualizadas y citotóxicos.
- Redactar los correspondientes procedimientos normalizados de trabajo (PNT) de las nuevas fórmulas magistrales.
- Reorganizar la carga de trabajo y los recursos humanos del área (RRHH) para adaptarse a la nueva situación.

Circuito y etapas

- Creación de un grupo de trabajo formado por representantes del Servicio de Farmacia (facultativos y residentes de las áreas de farmacotecnia y gestión, Supervisor y Jefa de Servicio) y de las UCI (Supervisor y Jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación).
- Búsqueda bibliográfica (Stabilis, Micromedex o el Grupo de Trabajo de Farmacotecnia de la SEFH, entre otras fuentes) para actualizar e introducir nuevos PNT.
- Redefinición del circuito de elaboración, almacenamiento y dispensación de las MIV, promoviendo en el proceso una comunicación horizontal entre todos los profesionales involucrados (farmacéuticos, enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y técnicos auxiliares de farmacia).
- Optimización de los stocks en los Sistemas Automatizados de Dispensación (Pyxis®) de las Unidades de Enfermería involucradas.
- Análisis de los datos.

Implantación

- Se inició en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2 el 16/03/2020. Se beneficiaron del proyecto cinco unidades de críticos, que en el pico de la pandemia (31/03/2020) albergaban 97 pacientes.

RESULTADOS

- Se elaboraron desde 16/03/20 hasta 30/04/20 un total de 8.112 preparados estériles, de las cuales 5966 fueron MIV. Esto supone, en comparación con el mes y medio anterior a la pandemia, un incremento del 41,5% y 593,7%, respectivamente. Se elaboraron de Stock cuatro nuevas MIV: MIV Cisatracurio 100 mg/50 ml, Propofol 2% 150 ml, Propofol 1% 200 ml y MIV Midazolam 1 mg/ml 100 ml.
- No se ha notificado ningún error asociado al uso de las MIV en las UCI.
- La centralización de la elaboración de MIV, así como la optimización de sus stocks en farmacia y en las UCI, ha contribuido al uso racional de fármacos de uso habitual en estas Unidades, manteniendo durante la pandemia las existencias necesarias de éstos.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Limitaciones

- Dificultad a la hora de establecer una comunicación plenamente fluida con las UCI debido al gran número de personal nuevo contratado y la carga de trabajo durante la pandemia.

Aplicabilidad a otros Servicios de Farmacia

- Esta transformación es aplicable a cualquier otro Servicio de Farmacia, en mayor o menor medida en función de los RRHH disponibles.

AUTORES

Muñoz García, María
Sánchez García, Elisabet
Delgado Silveira, Eva
Martínez Barros, Hilario
Mateos del Nozal, Jesús
Cruz Jentoft, Alfonso

PRESENTADO EN

Congreso Europeo de Geriátria. 7-9 de octubre de 2020.

CONTACTO

Hilario Martínez Barrios
hilario.martinez@
salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar y comparar el tratamiento empírico utilizado para la infección por COVID-19 según la edad (mayores y menores de 70 años).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en un hospital universitario de Madrid con infección por COVID-19 confirmada entre el 2 de marzo y el 25 de mayo. Todos los pacientes etiquetados como COVID-19 confirmado fueron identificados a partir de los registros médicos y el programa de prescripción. Evaluamos edad, sexo y mortalidad hospitalaria. Se registró el tratamiento farmacológico utilizado según protocolos hospitalarios. Todos estos medicamentos se usaron fuera de etiqueta, como tratamiento comparativo. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Fueron hospitalizados 2497 pacientes con COVID-19 confirmado, siendo 1238 (49,6%) de 70 años o más y 694 (27,8%) de 80 años o más. La edad media fue de 67,21 años (rango de 0-104 años). El 60,3% de los pacientes fueron hombres. La tasa de mortalidad hospitalaria global fue del 20,1%, del 32,9% en el grupo de 70 años o más y del 7,5% en menores de 70 años. Se observaron diferencias entre ambos grupos en el uso fuera de indicación de los siguientes fármacos: hidroxocloroquina (84,5% ≥ 70 años vs 88,7%, $p < 0,001$); lopinavir / ritonavir (60% frente a 75,2%, $p = 0,000$); azitromicina (44,7% frente a 55,2% $p = 0,000$); remdesivir (12,3% frente a 25,3%, $p = 0,000$). No encontramos diferencias en el uso de tocilizumab (1,6% vs 2,3%) ni bolos de corticoides (9,8% vs 7,8%). La mortalidad hospitalaria fue mayor en el grupo de mayor edad (33% vs 7,5%, $p = 0,000$), sin observarse diferencias por sexo.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Casi la mitad de los pacientes ingresados con diagnóstico de COVID-19 confirmado tenían 70 o más años. Se observaron diferencias entre ambos grupos en el uso de varios fármacos, utilizados siempre fuera de indicación.

Aunque sobran las palabras para destacar el impacto que ha supuesto a nivel social y sanitario la pandemia por SARS-COV-2, este trabajo realza la importancia de medir resultados de los tratamientos utilizados en la práctica clínica diaria independientemente del nivel de estrés al que es sometido el Sistema Sanitario, poniendo, además, el foco en una población, la mayor, que ha particularmente vulnerable.

AUTORES

Martínez Barros, H.
Fernández Fradejas, J.
Arrieta Blanco, F.
Pintor Recuenco, M.R.
Rodríguez Marín, M.
Álvarez Díaz, A.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento de la esperanza y calidad de vida repercute paralelamente en la edad de los pacientes hospitalizados y, consecuentemente, en la de los pacientes prescritos con nutrición parenteral (NP).

El objetivo es describir y comparar las características de los pacientes con NP de 65 años o más, con los pacientes adultos con NP de edad inferior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes adultos con NP entre abril-junio de 2019. Se registró: edad, sexo, servicio de hospitalización, diabetes, indicación principal y motivo de suspensión de NP y exitus a los 120 días tras su suspensión. Datos obtenidos a partir del módulo de prescripción electrónica de NP y la historia clínica del paciente.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 148 pacientes, de los cuales 86(58.1%) son mayores de 65 y 42(28.4%) mayores de 75.

	<65	65 o más
Pacientes	62(41.9%)	86(58.1%)
Varones	38(61.3%)	55(64%)
Servicio de hospitalización:		
-Cirugía general y digestiva	15(24.2%)	38(44.2%)
-Unidades de críticos	19(30.6%)	28(32.6%)
-Onco-hematología	19(30.6%)	5(5.8%)
-Otros	9(14.5%)	15(17.4%)
Diabetes	10(16.1%)	21 (24.4%)
Indicación principal NPT:		
-Cirugía mayor del aparato digestivo	6(9.7%)	18(20.9%)
-Paciente crítico	16(25.8%)	17(19.8%)
-Complicaciones posoperatorio	6(9.7%)	11(12.8%)
-Desnutrición grave	1(1.6%)	4(4.7%)
-Vómitos intratables o diarrea grave	4(1.6%)	6(3.5%)
-Mucositis	12(19.4%)	2(2.3%)
-Otras alteraciones del tracto gastrointestinal (reposo digestivo, obstrucción intestinal completa...)	17(27.4%)	28(32.6%)
Motivo de suspensión NPT:		
-Tolerancia digestiva	51(82.2%)	68(80.2%)
-Exitus	7(11.3%)	11(12.8%)
-Limitación de esfuerzo terapéutico	2(3.2%)	4(4.7%)
-Otros	2(3.2%)	2(2.3%)
Exitus a los 120 días	13(21%)	21(24.4%)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La mayoría de pacientes adultos con NP son mayores de 65 años, predominando el sexo masculino en ambos grupos. Los motivos de suspensión y la supervivencia a los 120 días son muy similares entre ambos grupos, por lo que la edad per se no debe ser un criterio para no prescribir NP.

Los pacientes geriátricos son uno de los grupos mayoritarios en los hospitales, gracias a este estudio tenemos más seguridad en lo referente a su alimentación con nutrición parenteral.

AUTORES

Martínez Barros, H.
Fernández Fradejas, J.
Arrieta Blanco, F.
Pintor Recuenco, M.R.
Rodríguez Marín, M.
Álvarez Díaz, A.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La prescripción, elaboración y dispensación de la nutrición parenteral (NP) individualizada conforma un circuito complejo que exige la coordinación de diferentes profesionales. En nuestro hospital, la prescripción es realizada por el servicio de endocrinología/nutrición que diariamente evalúa a los pacientes candidatos a recibir NP, con excepción de los fines de semana y festivos.

El objetivo es describir y analizar las devoluciones de NP individualizadas no administradas en un hospital de tercer nivel y estimar su impacto económico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todas las devoluciones de NP individualizadas durante el periodo mayo-octubre de 2019. Se registró la fecha de devolución, servicio clínico de procedencia, motivo de la devolución y su coste (se contabilizó el importe de los sueros, medicamentos y bolsas). Los datos se obtuvieron a partir del módulo de prescripción electrónica de NP individualizada.

RESULTADOS

Fueron devueltas 54 NP individualizadas (1% del total de las elaboradas), de las cuales 32 (59.3%) se devolvieron en fines de semana/festivo. Los servicios implicados fueron: cirugía general y digestivo (n=22), unidades de críticos (n=10), onco-hematología (n=10) y otros servicios (n=12). Los motivos de devolución fueron: tolerancia oral o transición a nutrición enteral (n=18), alteraciones hidroelectrolíticas (n=8), exitus (n=7), complicaciones relacionadas con el acceso vascular (n=7), limitación del esfuerzo terapéutico (n=3), suspensión por el facultativo de planta (n=4), modificación de la prescripción (n=2) y otras causas (n=5). El coste directo estimado por NP individualizada ha sido de 35.6€ (total 1922.4€).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

En todos los casos excepto en las devoluciones por complicaciones relacionadas con el acceso vascular la práctica totalidad de los casos estudiados, la elaboración de la NP individualizada se podría haber evitado.

Es importante reforzar la coordinación entre los profesionales implicados, el equipo de endocrinología/nutrición y el servicio de farmacia. Así como establecer medidas de mejora para incrementar la eficiencia del circuito de prescripción, elaboración y dispensación.

AUTORES

Rodríguez Marín, M.
Muñoz García, M.
Vicente Oliveros, N.
Delgado Silveira, E.
Rodríguez Esteban, D.
Ruigómez Saiz, A.
Álvarez Díaz, A.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Analizar los resultados de la implantación de un programa de colaboración multidisciplinar en el proceso perioperatorio del paciente crónico-quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en un hospital universitario de tercer nivel desde abril 2019 a enero de 2020.

Se incluyeron todos los pacientes con cirugía programada de prótesis de miembro inferior en tratamiento farmacológico con un anticoagulante o dos o más fármacos considerados de riesgo: antiagregantes, antihipertensivos, antidiabéticos e insulinas.

El grupo de trabajo multidisciplinar (anestelistas, farmacéuticos y traumatólogos), responsable de optimizar el proceso perioperatorio, estableció el siguiente procedimiento para garantizar el cumplimiento por parte del paciente, de las recomendaciones relativas a la medicación:

Anestesista: en la consulta de pre-anestesia elaboraba un informe con las recomendaciones del manejo de la medicación previa cirugía. Si el paciente cumplía los criterios de inclusión, generaba una alerta en la historia clínica electrónica (HCIS®).

Farmacéutico:

- 1- Recibía la alerta y establecía un plan de llamadas para recordar las recomendaciones y conciliar la medicación previa a la cirugía.
- 2- Si detectaba alguna incidencia en el seguimiento de las recomendaciones o en el tratamiento con medicamentos de riesgo, intervenía contactando con el traumatólogo, quien valoraba continuar con la cirugía programada.
- 3- Recogía la historia farmacoterapéutica actual, así como las discrepancias en HCIS®

Se recogieron las siguientes variables: número de identificación del paciente, edad y sexo, tratamiento, indicaciones del anestesista, e incidencias encontradas.

Se calculó el porcentaje de pacientes que requirió intervención respecto al total y el porcentaje de ingresos programados evitados innecesarios por no estar adecuadamente preparados para la cirugía.

RESULTADOS

El farmacéutico entrevistó a 97,4%(74) pacientes, con una mediana de edad de 76,5 (70-80) años y el 59.2%(45) fueron mujeres. Hubo dos pérdidas por actualización a última hora de la lista quirúrgica.

El farmacéutico intervino en el 22,4%(17) y evitó el ingreso programado innecesario de 3,9%(3) de los pacientes a los que posteriormente se reprogramó la cirugía.

Las causas de las intervenciones fueron: información distinta proporcionada por los profesionales sanitarios sobre el manejo de su medicación crónica (23,5%(4)), las recomendaciones recogidas en el informe del anestesista eran incompletas (23,5%(4)), los pacientes o cuidadores no siguieron las recomendaciones del anestesista (23,5%(4)), y los pacientes fueron incluidos en la lista quirúrgica sin tiempo para seguir dichas recomendaciones (29,5%(5)). Esta última fue la causa de los ingresos programados evitados.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Fue necesaria la intervención del farmacéutico en uno de cada cuatro pacientes y se evitó el ingreso programado innecesario de casi el 4% de los pacientes.

Las acciones de mejora detectadas son: la necesidad de creación de un protocolo de consenso entre profesionales acerca de la información otorgada al paciente sobre la medicación crónica previa a la cirugía y revisión del circuito de inclusión en la lista quirúrgica.

AUTORES

Luna de Abia, Alejandro
Vigón, Lorena
Galán, Miguel
López Jiménez, Fco. Javier
Coiras, María Teresa
García-Gutiérrez, Valentín

PRESENTADO EN

European Hematology
Association Congress 2020.

CONTACTO

Alejandro Luna
Tlf: 647170894
lunadeabia@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La remisión sin tratamiento (TFR) constituye uno de los hitos de la Leucemia Mielóide Crónica (LMC), pacientes que sin tratamiento se mantienen con enfermedad indetectable. El mantenimiento de la respuesta incluso en ausencia de inhibidores de tirosina-quinasa (TKI) se logra en parte resolviendo el deterioro inmunológico que induce la LMC con un inicio de apoyo con TKI y permite posteriormente el control inmunológico de la enfermedad tumoral residual.

Objetivo: Analizar el entorno inmunológico en la LMC, observando los cambios a lo largo de la enfermedad, particularmente en la fase TFR y en recaída después de la interrupción, así infiriendo qué factores inmunes predisponen al TFR.

MATERIALES Y MÉTODOS

Recolectamos 93 muestras de sangre, divididas en: grupo On-TKI (n = 45): pacientes con TKI durante al menos 9 meses. Grupo Off-TKI (n = 17), aquellos que mantienen con éxito la TFR después de la interrupción. Grupo de recaída (n = 7) tras suspensión de TKI. Grupo de nuevo diagnóstico (n = 4). Donantes sanos (n = 20). Se estudiaron los parámetros inmunológicos mediante citometría de flujo para diferenciar las subpoblaciones linfocitarias citotóxicas (NK y CD8 TCR $\alpha\beta$). Además, realizamos genotipo de HLA-E y KIR mediante qPCR.

RESULTADOS

El grupo On-TKI mostró un aumento de 8,6% en células CD56 + (NK) con respecto a los sanos. Este incremento persistió en los pacientes Off-TKI durante la TFR exitosa, pero se redujo un 9,5% en los pacientes en recaída. Esta población celular no se restauró incluso después de reanudar el TKI. Las células NK con fenotipo citotóxico CD3-CD56+CD16+ crecieron un 8.1% en pacientes Off-TKI durante TFR, en comparación con el grupo On-TKI. Este subconjunto se redujo 12% en el grupo de recaída, pero aumentó un 18,8% en los que reiniciaron el tratamiento. Poblaciones de células CD8 +TCR $\alpha\beta$ + y CD8-TCR $\alpha\beta$ + aumentaron respectivamente un 19% y 6,1% en pacientes Off-TKI en contraste con los controles sanos. Sin embargo, se encontraban disminuidas un 18% y 7,8%, respectivamente, en los pacientes en recaída. Respecto al análisis de HLA-E, el 60% de los pacientes Off-TKI fueron heterocigotos HLA-E mientras que solo el 15,4% de los pacientes en recaída eran heterocigotos, siendo este grupo en su mayoría (62%) homocigotos de genotipo HLA-E*0103/0103. Menos del 50% en el grupo Off-TKI portaba genes KIR con codificación KIR2DL2 / KIR2DL5 (inhibitorios) y KIR2DS2 / KIR2DS3 (activadores), a diferencia del 71% en pacientes que recayeron. En consecuencia, el 86% de los pacientes que recayeron mostraron KIR haplotipos B/x.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Diferencias en patrones citotóxicos pueden predecir qué pacientes se mantendrán libre de enfermedad pese a suspender el tratamiento con TKI: aumento en células NK (CD56, CD16) y TCR $\gamma\delta$, así como heterocigosidad para HLA-E y haplotipo KIR no B/x. Estos hallazgos, de consolidarse en estudios longitudinales, podrían contribuir a una retirada más precoz de los TKI, permitiendo que el sistema inmune controle la enfermedad. La evidencia creciente del uso de TKI con mejoría del perfil citotóxico inmunitario podría ser un avance clave en la lucha contra el cáncer.

AUTORES

Luna de Abia, Alejandro
Velázquez Kennedy, Kyra
Sánchez-Tornero, Adrián
Jiménez Chillón, Carlos
López Jiménez, Fco. Javier
Moreno Jiménez, Gemma

PRESENTADO EN

Congreso Español de
Hematología y Hemoterapia
2020.

CONTACTO

Alejandro Luna
Tlf: 647170894
lunadeabia@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Durante el brote de COVID-19, los procedimientos quirúrgicos electivos disminuyeron para dejar espacio a la abrumadora cantidad de ingresos de pacientes COVID, esperando una caída en los requerimientos de componentes sanguíneos de rutina. Sin embargo, debido a que las necesidades de apoyo transfusional de los pacientes con COVID-19 no eran bien conocidos, su impacto sobre el suministro de sangre fue motivo de gran incertidumbre. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la pandemia de COVID-19 sobre demanda transfusional y manejo de hemocomponentes en el paciente ingresado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los registros de transfusión durante el pico de la pandemia de COVID-19 (del 1 de marzo al 30 de abril de 2020) se revisaron en nuestro centro para evaluar los cambios en las necesidades de hemocomponentes, comparado con mismo período en 2019, así como servicio de ingreso, comorbilidades y umbrales hematológicos para transfusión.

RESULTADOS

Durante este periodo, 636 pacientes recibieron un total de 2.934 hemocomponentes (151 de esos pacientes eran CoV-2+), lo que refleja una reducción total del 17,6% en las necesidades transfusionales respecto al mismo periodo de 2019, con un descenso de donación de sangre en la Comunidad de Madrid del 45%. La demanda de hemocomponentes en el ámbito quirúrgico disminuyó durante el brote: 50,2% menos respecto a 2019. El uso de sangre en los departamentos de hematología y oncología se mantuvo sin cambios, mientras que la demanda en Hospital de Día se redujo a la mitad. Por el contrario, las necesidades de transfusión en la unidad de cuidados intensivos aumentaron en un 116%.

Un total del 6.2% de todos los pacientes hospitalizados con COVID requirieron apoyo transfusional, pero con elevado uso por paciente: consumieron el 19% de todos los componentes sanguíneos del stock del hospital, lo que contrarrestó los ahorros debidos a la reducción en cirugías. El 40% de pacientes transfundidos tuvieron ingreso en unidades de Cuidados Intensivos.

En cuanto a cada hemocomponente, si globalmente hubo una caída del 17,6% de uso fue especialmente a expensas de hematíes y plasma, con un aumento característico del uso de plaquetas del 9% respecto al año anterior, en probable relación con desarrollo de coagulopatía, trombopenia de consumo y uso de dispositivos intravasculares como ECMO (7 pacientes en nuestra cohorte).

Asimismo, el uso de un umbral hematológico restrictivo como criterio transfusional (para hematíes: si paciente asintomático, no transfundir si hemoglobina > 7 g/dl), no mostró mayor mortalidad que el grupo de umbral liberal (p -valor=0,627).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Pese a una reducción generalizada de demanda transfusional en pico de pandemia, el paciente COVID que precisa de hemocomponentes suele tener un perfil de paciente crítico, con altos requerimientos transfusionales, notablemente con más necesidad de plaquetas que el resto de pacientes. En nuestra experiencia, el uso restrictivo de umbral transfusional favorece mantener un stock de hemocomponentes más estable, sin un aumento de mortalidad. Consideramos también de gran importancia el manejo de los donantes de sangre en tiempos de incertidumbre, garantizando siempre su seguridad y ensalzando su relevancia.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Martín Moro, Fernando
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

European Hematology
Association Congress 2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la Leucemia Mieloide Aguda (LMA), la enfermedad mínima residual (EMR) positiva pretrasplante tiene implicaciones pronósticas. Una de las técnicas para objetivarla es la citometría de flujo, utilizándose generalmente un punto de corte 0.1% para la positividad.

Objetivos: analizar el impacto clínico en términos de supervivencia de la EMR pretrasplante según distintos puntos de corte (indetectable vs >0% <0.1% vs ≥0.1%).

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 88 pacientes trasplantados en nuestro centro entre 2012 y 2020, todos ellos en remisión citológica (RC) previa al trasplante alogénico. Se dividió la cohorte en tres grupos: Grupo 1 pacientes con EMR negativa, Grupo 2 pacientes con EMR entre >0 y <0.1% y Grupo 3 pacientes con EMR ≥0.1%.

RESULTADOS

Las características basales de la población se reflejan en la Tabla 1:

Variables	Grupo 1 n=49	Grupo 2 n=14	Grupo 3 n=25
Edad, media años (±DE)	50.9 (±11)	54.5 (±8.6)	48.1 (±14.3)
Sexo, varón n (%)	29 (59.2%)	6 (42.9%)	17 (68%)
Clasificación ELN, n (%)			
- Riesgo favorable	10 (20.4%)	1 (7.1%)	6 (24%)
- Riesgo intermedio	25 (51%)	6 (42.9%)	10 (40%)
- Riesgo adverso	14 (28.6%)	7 (50%)	9 (36%)
LMA-CAM, n (%)	16 (32.7%)	4 (28.6%)	10 (40%)
LMA asociada a terapia, n (%)	7 (14.3%)	4 (28.6%)	4 (16%)
Respuesta a la inducción (1 o 2 ciclos), n (%)			
- RC EMR-	30 (61.2%)	7 (50%)	1 (4%)
- RC EMR+	11 (22.4%)	3 (21.4%)	12 (48%)
- Refractaria	3 (6.1%)	0 (0%)	7 (28%)
- Desconocido	5 (10.2%)	4 (28.6%)	5 (20%)
TPH en 1º RC, n (%)	44 (89.8%)	12 (85.7%)	20 (80%)
N.º ciclos previo al TPH, mediana (rango)	3 (2-4)	2.5 (2-3)	2 (2-4)
Días desde el dx hasta el TPH, mediana (rango)	187 (141-264)	183 (142-476)	133 (94-233)
Intensidad del acondicionamiento, n (%)			
- Mieloablatoivo	29 (59.2%)	9 (64.3%)	14 (56%)
- Intensidad reducida	20 (40.8%)	5 (35.7%)	11 (44%)
Tipo de donante, n (%)			
- Emparentado	15 (30.6%)	7 (50%)	6 (24%)
- No emparentado	16 (32.7%)	3 (21.4%)	10 (40%)
- Haploidéntico	18 (36.7%)	4 (28.6%)	9 (36%)

DE: Desviación estándar; ELN: European LeukemiaNet; LMA-CAM: Leucemia Mieloide Aguda con Cambios asociados a Mielodisplasia; RC: Remisión completa; EMR: Enfermedad Mínima Residual; TPH: Trasplante Progenitores Hematopoyéticos; Dx: Diagnóstico.

Tabla 1. Características basales de la población en función de la EMR

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL PRETRASPLANTE POR CITOMETRÍA DE FLUJO SEGÚN PUNTO DE CORTE ESTABLECIDO EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

No se encontraron diferencias significativas salvo para la respuesta a la inducción. La mediana de seguimiento de la cohorte global fue de 13.5 meses (6-43.5). La Supervivencia Libre de Recaída a los 4 años (SLR-4) fue del 47% y la Supervivencia Global a los 4 años (SG-4) del 50%. La SLR-4 fue del 52.5% en el Grupo 1 vs 59% en el grupo 2 vs 30% en el grupo 3 (HR Grupo 1 vs 2 0.9 (IC 95% (0.3-2.5) y HR Grupo 1 vs 3 1.2 (IC 95% (0.9-1.7)). La SG fue del 60% en el grupo 1 vs 60% en el grupo 2 vs 31% en el grupo 3 (HR Grupo 1 vs 2 1.1 (IC 95% (0.4-3) y HR Grupo 1 vs 3 1.1 (IC 95% (0.8-1.6)). (Imagen 1).

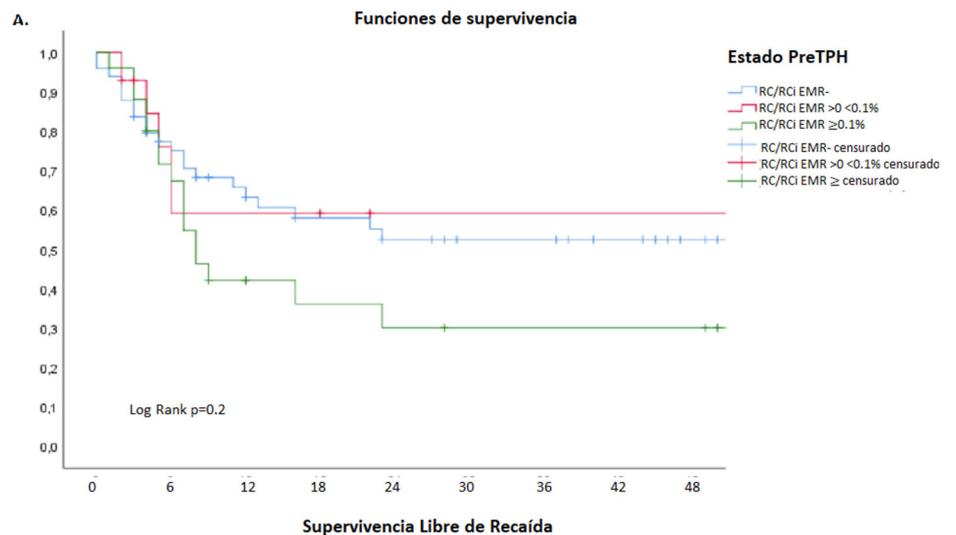
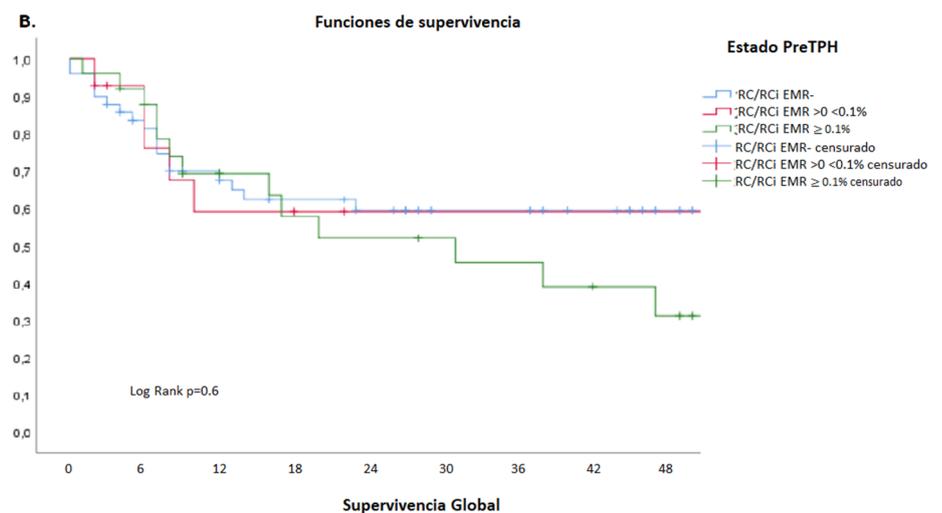
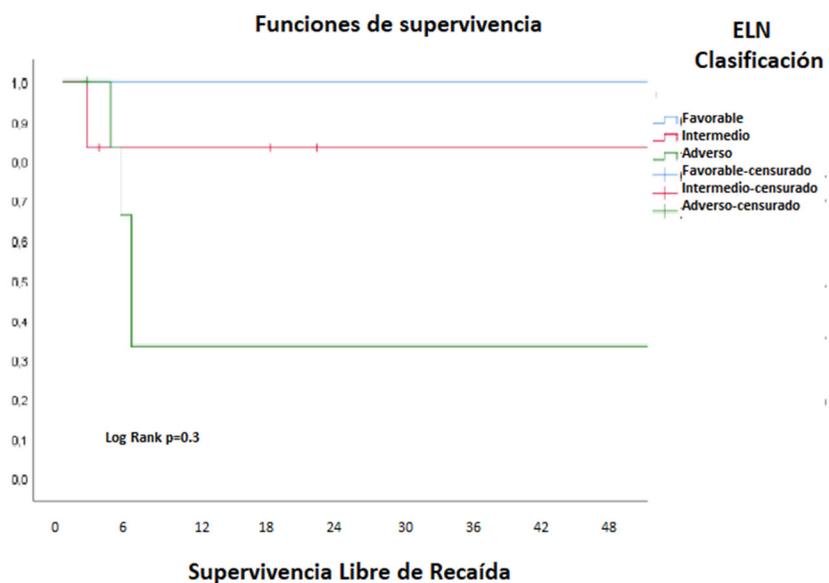
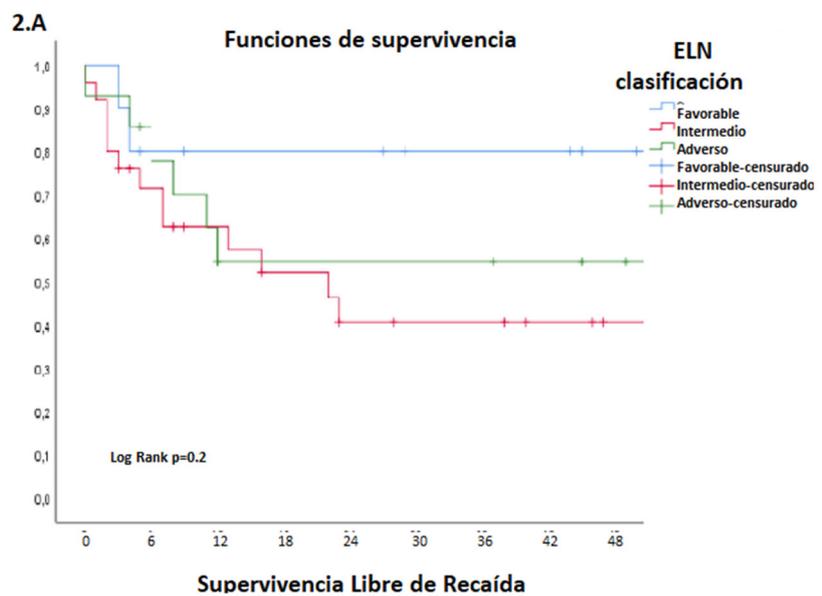


Imagen 1: SLR (A) y SG (B) según la EMR por citometría de flujo previa al Trasplante alogénico

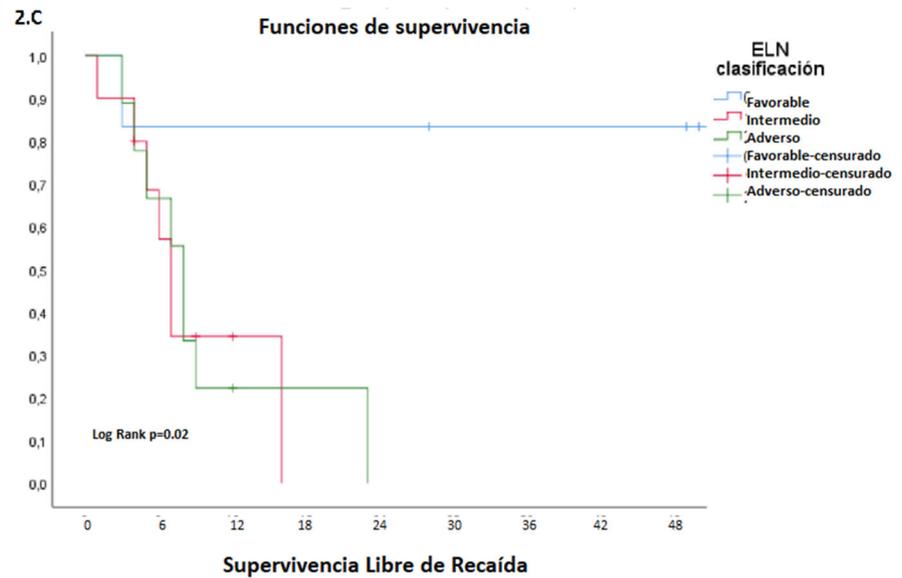


IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL PRETRASPLANTE POR CITOMETRÍA DE FLUJO SEGÚN PUNTO DE CORTE ESTABLECIDO EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Hemos estratificado a los pacientes en función del riesgo citogenético según la clasificación de la European LeukemiaNet. En el grupo 1 la SLR-4 fue del 79% en los pacientes de riesgo favorable (RF) vs 55% en los de riesgo intermedio (RI) y 53% en los de riesgo adverso (RA) (HR 1.2 IC 95% (0.6-2.3)) y la SG-4 fue de 79% vs 54% vs 53% respectivamente (HR 1.3, IC 95% (0.6-2.5)). En el grupo 2 la SLR-4 fue del 100% para los de RF vs 83% en los de RI y 33% en los de RA (HR 3.9, IC 95% (0.4-30)) y la SG-4 del 100% vs 82% vs 36% respectivamente (HR 4, IC 95% (0.5-32)). En el grupo 3 la SLR-4 en los pacientes de RF fue del 82% vs 0% en los de RI y 0% en los de RA (HR 2.1 IC 95%(1.1-4.1)) y la SG-4 del 82% vs 0% vs 0% respectivamente (HR 1.6, IC 95% (0.8-3.3)) (Imagen 2).



IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MÍNIMA RESIDUAL PRETRASPLANTE POR CITOMETRÍA DE FLUJO SEGÚN PUNTO DE CORTE ESTABLECIDO EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA



CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La EMR >0.1% pretrasplante identificó un grupo con peor supervivencia que aquellos con EMR detectable entre >0 y <0.1%. La EMR >0.1% es especialmente relevante en los grupos de riesgo intermedio y adverso. En el subgrupo de riesgo adverso incluso cualquier nivel de EMR detectable podría identificar pacientes con peor supervivencia postrasplante.

Implementación de estrategias postrasplante en estos pacientes para mejorar la supervivencia.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Martín Moro, Fernando
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso internacional de la European School of Hematology "How to Diagnose and Treat Acute Leukaemia". 30 de junio – 2 de julio 2020.

Congreso Nacional de Hematología. 26-30 de octubre 2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la Leucemia Mieloide Aguda (LMA), la Enfermedad Mínima Residual (EMR) positiva por citometría de flujo (CMF) o la Enfermedad Activa (EA) previa al trasplante alogénico son factores de mal pronóstico. En esta situación es incierto si regímenes de intensidad reducida (RIC) respecto a acondicionamientos Mieloablativos (MA) son suficientes para alcanzar tasas de supervivencias adecuadas.

Objetivos: analizar el impacto de la enfermedad pretrasplante y la influencia de la intensidad del acondicionamiento en la supervivencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 108 pacientes trasplantados en nuestro centro entre 2012. Hemos dividido nuestra cohorte en tres grupos: Grupo 1 pacientes en Remisión Citológica con o sin recuperación hemoperiférica (RC/RCi) con EMR-, Grupo 2 pacientes en RC/RCi con EMR+ (punto de corte $\geq 0.1\%$) y grupo 3 pacientes con EA.

RESULTADOS

Las características de la población se reflejan en la Tabla 1:

Variabes	RC/RCi EMR- n=63	RC/RCi EMR+ n=25	Enfermedad activa, n=20
Sexo varón, n (%)	35 (55.6%)	17 (68%)	11 (55%)
Edad, mediana (rango)	54 (45-59)	50 (33-5-61.5)	52.5 (46-61)
Clasificación European LeukemiaNet, n (%)			
- Riesgo favorable	11 (17.5%)	6 (24%)	0 (0%)
- Riesgo intermedio	31 (49.2%)	10 (40%)	10 (50%)
- Riesgo adverso	21 (33.3%)	9 (36%)	10 (50%)
LMA con cambios asociados a mielodisplasia, n (%)	20 (31.7%)	10 (40%)	13 (65%)
LMA asociada a terapia, n (%)	11 (17.5%)	4 (16%)	2 (10%)
Mejor respuesta a la inducción (1 o 2 ciclos), n (%)			
- RC/RCi EMR-	37 (58.7%)	1 (4%)	1 (5%)
- RC/RCi EMR+	14 (22.2%)	12 (48%)	5 (25%)
- RC (EMR por CMF no conocida)	7 (11.1%)	4 (16%)	2 (10%)
- Refractaria	3 (4.8%)	7 (28%)	12 (60%)
- No conocida	2 (3.2%)	1 (4%)	0 (0%)
Intensidad del acondicionamiento, n (%)			
- MA	38 (60.3%)	14 (56%)	7 (35%)
- RIC	25 (39.7%)	10 (40%)	4 (20%)
- RIC secuencial	0 (0%)	1 (4%)	9 (45%)
Tipo de donante, n (%)			
- Donante emparentado	22 (34.9%)	6 (24%)	4 (20%)
- Donante no emparentado	19 (30.2%)	10 (40%)	7 (35%)
- Haploidéntico	22 (34.9%)	9 (36%)	9 (45%)
1º RC al momento del trasplante, n (%)	56 (88.9%)	20 (80%)	NA
Nº de ciclos Qt previo al trasplante, mediana (rango)	3 (2-3.25)	2 (2-4)	3 (2-4)
Días desde dx hasta el trasplante, mediana (rango)	187 (143-265)	133 (94-233)	187 (139-222)

Qt: quimioterapia; dx: diagnóstico

Tabla 1. Características basales de la población

SUPERVIVENCIA TRAS EL TRASPLANTE ALOGÉNICO EN FUNCIÓN DE LA ENFERMEDAD PRETRASPLANTE Y LA INTENSIDAD DEL ACONDICIONAMIENTO EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

RESULTADOS

La mediana de seguimiento fue de 11.5 meses (5.5-35.5). La Supervivencia Libre de Evento a los 2 años (SLE-2) fue del 38% y Supervivencia Global a los 2 años (SG-2) del 49%. La SLE-2 fue del 52% en el Grupo 1 vs 30% en el Grupo 2 vs 15% en el Grupo 3 (HR Grupo 1 vs grupo 2 1.6 (IC 95% (0.8-3) y la HR Grupo 1 vs Grupo 3 1.9 (IC 95% 1.4-2.6)). La SG-2 fue del 60% en el Grupo 1 vs 52% en el Grupo 2 y 23% en el Grupo 3 (HR Grupo 1 vs Grupo 2 1.3, IC 95% (0.6-2.6), HR Grupo 1 vs Grupo 3 1.7, IC 95% (1.2-2.3)) (Imagen 1).

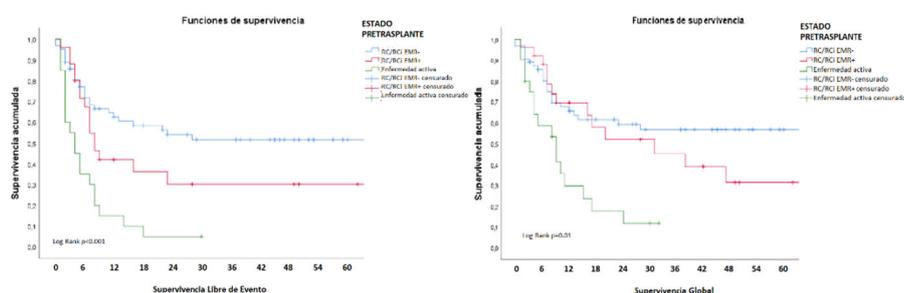


Imagen 1. SLE y SG en función del estado pretrasplante

Estratificamos a los pacientes en función de la intensidad del acondicionamiento recibido (MA vs RIC vs RIC secuencial). En la población global la SLE-2 fue del 50% con MA, 30% con RIC y 0% con RIC secuencial y la SG-2 fue 58% vs 42% vs 15% respectivamente. Analizamos dentro de cada subgrupo el impacto de la intensidad del acondicionamiento. La SLE-2 en el grupo 1 fue del 67% con MA vs 41% con RIC (HR 2.1 IC 95% (1.02-4.6)) y la SG-2 de 68% vs 40% respectivamente (HR 2.1 IC 95% 0.9-4.8)). En el grupo 2 la SLE-2 fue de un 40% con MA y de un 15% con RIC (HR 1.4 IC 95% (0.5-3.6)) y la SG-2 fueron del 52% con MA y 50% con RIC (HR 1.5, IC 95% (0.5-4.3)). En el grupo 3 la SLE-2 fue de 14% con MA vs 0% con RIC y 0% con RIC secuencial (HR 1.4 IC 95% (0.8-2.4)) y la SG-2 fue del 34% con MAC vs 0% con RIC vs 14% con RIC secuencial (HR 1.02, IC 95% (0.5-1.7)) (Imagen 2).

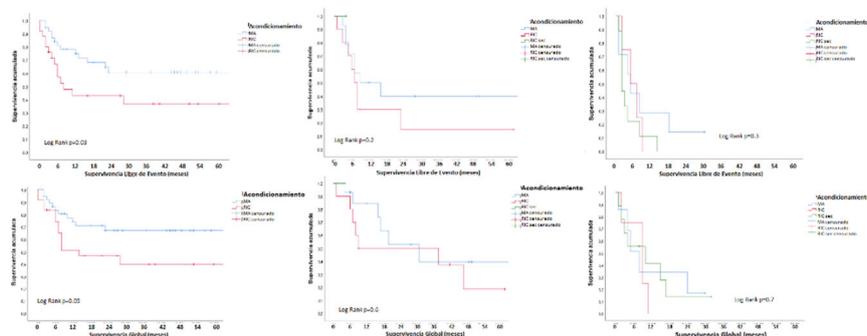


Imagen 2. SLE y SG en función de la intensidad del acondicionamiento en el Grupo 1 (izquierda), Grupo 2 (centro) y Grupo 3 (derecha)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los pacientes con EMR+ y especialmente con EA pretrasplante presentan peor supervivencia que los EMR-. Objetivamos un beneficio global con acondicionamientos MA, aunque no tan claramente en los pacientes con EMR+ y especialmente en aquellos con EA, donde independientemente del acondicionamiento el pronóstico fue infausto.

Implementación de estrategias postrasplante en pacientes con EMR+ y EA para mejorar la supervivencia.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Martín Moro, Fernando
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso Nacional de
Hematología. 26-30 de octubre
2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las neoplasias mieloides asociadas a terapia (NMaT) engloban a pacientes con diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico (SMD) o Leucemia Mieloide Aguda (LMA) y un antecedente de exposición previa a terapia citotóxica. Esta entidad es de mal pronóstico, tanto por las características biológicas como la toxicidad previa acumulada, que condiciona una alta mortalidad relacionada con el tratamiento (MRT). El trasplante es una opción terapéutica potencialmente curativa.

Objetivos: Analizar si el uso de quimioterapia intensiva en pacientes con NMaT se traduce en un aumento de la supervivencia respecto a los que reciben quimioterapia no intensiva o tratamiento de soporte.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 34 pacientes con diagnóstico de NMaT tratados en nuestro centro entre 2012 y 2020. Hemos dividido a la población en dos grupos según la intensidad del tratamiento recibido: Grupo 1: quimioterapia intensiva, grupo 2: quimioterapia no intensiva o mejor soporte. Se ha utilizado el método de Kaplan Meier para el cálculo de la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Evento (SLE) y la regresión de Cox para el riesgo.

RESULTADOS

Las características de la población se describen en la Tabla 1:

Tabla 1. Características basales de la población en función de la intensidad del tratamiento		
	Qt intensiva n=19	Qt no intensiva n=15
Sexo varón, n (%)	5 (26.3%)	9 (60%)
Edad, mediana en años (min-máx)	58 (29-68)	70 (52-84)
Subtipo patología, n (%)		
- SMD o SMD/NMPc	1 (5.3%)	7 (46.7%)
- LMA	18 (94.7%)	8 (53.3%)
- Fenotipo LMA por CMF	2 (11.2%)	1 (12.5%)
- Fenotipo mixto por CMF	16 (88.8%)	7 (87.5%)
Leucocitos al dx 10 ³ /μL, mediana (min-máx)	5925 (1000-69500)	3540 (1890-40100)
Plaquetas dx 10 ³ /μL, mediana (min-máx)	67000 (13000-171000)	35800 (8000-371000)
Hemoglobina al dx g/dL, mediana (min-máx)	10.7 (3-14.2)	7.9 (6.8-12.2)
Alteraciones citogenéticas al diagnóstico, n (%)		
- Cariotipo monosómico	5 (26.4%)	9 (60%)
- Cariotipo complejo	2 (10.5%)	1 (6.7%)
- Otras alteraciones	7 (36.8%)	2 (13.3%)
- Normal	4 (21.0%)	3 (20%)
- No disponible	1 (5.3%)	0 (0%)
Tratamiento recibido previamente, n (%)		
- Alquilantes	9 (47.3%)	7 (46.6%)
- Inhibidores topoisomerasa II	2 (10.5%)	1 (6.6%)
- Ambos subtipos	4 (21%)	2 (13.4%)
- Otros quimioterápicos/Radioterapia	2 (10.5%)	3 (20%)
- No disponible	2 (10.5%)	2 (13.4%)
ECOG al diagnóstico		
0	6 (31.5%)	10 (66.6%)
1	1 (5.3%)	2 (13.4%)
2	0 (0%)	0 (0%)
3	0 (0%)	0 (0%)
4	0 (0%)	0 (0%)
No disponible	12 (63.2%)	3 (20%)

Tabla 1. Características basales de la población en función de la intensidad del tratamiento

Los pacientes en el grupo 2 eran significativamente mayores (58 vs 70 años) y con mayor incidencia de SMD (46.7% vs 5.3%). La mediana de seguimiento de la serie fue de 8.5 meses (0-74), la mediana de SG de la cohorte global fue de 10 meses y la mediana de SLE de 8 meses. La mediana de SG del grupo 1 fue de 12 meses vs 8 meses en el grupo 2 (HR 2.3 (IC 95% 0.9-6.1), $p=0.06$) y la SLE 9 vs 5 meses (HR 1.8 (IC 95% 0.8-4.1), $p=0.1$) (Imagen 1)

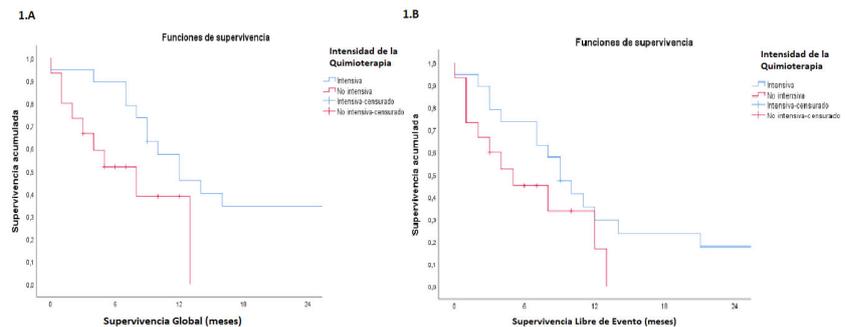


Imagen 1. Supervivencia Global (A) y Supervivencia Libre de Evento (B) en función de la intensidad de la quimioterapia en pacientes con NMaT

Dentro del Grupo 1 el 73.4% de los pacientes alcanzaron remisión completa tras inducción (de los cuales el 50% alcanzaron enfermedad mínima residual negativa por citometría) y no hubo ningún fallecimiento durante la inducción. 15/19 pacientes (78.9%) del grupo 1 recibieron consolidación con trasplante alogénico. En los pacientes que consolidaron con trasplante la SG fue de 14 meses vs 4 meses en los que no (HR 3.9 IC 95% (1.1-13.4), $p=0.027$) y la SLE de 11 meses vs 2 meses (HR 5.3 IC 95% (1.4-19.4), $p=0.01$). Dentro del grupo 2 el 66.7% de los pacientes recibieron un esquema basado en hipometilantes y el 13.3% sólo recibieron tratamiento de soporte. De los 9 pacientes de los que disponemos de estudio de reevaluación, sólo 2 (22.2%) alcanzaron remisión citológica.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los pacientes con NMaT son un grupo de mal pronóstico en términos de SG y SLE. En nuestra serie hemos objetivado una mejor SLE y SG en los pacientes con quimioterapia intensiva. En este grupo no hubo MRT durante la inducción y un alto porcentaje pudieron consolidar con trasplante alogénico. Una buena selección de pacientes candidatos a quimioterapia intensiva y la consolidación con trasplante alogénico se traduce en un beneficio de supervivencia. Aun así, el pronóstico sigue siendo infausto por lo que debemos investigar estrategias pre y postrasplante para mejorar los resultados.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Martín Moro, Fernando
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso Internacional de la European Hematology Association (EHA). 14 de mayo 2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Enfermedad Residual Medible (ERM) positiva en pacientes con Leucemia Mieloide Aguda (LMA) nos permite identificar un subgrupo de pacientes con peores resultados. La medición previa y posterior al trasplante parece ser un buen punto para identificar un grupo de pacientes con peor supervivencia.

Objetivos: Analizar los resultados en pacientes con LMA que recibieron un trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas (HSCT) en nuestro centro de acuerdo con la (ERM) después del HSCT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo unicéntrico de 53 pacientes con LMA trasplantados entre 2013-2019. Todos los pacientes presentaron remisión completa antes del HSCT y también en el día +45 (± 15 d). La cohorte se dividió en dos grupos según la ERM medida por citometría de flujo después del HSCT: 1) ERM $\leq 0,1\%$ (MRD-) 2) ERM $> 0,1\%$ (ERM+). La supervivencia global (SG) y la supervivencia libre de recaída (SLR) se calcularon con el método de Kaplan-Meier y el método de regresión de Cox para el riesgo.

RESULTADOS

Las características basales la muestra están representadas en la Tabla 1:

Características basales	ERM- (n=47)	ERM+ (n=6)
Sexo (V/M)	22/26	2/4
Edad, mediana (rango)	52 (29-68)	38,5 (28-58)
% Blastos al diagnóstico, mediana (rango)	65,5% (15-100)	34,5% (27-48)
LMA secundaria	14 (29,8%)	2 (33,3%)
Quimioterapia previa	8 (17%)	2 (33,3%)
Clasificación European LeukemiaNet, n (%)		
Favorable	11 (23,4%)	1 (22,6%)
Intermedio	19 (44,4%)	2 (39,6%)
Adverso	17 (36,2%)	3 (37,7%)
Respuesta tras la primera inducción, n (%)		
RC/RCi ERM-	16 (40%)	2 (33,3%)
RC/RCi ERM+	13 (22,5%)	3 (50%)
$\geq 5\%$ blastos por citología	11 (27,5%)	1 (16,7%)
ERM previa al HSCT, n (%)		
ERM-	37 (78,7%)	2 (33,3%)
ERM+	10 (21,3%)	4 (66,7%)
Intensidad régimen de acondicionamiento, n (%)		
Mieloablatoivo	27 (57,4%)	5 (83,3%)
Intensidad reducida	17 (36,2%)	1 (16,7%)
Intensidad reducida (secuencial)	3 (6,4%)	0 (0%)
Tipo de donante, n (%)		
Donante emparentado	14 (29,8%)	2 (33,3%)
Donante haploidéntico	21 (44,7%)	0 (0%)
Donante no emparentado	12 (25,5%)	4 (66,7%)

RC: Remisión completa; RCi: Remisión completa sin recuperación hemoperiférica

La mediana del seguimiento fue de 18 meses (mo) (1-67). En nuestra cohorte, la SLR a 2 años fue del 58% y la SG a 2 años del 60%. De acuerdo con la ERM, la SLR a 2 años fue del 64% en el grupo 1 vs. 17% en el grupo 2 con una Hazard Ratio (HR) de 3,4 (IC 95% 1,2-9,5) (Imagen 1A); la SG a 2 años fue del 66% vs. 40% (HR 1,5, IC 95% 0,4-5,5) respectivamente (Imagen 1B). Estratificamos el grupo 1 de acuerdo con la ERM antes del HSCT, estableciendo 2 grupos A) ERM- antes del HSCT (pERM-) y B) ERM+ antes del HSCT (pERM+). La SLR a 2 años en el grupo A fue 70% vs 30% en el grupo B (HR 4,7, IC 95% 1,9-11,6) (Imagen 1C), la SG a 2 años fue 70% vs 50% (HR 2,2, IC 95% 0,7-6,5) para los pacientes con pERM- y pERM+ respectivamente (Imagen 1D). En el análisis multivariante que incluye las características iniciales y la EMR antes y después del HSCT, la única variable estadísticamente significativa significativamente fue la ERM+ PRETPH para la SLR.

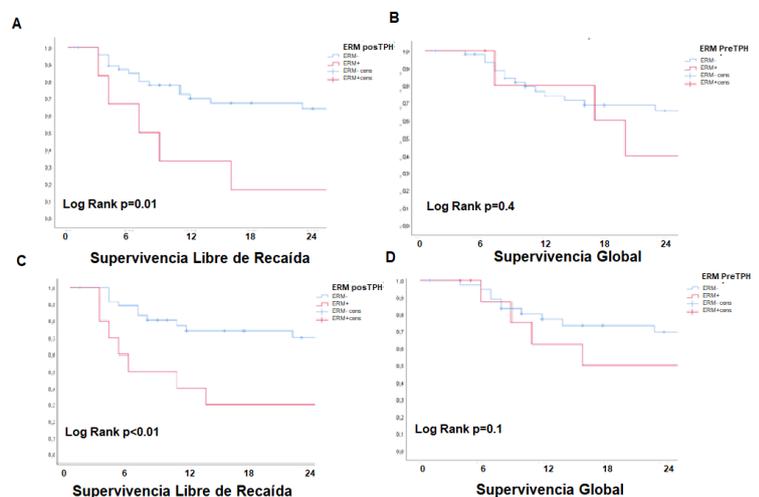


Imagen 1. (A) SLR y (B) SG en función de la ERM en el pos-TPH precoz (parte de arriba de la imagen); (C) SLR y (D) SG en función de la ERM preTPH de los pacientes con ERM- en el posTPH precoz (parte de abajo de la imagen)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

En nuestra cohorte los pacientes con ERM+ al día 45 después del HSCT es un subgrupo con peor SLR. Los pacientes con ERM+ antes del HSCT son también un subgrupo de alto riesgo de recaída y peor SLR a pesar de lograr ERM- después del HSCT. Ambos grupos de pacientes podrían beneficiarse de una intervención terapéutica más agresiva después del HSCT.

La ERM en la LMA va cobrando importancia en los últimos años y con el presente trabajo demostramos que aquellos pacientes con ERM+ tras el trasplante tienen un pronóstico adverso, pero es especialmente relevante que aquellos pacientes con ERM+ preHSCT, aunque consigamos negativizarla con el mismo, tienen un pronóstico peor que los trasplantados con ERM-. Debido al creciente uso de terapias posHSCT, ambos grupos pueden ser candidatos a inmunoterapia o tratamientos de mantenimiento en el posHSCT

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Marquet Palomanes, Juan
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso Nacional de Hematología. 26-30 de octubre 2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En las neoplasias mieloides asociadas a terapia (NMaT), existen dos grandes grupos según la etiología. Un primer grupo surge tras exposición a alquilantes y/o radiación en los 5-10 años previos y asocian con anomalías cromosómicas no balanceadas, alteraciones en Cr 5, 7, cariotipo complejo y/o TP53 mutado. El segundo surge tras exposición a inhibidores de topoisomerasa II en los 1-5 años previos, caracterizándose por presentar translocaciones balanceadas y reordenamiento de KMT2A. En aquellos casos con tiempo de latencia desde la exposición al diagnóstico mayor de 10 años, existe la duda sobre si deben ser consideradas NMaT o leucemias de novo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 34 pacientes con diagnóstico de NMaT tratados en nuestro centro 2013 y 2019. Hemos revisado las alteraciones citogenéticas al diagnóstico y las alteraciones en TP53 y/o del 17p y reordenamientos en KMT2A. Dividimos la cohorte en dos grupos en función del tiempo de latencia en ≤ 10 años o > 10 años. Se ha utilizado el método de Kaplan Meier para el cálculo de la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Evento (SLE) y el modelo de regresión de Cox para el análisis univariante y multivariante.

RESULTADOS

La mediana de seguimiento de la serie fue de 8.5 meses (0-74). La mediana de SG de la cohorte global fue de 10 meses y la SLE de 8 meses. La mediana de SG fue de 12 meses en los pacientes con tiempo de latencia ≤ 10 años y 9 meses en los de > 10 años con un Hazard Ratio (HR) de 0.6 (IC 95% (0.2-1.7), $p=0.3$) y la SLE de 7 meses vs 9 meses respectivamente (HR 0.3, IC 95% (0.3-1.8), $p=0.7$). Las características basales de la población se reflejan en la Tabla 1:

Tabla 1. Características basales de la población

Características basales de la población n=34		
	Latencia ≤ 10 años n =25	Latencia > 10 años n=9
Sexo varón, n (%)	3 (33.3%)	11 (44%)
Edad, mediana en años (min-máx)	63 (29-84)	64 (55-79)
Subtipo patología, n (%)		
- SMD o SMD/NMPC	1 (5.3%)	7 (46.7%)
- LMA	18 (94.7%)	8 (53.3%)
- Fenotipo LMA por CMF	2 (11.2%)	1 (12.5%)
- Fenotipo mixto por CMF	16 (88.8%)	7 (87.5%)
Alteraciones citogenéticas al diagnóstico, n (%)		
- Cariotipo monosómico	11 (44%)	3 (33.3%)
- Cariotipo complejo	1 (4%)	2 (22.2%)
- Otras alteraciones	8 (32%)	1 (11.1%)
- Normal	4 (16%)	3 (33.3%)
- No disponible	1 (4%)	0 (0%)
Alteraciones TP53 y/o 17p, si (%)	4 (16%)	2 (22.2%)
KMT2A reordenado, si (%)	5 (20%)	1 (11.1%)
Antecedente quimioterápico previo, n (%)		
- Alquilantes	11 (44%)	5 (55.6%)
- Inhibidores topoisomerasa II	3 (12%)	0 (0%)
- Ambos subtipos	6 (24%)	0 (0%)
- Otros quimioterápicos/Radioterapia	2 (8%)	3 (33.3%)
- No disponible	3 (12%)	1 (11.1%)
Tratamiento recibido para la NMaT, n (%)		
- Quimioterapia intensiva	13 (52%)	6 (66.7%)
- Quimioterapia no intensiva o soporte	12 (48%)	3 (33.3%)

Se observó un porcentaje similar de pacientes con cariotipo complejo o monosómico al diagnóstico, así como de alteraciones en TP53 y/o 17p. En el subgrupo de latencia >10 años no había ningún paciente con exposición previa a Inhibidores de Topoisomerasa II. Dentro del grupo de latencia <10 años hemos dividido a la cohorte dos grupos: de 1 a 5 años y de 5 a 10 años de latencia. No se encontraron diferencias para la SG (HR 1.5 IC 95% (0.4-5), p=0.4) ni para la SLE (HR 2.1 IC 95% (0.7-6.2), p=0.1). Se ha realizado un análisis univariante con las características reflejadas en la Tabla 2, siendo estadísticamente significativo para la SG y la SLE el presentar un cariotipo monosómico al diagnóstico y alteraciones en el TP53 y/o 17p. En el análisis multivariante solo las alteraciones en TP53 y/o 17p mantenían la significación estadística.

Tabla 2. Análisis Univariante y Multivariante de la SG y la SLE

Tabla 2. Análisis Univariante y Multivariante de la SG y la SLE						
Variable	SG, Análisis Univariante			SG, Análisis Multivariante		
	HR	IC 95%	P	HR	IC 95%	P
Latencia ≤10 años vs >10 años	0.6	(0.2-1.7)	0.38			
LMA vs SMD o SMD/NMPc	3.1	(0.7-13)	0.12			
Antecedente quimioterápico previo (alquilantes vs no alquilantes)	1.5	(0.4-4.9)	0.48			
Cariotipo monosómico vs otros	3.3	(1.3-8.3)	0.008	2	(0.7-5.9)	0.1
Alteraciones TP53 y/o 17p	20.7	(4-105)	<0.001	13.3	(2.4-74)	0.003
KMT2A reordenado	0.4	(0.1-1.4)	0.18			
Qt intensiva vs no intensiva	2.3	(0.9-6.1)	0.06			
Variable	SLE, Análisis Univariante			SLE, Análisis Multivariante		
	HR	IC 95%	P	HR	IC 95%	P
Latencia ≤10 años vs >10 años	0.7	(0.3-1.8)	0.57			
LMA vs SMD o SMD/NMPc	2.2	(0.7-6.6)	0.13			
Antecedente quimioterápico previo (alquilantes vs no alquilantes)	1.5	(0.4-4.8)	0.46			
Cariotipo monosómico vs otros	2.7	(1.2-6.4)	0.01	1.9	(0.7-4.8)	0.1
Alteraciones TP53 y/o 17p	8.3	(2.5-27.2)	<0.001	5.6	(1.5-20.3)	0.008
KMT2A reordenado	0.6	(0.2-1.8)	0.37			
Qt intensiva vs no intensiva	1.8	(0.8-4.1)	0.14			

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los pacientes con un tiempo de latencia desde la exposición a quimioterapia hasta el diagnóstico de la NMaT >10 años, presentaron características citogenéticas y moleculares similares a aquellos con un tiempo de exposición ≤10 años, así como una SG y SLE similares. En cuanto las características citogenéticas al diagnóstico de la cohorte general, los pacientes con cariotipo monosómico y especialmente aquellos con alteraciones de TP53 y/o 17p presentaron peor pronóstico.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Marquet Palomanes, Juan
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso Nacional de Hematología. 26-30 de octubre 2020.

Congreso Internacional de la American Society of Hematology (ASH). 5-7 de diciembre 2020

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la categoría de Leucemia Mieloide Aguda con cambios asociados a mielodisplasia (LMA-CAM) se distinguen 3 subgrupos: 1) LMA con alteración citogenética definitoria (LMA-ACD) 2) LMA con neoplasia hematológica previa (LMA-NHP) y 3) LMA con cambios displásicos morfológicos (LMA-CDM). Actualmente no está claro el impacto pronóstico que tiene la displasia morfológica significativa como criterio aislado.

Objetivos: Analizar el impacto en la supervivencia de la LMA-CDM respecto al resto de pacientes con LMA-CAM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 48 pacientes candidatos a quimioterapia intensiva tratados en un centro entre los años 2013 y 2019. Se ha dividido a los pacientes en 2 grupos 1) LMA-CDM y 2) LMA-ACD+LMA-NHP. Se han calculado la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Evento (SLE) con el método de Kaplan Meier y para el riesgo se ha utilizado la regresión de Cox.

RESULTADOS

Las características basales de la población están reflejadas en la Tabla 1:

Tabla 1. Características basales de la población

	Displasia morfológica N=9	Alteración citogenética o SMD SMD/NMPc previo N=39
Sexo (M/V)	5/4	13/26
Edad, mediana (min-máx)	54 (36-64)	59 (32-71)
% de blastos al diagnóstico, mediana (min-máx)	29% (20-40)	32% (15-100)
Cariotipo complejo, n (%)	NA	11 (28.2%)
Neoplasia hematológica previa, n (%)	NA	25 (64.1%)
Hipometilantes previos, n (%)	NA	11 (28.2%)
Clasificación ELN	Favorable (%)	0 (0%)
	Intermedio (%)	9 (100%)
	Adverso (%)	0 (0%)
Mejor respuesta tras la inducción (1 o 2 ciclos)	RC EMR -	3 (33.3%)
	RC EMR+	4 (44.4%)
	No RC	2 (22.2%)
	Muerte en inducción	0 (0%)
Consolidación con trasplante, n (%)		8 (88.9%)
	RC/RCi EMR-	4 (50%)
Médula previa al TPH	RC/RCi EMR+	3 (37.5%)
	Enfermedad activa	1 (12.5%)
	Número de ciclos previos al trasplante, mediana	3.3

NA: No aplica; ELN: European LeukemiaNet; RC: Remisión citológica; RCi: Remisión citológica sin recuperación hemoperiférica; EMR: Enfermedad Mínima Residual.

La mediana de seguimiento de la población fue de 15 meses (0—77). La mediana de SG y de SLE de la población total fueron de 18 meses y 11 meses respectivamente. La mediana de SG en el grupo 1 fue de 14 meses vs 19 meses en el grupo 2 con una Hazard Ratio (HR) de 0.9 (IC 95% 0.3-2.2, p=0.8).

PRONÓSTICO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON CAMBIOS ASOCIADOS A MIELODISPLASIA SEGÚN LOS DIFERENTES SUBGRUPOS EN PACIENTES CANDIDATOS A QUIMIOTERAPIA INTENSIVA

La mediana de SLE fue de 10 meses en el grupo 1 vs 14 meses en el grupo 2 (HR 0.9 IC 95% (0.4-2.1), $p=0.9$) (**Imagen 1**). De la serie global, 11 pacientes presentaban cariotipo complejo al diagnóstico. La mediana de SG en estos pacientes fue de 23 vs 16 meses en aquellos con otras alteraciones citogenéticas o cariotipo normal (HR 0.8 (IC 95% (0.3-2.1), $p=0.8$) y la SLE 14 vs 10 meses (HR 1.1 (IC 95% (0.5-2.5), $p=0.6$)). 34 pacientes recibieron trasplante (TPH) como terapia de consolidación (33 alogénico, 1 autólogo). La mediana de SG de los pacientes trasplantados fue de 26 meses vs 4 meses en aquellos que no consolidaron con TPH (HR 4.5 (IC 95% 2-10, $p < 0.0001$) y la SLE 14 meses vs 3 meses (HR=4.2 IC 95% 2-8.5, $p < 0.001$) (**Imagen 2**). Se ha realizado un análisis multivariante incluyendo LMA-DM vs LMA-ACD+LMA-NHP, cariotipo complejo, clasificación ELN al diagnóstico, la respuesta a la inducción y el TPH. Las variables con un HR significativo fueron el TPH (HR 3.3 (IC 95% 1.4-8), $p < 0.01$) para la SG y el TPH (HR 2.8 (IC 95% (1.2-6.1), $p=0.01$) y la respuesta a la inducción (HR 1.6 (IC 95% 1.05-2.4, $p=0.3$) para la SLE.

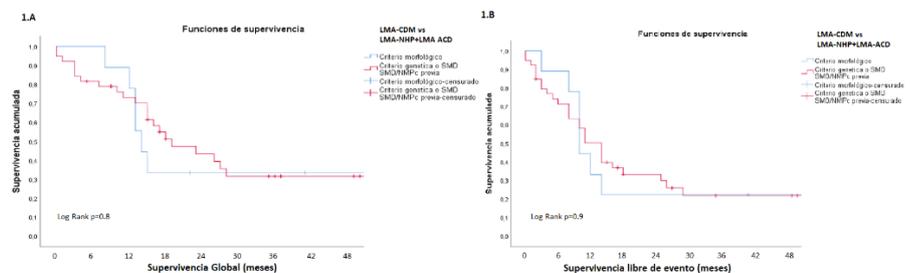


Imagen 1. Supervivencia Global (A) y Supervivencia Libre de Evento (B) Grupo 1 vs Grupo 2

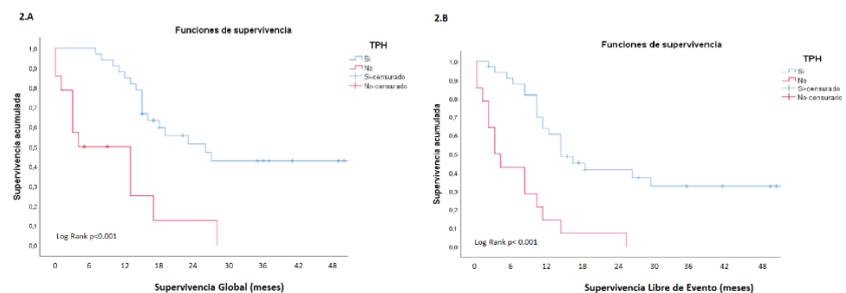


Imagen 2. Supervivencia Global (A) y Supervivencia Libre de Evento (B) según la consolidación con trasplante alogénico

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los pacientes con LMA-CAM son un grupo de alto riesgo en cuanto a SG y SLE. Aunque el TPH alogénico en estos pacientes mejora la supervivencia, el pronóstico sigue siendo adverso. En nuestra serie la displasia morfológica sin criterios citogenéticos ni neoplasia hematológica previa identificó a un grupo de alto riesgo con resultados similares a los otros dos subgrupos.

Los resultados en el subgrupo de LMA-CDM actualmente son controvertidos, por lo que probablemente necesitemos caracterizar mejor este subgrupo en próximos estudios.

AUTORES

Núñez-Torrón Stock, Claudia
Martín Moro, Fernando
Luna de Abia, Alejandro
Marín, Adolfo Jesús
Moreno Jiménez, Gemma
López Jiménez, Fco. Javier
Herrera Puente, Pilar

PRESENTADO EN

Congreso Nacional de
Hematología. 26-30 de octubre
2020.

CONTACTO

Claudia Núñez-Torrón Stock
Tlf: 662172511
claudia.nuneztorron@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pacientes con Leucemia Mieloide Aguda (LMA) no candidatos a quimioterapia intensiva que progresan tras hipometilantes presentan un pronóstico infausto con escasas opciones terapéuticas. El esquema FLUGA (Fludarabina oral y Citarabina subcutánea a bajas dosis) se ha considerado una opción terapéutica en 1ª línea, aunque no ha sido evaluado su uso en 2ª línea en aquellos pacientes que ya han recibido hipometilantes previamente.

Objetivos: Analizar la supervivencia de pacientes con LMA que reciben esquema FLUGA en 2ª línea tras hipometilantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis unicéntrico retrospectivo de 9 pacientes con diagnóstico de LMA no candidatos a quimioterapia intensiva, que han recibido esquema FLUGA en 2ª línea tras haber recibido hipometilantes entre 2017 y 2019. Para el cálculo de la Supervivencia Global (SG) y la Supervivencia Libre de Evento (SLE) hemos utilizado el método de Kaplan Meier. Se ha definido como independencia transfusional mantenerse sin necesidad de transfusión durante un periodo ≥ 8 semanas.

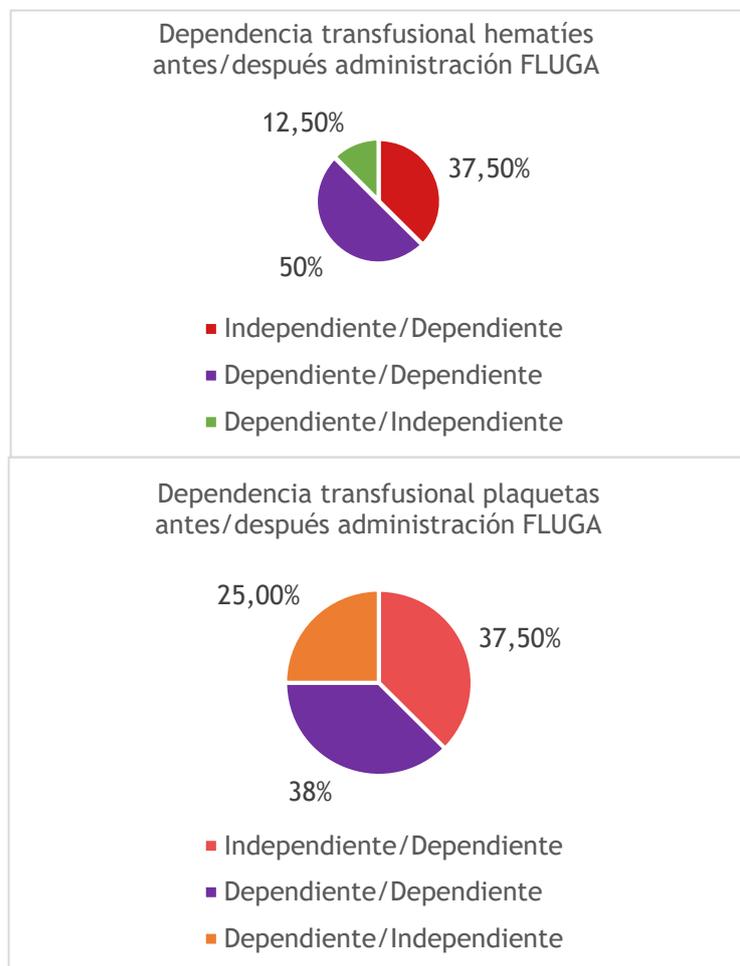
RESULTADOS

La mediana de seguimiento de la población fue de 73 días (25-321). El 66.7% eran varones y la edad media al inicio del FLUGA fue de 77 años (68-83). El 88.9% de los pacientes presentaban un ECOG <2 en ese momento. El 88.9% eran LMA secundarias y el 44.4% de los pacientes presentaban alto riesgo citogenético. Todos los pacientes previo al inicio del FLUGA habían recibido Azacitidina (1 de ellos previo a la Azacitidina había recibido 1 ciclo según esquema 2+5). La mediana de ciclos de Azacitidina fue de 10 (3-25). El motivo de cambio de esquema fue pérdida de respuesta o progresión a hipometilantes en el 89.9%. En el momento del inicio de la 2ª línea la mediana de blastos en médula ósea fue de 29% (12-72) y en sangre periférica la mediana de Hb fue de 8.7 g/dL (5.9-12.4), de plaquetas $47000 \times 10^3/\mu\text{l}$ (109000-295000) y de leucocitos $2700 \times 10^3/\mu\text{l}$ (970-18200). Tras el inicio del FLUGA el 37.5% de los pacientes presentaron dependencia transfusional de hematíes siendo previamente independientes (además, de los previamente dependientes un 50% no alcanzó independencia transfusional). El 37.5% presentaron también dependencia transfusional de plaquetas siendo previamente independientes (y un 37.5% de los previamente dependientes no alcanzó independencia transfusional) (Imagen 1). La mediana de ciclos de FLUGA recibidos fue de 1 (1-6) y sólo 1 paciente alcanzó Remisión Citológica. El 88.9% de los pacientes requirieron 1 ingreso o más por toxicidad relacionada con el tratamiento. La mediana de SG fue de 73 días (37-108) y la SLE de 61 días (25-96) (Imagen 2). La causa de la muerte fue infecciosa en el 42.8%, la enfermedad de base en el 28.6% y mixta (infecciosa/enfermedad de base) en el 28.6%.

SUPERVIVENCIA FLUGA TRAS PROGRESIÓN CON HIPOMETILANTES EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA NO CANDIDATOS A QUIMIOTERAPIA INTENSIVA

Características de la población previo al inicio del FLUGA n=9	
Sexo, varón n (%)	6 (66.7%)
Edad mediana (rango)	77 (68-83)
ECOG<2 , n (%)	8 (88.9%)
LMA secundaria, n (%)	8 (88.9%)
Citogenética y/o molecular alto riesgo, n (%)	4 (44.4%)
Cambio a FLUGA por progresión tras hipometilantes	8 (88.9%)
Mediana de blastos al inicio del FLUGA, % (rango)	29% (12-72)
Hemograma basal previo al tratamiento	
Hb mediana, g/dL (rango)	8.7 (5.9-12.4)
Plaquetas mediana x10 ³ /μl (rango)	47000 (109000-295000)
Leucocitos mediana x10 ³ /μl (rango)	2700 (970-18200)

Imagen 1: Dependencia transfusional pre y pos FLUGA de hematíes (arriba) y plaqueta (abajo).



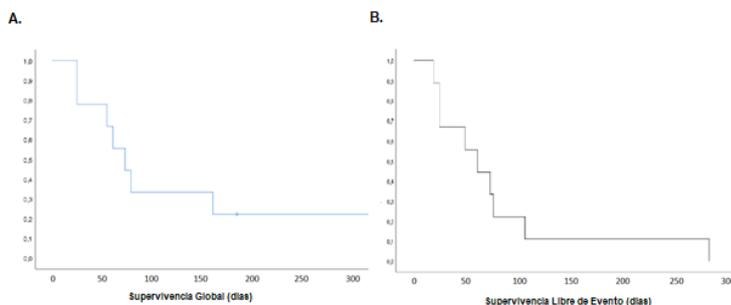


Imagen 2. Supervivencia Global (A) y Supervivencia Libre de Evento (B) en pacientes tratados con FLUGA en 2ª línea

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los pacientes con LMA que recibieron FLUGA en 2ª línea presentaron un pronóstico infausto en términos de SG y SLE. Estos pacientes, a pesar de un ECOG aceptable previo al inicio del tratamiento presentaron una alta tasa de toxicidad hematológica y de complicaciones infecciosas.

Impacto social: En nuestra experiencia este no es un esquema efectivo en el escenario de pacientes que progresan tras hipometilantes.

AUTORES

Iturrieta-Zuazo, Ignacio
Geraldine Rita, Claudia
García-Soidán, Ana
Alonso Alarcón, Nieves
Pariante Rodríguez, Roberto
Niteo Gañán, Israel

PRESENTADO EN

6º Congreso Nacional de la
Sociedad Española de
Trasplante. 12-14 febrero
2021 (fecha original 8-10
mayo 2020)

CONTACTO

Ignacio Iturrieta Zuazo
Tlf: 660789761
ignaciomaria.iturrieta@
salud.madrid.org



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sistema del antígeno leucocitario humano (HLA) está compuesto por numerosos genes con importantes funciones en la respuesta inmune frente a infecciones virales, mediante la presentación de péptidos derivados de los patógenos a los linfocitos T. En este estudio piloto hemos analizado la afinidad de unión entre 66 alelos HLA de clase I y péptidos virales del SARS-CoV-2, y su asociación con la gravedad de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó el genotipado de los genes de HLA clase I de 45 pacientes agrupados según la gravedad de la infección por SARS-CoV-2 en leve, moderada y grave. A continuación se analizó la correlación de un modelo *in silico* de predicción de la afinidad de unión de péptidos virales a las diferentes moléculas de HLA de clase I, con la gravedad de la enfermedad. Para ellos se emplearon dos grados de afinidad: débil (umbral <500 nM) y fuerte (umbral <50 nM).

RESULTADOS

Los pacientes con enfermedad leve presentaron un genotipo HLA Clase I con una afinidad teórica significativamente mayor por la unión de péptidos del SARS-Cov-2, en comparación con los grupos moderados y severos. No se observaron diferencias significativas entre pacientes con evolución severa y moderada de la enfermedad. Los pacientes con enfermedad leve también presentaron un mayor porcentaje de heterocigosidad. Estos resultados sugieren que en lugar de buscar alelos de HLA aislados que protejan o predispongan a la enfermedad, parece más apropiado estudiar la afinidad del genotipo HLA completo en pacientes con COVID-19.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Estos resultados confirman la necesidad de continuar investigando el papel de HLA en la COVID-19. Consideramos razonable genotipar el HLA de los pacientes con COVID-19 dado que ayudaría a aclarar la heterogeneidad de las respuestas clínicas y podría conducir a un nuevo campo en la medicina de precisión, orientando el tratamiento según el riesgo particular.

AUTORES

Suárez-Carantofia, Cecilia
Viteri-Noel, Adrián
Fernández Sedeño, Jorge
Rodríguez Torres, Argeme
Mora Pimentel, Daniel
Cobo Reinoso, Javier



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Distinguishing among colonized and infected patients with *Clostridioides difficile* (CD) is not always an easy task. Moreover, the availability of NAAT has increased the overdiagnosis and overtreatment. It is known that patients with CD infection (CDI) show higher faecal calprotectin (fCP) concentrations than patients without CDI, and also that patients with severe CDI show higher levels of fCP than patients with mild CDI. Nevertheless the role of fCP in distinguishing CDI from CD colonization has not been addressed.

MATERIALES Y MÉTODOS

Prospective cohort study. Patients with inflammatory bowel disease were excluded. An infectious diseases specialist, blinded to fCP, prospectively evaluated and give recommendations all patients with toxigenic CD detection from January to June 2019. Patients were classified in group I (presumed CDI) when anti CD treatment was prescribed without doubts; group II (doubtful CDI) when either the IDP have doubts but decided to treat or recommended not to treat, but the responsible physician decided to treat; and group III (colonized or autolimited CDI) when the IDP recommended not to treat and the patient did not received anti CD treatment during the next month. Faecal samples in which CD was tested were frozen and stored. fCP was determined by Calprotectin ELISA Assay. fCP were compared among the three groups by Mann-Whitney U test. Sensitivity, specificity, likelihood ratios and ROC curve were calculated.

RESULTADOS

114 patients were diagnosed having toxigenic CD in faeces during the study period. 69 patients (52.3% women; mean age 68.8 years) were evaluated. 37(53.3%) presented positive direct toxin test and 32(46.7%) presented toxin test negative but NAAT positive for toxigenic CD. Median fCP concentrations was 382,7µg/g, IQR(126,6-833,9) in group I (44 cases), 126,5µg/g , IQR(57,4-273,9) in group II (14 cases) and 34,3µg/g, IQR(20,0-115,4) in group III (11 cases). ROC curve value was 0.855. With a cut off of 100µg/g sensitivity was 81.8%, specificity 72.7% and positive and negative likelihood ratios were 3 and 0.25, respectively. 15 cases in group I and II had fCP levels below 100µg/g.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

fCP could be useful in distinguishing patients that do not need anti CD antibiotics. If results are confirmed in larger samples, interventional studies should be performed to demonstrate the utility of fCP in clinical decision process.

AUTORES

Suárez-Carantón, Cecilia
Rey García, J.
García Sánchez, I.
Calleja López, J.

PRESENTADO EN

40° Congreso Nacional de la SEMI / 19° Congreso de la Sociedad Catalano-Balear de Medicina Interna (SCBMD). 28 de noviembre 2019

CONTACTO

Isabel García Sánchez
Tlf: 645030791
igarciasanchez@
salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y tratamiento de la miopatía necrosante inmunomediada (MNIM) por estatinas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Descripción de dos casos clínicos de MNIM en consultas de Medicina Interna (MI) y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Caso 1: Varón de 76 años, en tratamiento con atorvastatina 80 mg/día durante 3 años, que consulta por debilidad muscular proximal. Exploración fuerza 4/5 cuádriceps y deltoides bilateral. CK 4635 U/L. TC sin alteraciones.

Perfil serológico de autoinmunidad para miositis idiopática negativo. Electromiograma: miopatía inflamatoria generalizada y difusa. Biopsia muscular: fibras necróticas con cambios regenerativos y ausencia de infiltrado inflamatorio. Anticuerpos anti HMGC_o-A reductasa 132U (1-19). Tratamiento: prednisona 1mg/kg/día.

Caso 2: Varón de 64 años en tratamiento con simvastatina 10 mg/día desde hace 4 años. Consulta por debilidad muscular proximal progresiva de 4 meses de evolución. Se objetiva debilidad de cintura escapular con fuerza 4/5 y pélvica 3/5. Sin lesiones de dermatomiositis. CK 6382U/L. Perfil de autoinmunidad negativo. TC sin hallazgos.

Electromiograma: miopatía inflamatoria. Biopsia: fibras necróticas y regenerativas, ausencia de infiltrado inflamatorio. Anti-HMG-CoA reductasa 191 U (1-19). Tratamiento: prednisona, metotrexate e inmunoglobulinas.

DISCUSIÓN

Los inhibidores de HMG-CoA reductasa puede afectar al músculo esquelético produciendo mialgia, miositis, miopatía e incluso rabdomiolisis. Se han notificado casos muy raros de miopatía necrosante inmunomediada (MNIM) durante o tras el tratamiento con algunas estatinas (1). La MNIM se caracteriza clínicamente por debilidad muscular proximal y elevación de CK, que persiste a pesar de la interrupción del tratamiento (2).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

1. La MNIM por estatinas es un efecto adverso de clase, independiente de la dosis y el tiempo de exposición.
2. Se debe sospechar ante retirada del fármaco sin mejoría de los síntomas ni descenso de CK.
3. Los anticuerpos antiHMGC_oA positivos, aunque no son patognomónicos, apoyan el diagnóstico.
4. El tratamiento consiste en corticoterapia a dosis altas, siendo necesario con frecuencia asociar inmunosupresores e inmunoglobulinas.

AUTORES

López Villar, I.
Paredes Rodríguez, P.
Lourido García, D.
Martínez Lorca, A.
Castro Beiras, J.M.
Orduña Díez, M.P.



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Frontotemporal dementia is a common type of dementia particularly in patients younger than 65, encompassing a group of neurodegenerative diseases classified into 3 clinical variants: non-fluent variant primary progressive aphasia, semantic-variant aphasia and behavioral-variant. The goal is to evaluate FDG-PET as a biomarker for early and differential diagnosis and to investigate for specific metabolic signs.

MATERIALES Y MÉTODOS

41 patients with clinical diagnostic suspicion of FTD were consecutively evaluated. The data were compared with 41 controls. In all cases, a careful history, detailed neurological examination, laboratory studies and neuroimaging were performed. In atypical cases (26 patients) the differential diagnosis of Alzheimer's disease, parkinsonisms and/or psychiatric disorders was evaluated with: cerebrospinal fluid biomarkers, with pre- and postsynaptic Dopamine SPECT, with transcranial sonography, amyloid PET and/or genetic test. PET data was visually and semi-quantitatively analyzed using a standardized uptake value ratio with a reference region of the cerebellar cortex.

RESULTADOS

In 65% of the patients Frontotemporal dementia was diagnosed: (of them 15 primary progressive aphasia, 9 behavioral-variant, 1 semantic-variant and in 1 case primary progressive aphasia and Alzheimer's disease co-occurred). The remaining 35% were: (10 Alzheimer's disease, 2 corticobasal syndrome, 1 mild cognitive impairment, 1 drug-induced-parkinsonism and 1 progressive supranuclear palsy). FDG-PET showed high Sensitivity with 0 False Negatives. The specific metabolic signs of the variants: in primary progressive aphasia leftward asymmetry in the hemispheric brain, with hypometabolism mainly in left fronto-temporal region; In the behavioral-variant we found hypometabolism in the frontal and anterior temporal lobes, with involvement of the anterior cingulate gyrus, as more prominent metabolic findings. FDG PET also proves useful for discriminating FTD and early Alzheimer's disease (where hypometabolism in precuneus is especially indicative).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

In conclusión FDG-PET is a sensitive metabolic marker for early and differential diagnosis of FTD, with high negative predictive value. Patients with FTD have distinctive metabolic characteristics. In addition we also found specific metabolic signs in PPA and BV-FTD variants, further research is needed.

AUTORES

Becerra Aparicio, Federico
Gijón, Desiré
Merino, Irene
Gómez Zorrilla, Silvia
Horcajada, Juan Pablo
Ruiz Garbajosa, Patricia

PRESENTADO EN

SEIMC. Junio 2020 (la comunicación fue aceptada pero no llegó a presentarse por cancelación del congreso)

CONTACTO

Federico Becerra Aparicio
Tlf: 636931567
fedebecerraaparicio@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El clon de alto riesgo (CAR) *E. coli* (Ec)-ST131 es un patógeno de distribución mundial, asociado con infecciones del tracto urinario, resistencia a fluoroquinolonas y producción de CTX-M-15. Sin embargo, en los últimos años se ha descrito un aumento de un nuevo clado (ST131-C1-M27) asociado con la producción de CTX-M-27. En este estudio se analizaron las características microbiológicas y la presencia del CAR-ST131 en una colección de aislados de Ec causantes de bacteriemia de origen urinario relacionada con la asistencia sanitaria (BOU-RAS) recogidas en el seno del proyecto ITUBRAS-2. Los resultados se compararon con los obtenidos en el proyecto ITUBRAS-1 (2010-2011).

MATERIALES Y MÉTODOS

ITUBRAS-2 es un estudio observacional prospectivo en el que se han incluido todos los casos de BOU-RAS procedentes de 12 hospitales terciarios de diferentes zonas geográficas de España (Sep-2017 a Abr-2019). Los Enterobacteriales aislados de hemocultivos se recogieron para su posterior estudio microbiológico. La identificación bacteriana se confirmó por MALDI-TOF MS y el estudio de sensibilidad antibiótica se llevó a cabo por microdilución (EUCAST-2019). La producción de BLEE y carbapenemasa se analizó mediante el método de difusión disco-placa y test colorimétricos (CarbaNP, BioMérieux) respectivamente. La caracterización de los genes BLEE (blaSHV, blaTEM, blaCTX-M) y carbapenemasa (blaOXA-48, blaVIM, blaKPC, blaIMP) se realizó mediante PCR y secuenciación. La detección del CAR-ST131 se hizo mediante PCR multiplex.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 424 episodios de BOU-RAS de los que se aislaron 389 Enterobacteriales. Ec se identificó en el 57% de estos aislados (222/389). La prevalencia de Ec-BLEE aumentó de un 13,9% (30/215) en 2011 a un 30,6% (68/222) en 2019 ($p < 0,01$). Los aislados de Ec-BLEE presentaron porcentajes de resistencia significativamente mayores que los no productores a ciprofloxacino (92,6% vs. 38,3%), tobramicina (54,1% vs. 13%), gentamicina (42,6% vs. 11,7%), piperacilina-tazobactam (36,7% vs. 14,8%) y amikacina (14,7% vs. 3,2%) ($p < 0,01$ para todas las comparaciones). Todos aislados de Ec fueron sensibles a ceftolozano-tazobactam, carbapenémicos, tigeciclina y colistina. El CAR-ST131 se identificó en un 67,6% de los aislados de Ec-BLEE (46/68) vs. 15,5% de los no-BLEE (24/154), representando el 31,5% sobre el total de aislados de Ec, una proporción significativamente superior a la del estudio anterior (47/215, 21,8%; $p < 0,05$). CTX-M-15 fue la BLEE mayormente detectada (41/68, 60%), fundamentalmente en aislados ST131 (37/41, 90,2%). CTX-M-27, ausente en el estudio anterior, se identificó en 9 aislados, 8 de ellos pertenecientes al CAR-ST131. Por el contrario, en los aislados de Ec-BLEE-no-ST131 se detectó una mayor diversidad de enzimas, incluyendo diferentes tipos de CTX-M y SHV. La producción de carbapenemasa sólo se detectó en un aislado no productor de BLEE y no-ST131 (OXA-48).

AUMENTO SIGNIFICATIVO DEL CLON DE ALTO RIESGO CTX-M-15-ST131-ESCHERICHIA COLI Y EMERGENCIA DE CTX-M-27 COMO CAUSA DE BACTERIEMIA DE ORIGEN URINARIO ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA (PROYECTO ITUBRAS-2)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La prevalencia de Ec-BLEE causante de BOU-RAS en España ha aumentado significativamente en la última década, fundamentalmente asociado a la diseminación del CAR-CTX-M-15-ST131 y a la emergencia de CTX-M-27-ST131. Cefotolozano-tazobactam presentó una buena actividad, incluso entre los aislados pertenecientes al CAR-ST131.

AUTORES

Becerra Aparicio, Federico
Gijón, Desiré
Merino, Irene
Gómez Zorrilla, Silvia
Horcajada, Juan Pablo
Ruiz Garbajosa, Patricia

PRESENTADO EN

SEIMC. Junio 2020 (la comunicación fue aceptada pero no llegó a presentarse por cancelación del congreso)

CONTACTO

Federico Becerra Aparicio
Tlf: 636931567
fedebecerraaparicio@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Escherichia coli (*Ec*) es el principal patógeno causante de bacteriemia de origen urinario relacionada con la asistencia sanitaria (BOU-RAS), pero otras especies de *Enterobacterales* juegan un papel importante. En este estudio se investigó la prevalencia y las características microbiológicas de aislados de *Enterobacterales*, distintos de *Ec*, productores de BLEE y/o carbapenemasa causantes de BOU-RAS en España (proyecto ITUBRAS-2). Los resultados se compararon con los obtenidos en el estudio ITUBRAS-1 (2010-2011).

MATERIALES Y MÉTODOS

ITUBRAS-2 es un estudio observacional prospectivo en el que se han incluido todos los casos de BOU-RAS procedentes de 12 hospitales terciarios de diferentes zonas geográficas de España (Sep-2017 a Abr-2019). Los *Enterobacterales* aislados de hemocultivos se recogieron para su posterior estudio microbiológico. La identificación bacteriana se confirmó mediante MALDI-TOF MS y el estudio de sensibilidad antibiótica se llevó a cabo por microdilución (EUCAST-2019). Los aislados se clasificaron en función de su perfil de resistencia como multirresistentes (MDR), extremadamente resistentes (XDR) y panresistentes (PDR) (Magiorakos, 2012). La producción de BLEE y carbapenemasas se analizó mediante el método de difusión disco-placa y test colorimétricos (CarbaNP, BioMérieux) respectivamente. Los genes de BLEE (*blaSHV*, *blaTEM*, *blaCTX-M*) y carbapenemasa (*blaOXA-48*, *blaVIM*, *blaIMP*, *blaKPC*) se caracterizaron mediante PCR y secuenciación.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 424 episodios de los cuales se aislaron 389 *Enterobacterales*, siendo el 43% (167/389) especies diferentes de *Ec*. Dentro de este grupo, *Klebsiella pneumoniae* (*Kpn*) fue la más prevalente (57,5%), seguida de *Proteus mirabilis* (*Pm*, 11,4%) y *Enterobacter cloacae* (*Eclo*, 8,4%). El 45,5% (76/167) de los *Enterobacterales* no *Ec* fueron catalogados como MDR (50/76 *Kpn*), 3,6% (6/167) XDR (4/6 *Kpn*) y 0,6% (1/167) PDR (1 *Kpn*). El 10,7% (18/167) de los aislados fueron resistentes (CMI>2 mg/L) a ceftolozano-tazobactam (5 *Eclo*, 4 *Klebsiella aerogenes* y 9 *Kpn*), todos ellos productores de enzimas tipo AmpC, carbapenemasa y/o BLEE. La prevalencia de aislados productores de BLEE aumentó de un 9% (15/167) en 2011 a un 26,3% (44/167) en 2019 ($p<0,01$), siendo la mayoría de ellos *Kpn* (39/44) con un fenotipo MDR (36/39). CTX-M-15 (35/44; 79,5%) fue la enzima más detectada. En general, los productores de BLEE mostraron mayores porcentajes de resistencia a tobramicina (95,5% vs 9,7%), trimetoprim/sulfametoxazol (93,2% vs 19,5%), ciprofloxacino (93,2% vs 22%), gentamicina (72,7% vs 8,1%) y amikacina (13,6 vs 2,4%) que los no BLEE ($p<0,01$ para todas las comparaciones). Se detectaron 11 aislados (6,6%) productores de carbapenemasas: 7 OXA-48 (3 *Kpn*, 2 *Eclo*, 1 *Klebsiella oxytoca* y 1 *Morganella morganii*), IMP-1 (*Eclo*), VIM-1 (*Kpn*), OXA-244 (*Kpn*), y KPC-19 (*Kpn*). Además, 7 de estos aislados coproducían BLEE y se clasificaron como MDR (1 *Kpn*), XDR (3 *Kpn* y 2 *Eclo*) y PDR (1 *Kpn*).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

En los últimos años *Kpn* con fenotipo MDR/XDR/PDR ha aumentado de forma significativa como causa de BOU-RAS en España. Este aumento está fuertemente ligado a la producción de CTX-M-15 y diversos tipos de carbapenemasas, lo que remarca la importancia de esta especie en la diseminación de estos mecanismos de resistencia.

AUTORES

Marcos Mencía, D.
Romero Hernández, B.
Martínez García, L.
Cantón, R.
Galán, J.C.
Rodríguez Domínguez, M.

PRESENTADO EN

SEIMC. Junio 2020 (la comunicación fue aceptada pero no llegó a presentarse por cancelación del congreso)

CONTACTO

Daniel Marcos Mencía
Tlf: 656658228
dmm.mencia@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pandemia producida por el coronavirus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19 ha supuesto un reto para los sistemas sanitarios del mundo. Se han desarrollado pruebas diagnósticas basadas en detección de RNA viral mediante RT-PCR, considerada técnica de referencia en el diagnóstico de la infección aguda, así como un gran número de pruebas serológicas para la detección de anticuerpos para ayudar en el diagnóstico y la realización de estudios de seroprevalencia. El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de anticuerpos IgG en suero de los profesionales sanitarios de un Hospital terciario de Madrid usando dos ensayos comerciales diferentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron 675 muestras escogidas de manera aleatorizada de suero de profesionales del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se realizaron en paralelo, dos ensayos comerciales de quimioluminiscencia para detección de anticuerpos tipo IgG frente al virus SARS-CoV-2: ARCHITECT-iSystem (Abbott) frente a la proteína de la nucleocapside (N) y COVID-19 VIRCLIA IgG (Vircell) para detección de proteína de la nucleocapside (N) y de la glicoproteína spike (S). Para determinar la sensibilidad y la especificidad, se analizaron 135 sueros de trabajadores con datos conocidos de PCR positiva para SARS-CoV-2 y 400 sueros previos a la pandemia, respectivamente. Para el análisis estadístico y medir el nivel de concordancia de ambas técnicas se utilizó el índice Kappa.

RESULTADOS

De los 675 sueros estudiados, 657 sueros mostraron el mismo resultado (97,3%; 157 con resultado IgG positivo y 500 IgG negativo). El índice Kappa fue de 0,93, lo que sugirió muy buena concordancia entre ambas técnicas. Se encontraron 18 resultados discrepantes (2,6%): 16 con un resultado positivo por la técnica de Vircell y negativo por la técnica de Abbott. 2 presentaron un resultado positivo por ARCHITECT pero negativo con VIRCLIA.

En el análisis de la sensibilidad, de los 135 sueros analizados, 101 (74,8%) fueron positivos con el test de Abbott, mientras que 114 (84,4%) obtuvieron un resultado positivo con la técnica de Vircell. De los 400 sueros obtenidos previos a la pandemia todos fueron negativos cuando se analizaron por ARCHITECT, mientras que 13 sueros resultaron positivos utilizando la técnica de COVID-19 VIRCLIA IgG con una especificidad del 100% y del 96,7%, respectivamente).

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Existe una concordancia entre ambas técnicas del 97,3% (índice kappa, 0,93).

AUTORES

Marcos Mencía, Daniel
Escudero, Rosa
Ruiz Garbajosa, Patricia
Cantón, Rafael
Abad Torreblanca, Raquel
Sánchez Díaz, Ana M.

PRESENTADO EN

SEIMC. Junio 2020 (la comunicación fue aceptada pero no llegó a presentarse por cancelación del congreso)

CONTACTO

Daniel Marcos Mencía
Tlf: 656658228
dmm.mencia@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las infecciones meningocócicas causadas por serogrupos de *Neisseria meningitidis* (*Nm*) diferente al B o C han experimentado un crecimiento en países europeos en los últimos años. El conocimiento de su epidemiología es crucial para establecer acciones preventivas en población de riesgo. El objetivo de este trabajo es estudiar la epidemiología de las infecciones por *Nm* diagnosticadas en un hospital terciario de Madrid entre 2003-2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron todos los pacientes con aislamientos de *Nm* en hemocultivos o cultivo en líquido cefalorraquídeo. La identificación del microorganismo se realizó mediante pruebas bioquímicas (Galería API-NH, BioMérieux) y/o espectrometría de masas (MALDI-TOF MS, Bruker Daltonics). El serogrupado se realizó mediante aglutinación (BD) o PCR. El genosubtipado se realizó mediante secuenciación de las regiones variables (VR1 y VR2) del gen *porA* codificante de la proteína de clase 1 o por A. El estudio de sensibilidad antibiótica se realizó mediante difusión por disco y/o Etest (BioMérieux) y se interpretaron según criterios CLSI/EUCAST-2020. Los datos clínicos y epidemiológicos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron cuarenta y cuatro pacientes (50% mujeres, mediana de edad de 39 años; RIQ: 9,75-71) con diagnóstico de meningococemia (n=26; 59,1%), meningitis (n=7; 15,9%) o ambos (n=11, 25%). Los pacientes fueron ingresados en los servicios de Enfermedades Infecciosas (n=21; 47,7%), Pediatría (n=13; 29,5%) y Medicina Interna (n=5; 11,4%) principalmente. Casi la mitad de los pacientes (n=20; 45,4%) necesitó ingreso en UCI y la tasa de mortalidad fue del 6,8% (3 pacientes fallecieron). El 56,8% (n=25) de los pacientes cursó con exantema y el 13,6% (n=6) de los casos se acompañó con un cuadro de artritis séptica

La mayoría de los casos se detectaron en los años 2004, 2005 y 2006 (5 cada año; 35,7%) y 2019 (7; 15,2%). El serogrupado se realizó en 31/44 aislados, siendo la distribución: B (n=12; 38,7%), C (n=11; 35,5%), Y (n=4; 12,9%), W (n=3; 9,7%) y A (n=1; 3,2%). El serogrupo W solo fue aislado durante el año 2019 en pacientes con meningococemia y clínica de infección respiratoria. Dos de estas cepas pertenecieron al genosubtipo (por A) VR1:5; VR2:2. Todos los aislados de *Nm* fueron sensibles a cefalosporinas de tercera generación, rifampicina y quinolonas. Sólo dos aislados eran resistentes o presentaron una sensibilidad intermedia a la penicilina.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Se ha observado un aumento de casos de infección por *Nm* en los últimos años junto con un cambio en la circulación de los diferentes serogrupos. Cabe destacar la emergencia del serogrupo W genosubtipo (por A) VR1: 5; VR2: 2 que pertenece al CC11, un complejo clonal hiperinvasivo ampliamente distribuido a nivel mundial y cuyos casos han aumentado desde hace dos años en España y Europa. La observación de este cambio epidemiológico debe ser una prioridad en los programas de vigilancia y vacunación.

AUTORES

Álvarez Nadal, Marta
Martín Capón, Irene
Viera Ramírez, Elizabeth
Fernández Lucas, Milagros

PRESENTADO EN

57th ERA-EDTA Virtual
Congress. 6-9 junio 2020

CONTACTO

María Álvarez Nadal
Tlf: 627133779
martaalvnadal@gmail.com



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hipotensión intradialítica (HID) es la complicación más frecuente durante una sesión de hemodiálisis (HD), asociando elevada morbimortalidad. Inicialmente, el fluido se extrae del compartimento intravascular y, para compensar la caída inicial de volumen sanguíneo absoluto (VSA), se produce un intercambio de volumen desde el espacio intersticial al intravascular, conocido como relleno vascular (Vref). El desequilibrio entre la tasa de ultrafiltración y el Vref es el principal desencadenante de HID.

Tradicionalmente se ha propuesto que el uso de líquido de diálisis a baja temperatura mejora la tolerancia hemodinámica, disminuyendo los eventos de HID. Sin embargo, no se ha estudiado su relación con el Vref o con la caída de VSA (Δ VSA) debido a que su medición requería mecanismos invasivos difícilmente accesibles en la práctica clínica. Recientemente Schenditz y Kron han desarrollado un método para el cálculo del VSA y estimación del Vref, no invasivo y fácilmente reproducible.

El objetivo primario es analizar las variaciones de Vref y Δ VSA en función de la temperatura del líquido de diálisis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño cruzado con dos perfiles de temperatura del baño: 35,5°C y 36,5°C. Cada paciente es sometido a ambos tratamientos, en la primera sesión de HD de la semana, en orden aleatorizado, y con una semana de lavado entre ambas intervenciones.

El estudio se ha realizado en una cohorte de pacientes prevalentes en HD y, utilizando el biosensor BVM incorporado en los monitores de hemodiafiltración-online 5008 (FMC®), se ha calculado Δ VSA y Vref según la metodología propuesta por Kron et al. Para el análisis estadístico se ha aplicado la prueba t-Student para muestras apareadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes (37 varones), con un edad media de 68.04 ± 15.82 años. La enfermedad renal más prevalente fue la nefropatía diabética (34%). El análisis global no reveló diferencias entre ambos perfiles al estudiar Vref ni Δ VSA. Se detectaron 39 episodios de HID en 30 pacientes, de los cuales 25 (64%) ocurrieron a temperatura neutra ($p=0.037$). Analizando los 30 pacientes que presentaron algún evento de HID, la Δ VSA a temperatura fría fue significativamente menor que a temperatura neutra (0.57 L vs 0.71 L, $p=0.017$). Del mismo modo, la fracción de relleno vascular (Fref) fue mayor a temperatura fría, si bien la relación no resultó significativa (78.12 vs 66.67, $p=0.062$).

Al estudiar los 9 pacientes que presentaron HID únicamente con temperatura de baño neutra, se observó una Δ VSA (0.61 L vs 0.73 L) y una Fref mayor (72.31% vs 60.57%) a temperatura fría, no alcanzando significación estadística.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

En pacientes seleccionados, el uso de líquido de diálisis a baja temperatura induce una menor variación de VSA a expensas de una mayor Fref, mejorando la tolerancia hemodinámica al tratamiento. Éste es el primer trabajo que analiza cómo se modifican Δ VSA y Vref según parámetros propios de la técnica, pudiendo servir como punto de partida para un nuevo campo de estudio.

EFFECTO DE LA PRESERVACIÓN HIPOTÉRMICA EN MÁQUINA (PHM) CONTINUA Y DEL TIEMPO DE PERFUSIÓN EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LOS INJERTOS PROCEDENTES DE DONACIÓN CON CRITERIO EXPANDIDO (DCE) Y DONACIÓN EN ASISTOLIA (DA)

AUTORES

López Plaza, J.A.
Gómez dos Santos, V.
Ruiz Hernández, M.
Álvarez Rodríguez, S.
Díez Nicolás, V.
Hevia Palacios, V.
Burgos Revilla, F.J.

PRESENTADO EN

Congreso madrileño de trasplantes. 23 de noviembre 2019

CONTACTO

José Antonio López Plaza
Tlf: 608521449
jose_lopezplaza@hotmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La PHM reduce el riesgo de función retardada renal (FRR) en DCE y DA y mejora la supervivencia a 1 año (S1a) en DCE (1,2). Aunque muchos dispositivos de PHM son transportables, los injertos importados se preservan solo al final del tiempo de isquemia fría (PHMf).

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la PHM continua (PHMc) vs la PHMf y el tiempo de PHM en los resultados funcionales de DCE y DA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de cohortes prospectivo de receptores de un primer trasplante renal de injertos DCE y DA desde febrero de 2012, con un seguimiento mínimo de 6 meses.

Se empleó el Test de Wilcoxon, test de Student o χ^2 para analizar las diferencias entre las características basales de donantes y receptores y para el análisis univariante de los resultados funcionales. Se realizó una regresión logística multivariante para estimar la influencia de la PHMc y el tiempo de PHM en la incidencia de FRR. Se empleó un modelo predictivo de Cox multivariante para detectar aquellas variables que influyen en la duración de la FRR y un modelo estimativo de Cox para evaluar la influencia de la PHMc y del tiempo de PHM en la S1a.

RESULTADOS

80 PHMc (74 DCE, 6 DA), 134 PHMf (119 DCE, 15 DA). Hubo diferencias estadísticamente significativas en la edad de los donantes y de receptores, tiempo de isquemia fría, % de tiempo en máquina y tiempo de PHM. En el análisis univariante, PHMc mejoró la FRR y S1a. En el análisis multivariante se observó una tendencia a la disminución del riesgo de FRR de la PHMc, pero no se observó efecto en S1a. No se han observado diferencias en cuanto al riesgo de NFP, TV y RA. El tiempo de PHM disminuyó el riesgo de FRR, pero no afectó a la S1a. Solo la DA se relacionó con la duración de la FRR.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

La PHMc y el tiempo de PHM mejoran los resultados de FRR, pero no se puede demostrar que tengan efecto en la S1a. La duración de la FRR solo se ve influenciada por el tipo de donación.

AUTORES

Santiago González, Marta Laso García, Inés Arias Fúnez, Fernando Lorca Álvaro, Javier Mínguez Ojeda, César Burgos Revilla, F. Javier

PRESENTADO EN

35th Annual EAU Congress. Julio 2020 (online)

CONTACTO

Marta Santiago González
Tlf: 607609713
msantiago.1@alumni.unav.es

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Focal therapy has been described as a treatment option for comorbid patients or bilateral tumours. The aim of this study is to evaluate the oncological results and the safety of cryotherapy performed in our centre for the treatment of renal tumours.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Prospective review and follow-up of the patients who underwent cryotherapy for the treatment of renal tumours in our centre from January 2008 to September 2019.
- Cryotherapy was offered as a treatment option to patients with bilateral tumours or solitary kidney, or to comorbid patients, as indicated by the European Guidelines.
- Follow-up was performed with contrast-enhanced ultrasound (CEUS) and CT 3 and 12 months after the procedure, continuing with biannual CEUS and CT during the first three years. After such time, follow-up was performed only with annual CEUS.
- Overall and renal unit survival during follow-up were analysed through Kaplan-Meier test. For renal unit survival analysis, deaths were considered censored times.

RESULTADOS

59 patients were treated with cryotherapy. 76.3% were male. Mean age: 69.51 years old (SD 11.54).

Cryotherapy indication	N (%)
Comorbidity	39 (66.1%)
Solitary kidney	7 (11.9%)
Chronic kidney disease	3 (5.1%)
Von Hippel Lindau Syndrome	3 (5.1%)
Bilateral tumour	3 (5.1%)
Multiple tumours	2 (4.3%)

The target lesion was located on the right kidney in 52.5% of the cases. The most frequent location of the tumour was the posterior pole (74.6%) and mid pole (42.4%). The mean size was 26.47 mm (SD 7.48).

At the time of cryotherapy treatment, a biopsy was taken in 47 patients (79.7%), with the following anatomopathological results:

Biopsy (79.7%)	N (%)
Renal cell carcinoma	18 (30.5%)
Oncocytoma	8 (13.6%)
Papillary carcinoma	4 (6.8%)
Angiomyolipoma	1 (1.7%)
Sarcoma	1 (1.7%)
Non-conclusive	17 (28.8%)

Access	N (%)
Percutaneous, CT-guided	42 (71.2%)
Percutaneous, US-guided	8 (13.6%)
Laparoscopic	8 (13.6%)
Open	1 (1.7%)

Complications: 20 (33.9%)	N (%)	Treatment
Pain	11 (18.6%)	Conservative
Hematoma	8 (13.6%)	Conservative
Active bleeding	1 (1.7%)	Embolization

Follow-up	50.9 months (SD 31.2)
Recurrence	14 (24.6%)
Focal recurrence	8 (13.6%)
Treatment of recurrence	
- Salvage cryotherapy	3 (5.1%)
- Radical nephrectomy	6 (10.2%)
- Surveillance	5 (8.5%)

Overall survival at 12, 24 and 48 months after treatment was of 98.1%, 85.8% and 61.4% respectively. No cancer-specific mortality was found in this series.

Renal unit survival at 12, 24 and 48 months after treatment was of 94.2%, 92% and 84.5% respectively.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Cryotherapy for renal tumours is a safe treatment option for comorbid or monorenal patients, with rare major complications and a good oncological outcome. Follow-up with CEUS is a feasible option in these patients.

AUTORES

Santiago González, Marta Hevia Palacios, Vital Gómez dos Santos, Victoria Lorca Álvaro, Javier Burgos Revilla, F. Javier

PRESENTADO EN

Congreso nacional virtual de urología. Noviembre 2020

CONTACTO

Marta Santiago González
Tlf: 607609713
msantiago.1@alumni.unav.es



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del estudio es evaluar la utilidad de escalas nefrométricas, especialmente el nuevo índice SPARE, en la predicción complicaciones postoperatorias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a NP (2013-2019). Evaluación de asociación entre scores nefrométricos y complicaciones precoces (<30 días) mediante regresión logística, incluyendo las variables IMC, ASA, abordaje quirúrgico, SPARE y R.E.N.A.L. en un modelo multivariante. Análisis de asociación entre scores y severidad de complicaciones mediante regresión logística.

RESULTADOS

Se realizaron 224 NP en el periodo estudiado.

	Media (DE)/N(%)
Edad	62,4 (0,7)
Varones	143 (63,8%)
ASA	
- I-II	159 (70,9%)
- III-IV	65 (29,1%)
IMC	27,2 (0,2)
Tamaño (mm)	37,9 (1,3)

Scores	Media (DE)
Padua	8,1 (0,1)
SPARE	2,7 (0,1)
R.E.N.A.L.	6,6 (0,1)
MAP score	1,4 (0,1)

Datos quirúrgicos	Media (DE)/N(%)	
Abordaje:	Abierto 83	Laparoscópico 141
- 2013-2015	64,3%	35,7%
- 2015-2019	23,7%	76,3%
Sangrado estimado (ml)	212,5 (11,9)	
Transfusión intraoperatoria	7 (3,1%)	
Reconversión a abierta	10 (4,5%)	
Reconversión a radical	3 (1,4%)	

Complicaciones precoces: 54 (24,1%), siendo 39 (17,4%) leves (Clavien I-II) y 15 (6,7%) severas (Clavien III-IV).

En el análisis univariante, las variables SPARE (OR=1,23; p=0,002) y abordaje quirúrgico abierto (OR=0,40 siendo factor protector la cirugía laparoscópica; p=0,005) se demostraron predictoras de complicaciones. En el análisis multivariante, únicamente SPARE presentó una asociación significativa con la incidencia de complicaciones (OR 1,21; p=0,041).

En cuanto a la severidad de complicaciones, en el análisis univariante las variables Padua (OR=1,26; p=0,028), SPARE (OR=1,29; p=0,000), R.E.N.A.L. (OR=1,17; p=0,048) y abordaje quirúrgico abierto (OR=0,39 siendo factor protector la cirugía laparoscópica; p=0,003) fueron predictoras de complicaciones graves. En el análisis multivariante, únicamente abordaje quirúrgico abierto (OR=0,14 siendo factor protector la cirugía laparoscópica; p=0,015) predice complicaciones severas.

UROLOGÍA

**¿ES EL NUEVO ÍNDICE NEFROMÉTRICO SPARE
UN BUEN PREDICTOR DE COMPLICACIONES
TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL (NP)?**

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

24,1% de los pacientes presentaron complicaciones precoces, fundamentalmente Clavien I-II. El score SPARE es útil como predictor de incidencia de complicaciones. El abordaje laparoscópico ha aumentado su frecuencia a lo largo de los años hasta ser el más empleado en la actualidad, relacionándose con la severidad de las complicaciones.

AUTORES

Santiago González, Marta Fraile Poblador, Agustín Ruiz Hernández, Mercedes Hevia Palacios, Manuel López-Fando Lavalle, Luis Jiménez Cidre, Miguel Ángel Burgos Revilla, F. Javier

PRESENTADO EN

Congreso nacional virtual de urología. Noviembre 2020

CONTACTO

Marta Santiago González
Tlf: 607609713
msantiago.1@alumni.unav.es

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del estudio es evaluar resultados funcionales a corto y medio plazo, y complicaciones del implante simultáneo de AdVance® y prótesis de pene de tres componentes (IPP3).

MATERIALES Y MÉTODOS

- Estudio retrospectivo observacional. Seguimiento: 30/03/2011-09/12/2019.
- Gravedad IUE: compresas/día y pad-test (24h).
- Éxito de cirugía de IUE: curación (0 compresas/día) o mejoría (mejoría $\geq 50\%$ en número de compresas o Pad Test).
- Éxito IPP3: cuestionario Quality of Life and Sexuality with Penile Prosthesis Questionnaire (QoLSPP).
- Comparación de variables cuantitativas con test de Mann-Whitney, dicotómicas con test exacto de Fisher y ordinales con regresión logística.

RESULTADOS

- 51 implantes de dispositivo AdVance® en el período descrito (5 AdVance® y 46 AdVance® XP). 10 (19,6%) casos de doble implante de AdVance® XP+IPP3 (AMS700).
- Todos los pacientes presentaban IUE y DE postprostatectomía (mediana de tiempo prostatectomía-sling: 80,87 meses (RIC 58,79)). Ninguno tenía antecedentes de radioterapia ni cirugía previa para IUE.

Mediana (RIC)/N(%)	AdVance®: 41 (81,4%)	AdVance®+IPP3: 10(19,6%)	p
Edad	70 (7)	65 (16)	0,0296
Compresas/día	2 (2)	2 (3)	0,8766
Pad-test (gr)	117 (172)	236 (283)	0,2010
IU nocturna	2 (0,05)	2 (0,2)	0,168
Kegel	20 (60)	4 (40)	0,444
Estenosis anastomosis*	12 (29)	1 (10)	0,203

* En todos los casos estabilizada previamente a cirugía (mediana de tiempo cirugía estenosis-sling: 27,7 meses, RIC 10,9).

- Tiempo operatorio: significativamente mayor en pacientes con AdVance®+IPP3 (60 vs 125 min, $p=0,000$). En ningún caso hubo complicaciones intraoperatorias.
- Mediana seguimiento: 10,9 meses (rango 2,00-24,76).
- Resultados DE: mediana QoLSPP 61,5 (RIC 24,5). Los 10 pacientes presentan prótesis funcionantes desde activación y no ha sido preciso retirar ninguna.
- Resultados continencia:

	Curado	Mejoría	Fracaso	
AdVance®	30	7	4	p = 0,3056
AdVance®+IPP3	7	3	0	

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MASCULINA Y DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL CON MALLAS DE REPOSICIONAMIENTO URETRAL Y PRÓTESIS DE PENE DE TRES COMPONENTES EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO

- Complicaciones precoces (<30 días): significativamente más frecuentes en grupo de doble implante (8 vs 11 en grupo de AdVance® aislado, $p=0,003$), sin diferencias en Clavien I vs Clavien \geq II entre ambos grupos ($p= 0,419$).

	AdVance®	AdVance®+IPP3
Clavien I	3 (1 sangrado herida, 2 hematomas perineales)	4 (1 sangrado herida, 3 hematomas perineales)
Clavien II	8 (5 RAO, 2 ITUs, 1 infección herida)	3 (2 RAO, 1 fiebre sin foco)
Clavien IIIA	0	1 (hematoma perineal que requirió drenaje quirúrgico)

- Complicaciones tardías: no diferencias entre grupos (0 vs 5, $p=0,319$)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

El doble implante de AdVance®+IPP3 presenta resultados de continencia y complicaciones graves comparables al de AdVance® aislado.

AUTORES

Santiago González, Marta Hevia Palacios, Manuel Gómez dos Santos, Victoria Lorca Álvaro, Javier Burgos Revilla, F. Javier

PRESENTADO EN

Congreso nacional virtual de urología. Noviembre 2020

CONTACTO

Marta Santiago González
Tlf: 607609713
msantiago.1@alumni.unav.es

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La nefrectomía parcial (NP), cuando es factible, es el tratamiento indicado para tumores renales T1. El objetivo del estudio es evaluar los resultados oncológicos y funcionales de NP en un hospital terciario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a NP (2013-2019). Las variables estudiadas incluyen características basales del paciente y tumor, datos quirúrgicos, resultados funcionales, anatomopatológicos y oncológicos. Los resultados funcionales se analizaron mediante el test de Wilcoxon y la supervivencia global (SG), cáncer-específica (SCE) y libre de recidiva (SLR) mediante curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

Se realizaron 224 NP en el periodo estudiado.

	Media (DE)/N(%)
Edad	62,40 (0,76)
Varón/Mujer	143 (63,84%)/81 (36,16%)
ERC	25 (11,16%)
Tumor bilateral	24 (10,71%)
Monorreno	6 (2,68%)
Tamaño (mm)	37,88 (1,31)
Estadio clínico:	
- cT1a	147 (65,63%)
- cT1b	59 (26,34%)
- cT2a	11 (4,91%)
- cT2b	4 (1,79%)
- cT3a	3 (1,34%)

Datos quirúrgicos	Media (DE)/N(%)
Clampaje:	
- No clampaje	21 (9,38%)
- Selectivo	13 (5,81%)
- Completo	190 (84,82%)
Tiempo de isquemia (minutos)	26,35 (0,96)
Escisión:	
- Enucleación	27 (12,05%)
- Enucleo-resección	98 (47,75%)
- Resección	99 (44,20%)
Renorrafia:	
- No	6 (2,68%)
- Monoplano	35 (15,63%)
- Biplano	183 (81,7%)

Resultados oncológicos	N(%)
Malignos:	162 (72,65%)
- Células claras	- 98 (60,49%)
- Papilar	- 39 (24,07%)
- Cromóforo	- 19 (11,73%)
- Otros	- 6 (3,70%)
Benignos:	61 (27,35%)
Estadío:	
- pT1a	- 107 (48,2%)
- pT1b	- 35 (15,77%)
- pT2a	- 6 (2,7%)
- pT3a	- 14 (6,31%)
Márgenes:	
- Negativo	204 (91,48%)
- Focal	8 (3,59%)
- Positivo	11 (4,93%)

Seguimiento:

- Mediana de seguimiento 35,5 meses (rango 3-85), no alcanzándose mediana de SG ni SCE.
- 13/162 recaídas (8,1%), mediana de tiempo hasta recaída 15 meses.
- Mediana SLR 83 meses. 10 pacientes muertos (4,5%), 2 de ellos por cáncer (2/162=1,23% de mortalidad cáncer-específica).

Creatinina (mg/dL)		
Preoperatoria	0,91	
+1 mes	0,96	p=0,0177
+1 año	0,98	p=0,0049
TFG		
Preoperatorio	81,35	
+1 mes	76,57	p=0,0068
+1 año	75,13	p=0,0003

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

NP consigue buenos resultados oncológicos a corto plazo en pacientes con tumores T1, y en casos seleccionados de T2-T3. El empeoramiento de función renal, aunque estadísticamente significativo, es de una magnitud muy pequeña.

AUTORES

Artiles Medina, A.
García Barreras, S.
Mata Alcaraz, M.
Sanz Mayayo, E.
Fraile Poblador, A.
Rodríguez-Patrón, R.
Burgos Revilla, F. J.

PRESENTADO EN

40th Congress of the Société
Internationale d'Urologie. 10-
11 de octubre 2020

CONTACTO

Marina Mata Alcaraz
Tlf: 66007217
marinavl10@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Pathological discrepancies between needle biopsy and radical prostatectomy (RP) specimens can lead to a poor estimation of tumor risk and therefore a wrong choice of treatment.

Thus, the objective of the study was to determine the prevalence and predictors of pathological upgrading and upstaging including prior MRI, in men with low-risk prostate cancer who underwent RP.

MATERIALES Y MÉTODOS

We retrospectively reviewed 52 men who met AUA criteria for low-risk prostate cancer (PSA <10 ng/ml, Grade Group 1 or Gleason 6 and clinical stage T1-T2a) and underwent RP in our institution between January 2018 and December 2019. Pre-operative clinical and pathological data were obtained. The predictive value of several factors, including age, PSA level, number of positive cores, prior MRI and prostate volume on upgrading/upstaging was examined using logistic regression analysis.

Upgrading was defined as Gleason >6 on RP specimen.
Upstaging was defined as pathological stage \geq T3.

RESULTADOS

A total of 73% of patients were upgraded and 11.5% were upstaged. The distribution of Gleason score in upgraded patients was: 38.4% Gleason 7(3+4), 28.8% Gleason 7(4+3), 3.8% Gleason 8(4+4) and 1.9% Gleason 9(4+5).

It is clinically relevant that 83.33% of patients with prior PIRADS 4-5 was upgraded (Table 1). In multivariate analysis, upgrading was significantly associated only with increased number of positive cores (OR 2.06, 95% CI 1.02-4.16, $p=0.04$). The odds of upstaging increased with higher PSA levels (OR 2.53, 95% CI 1.08-5.9, $p=0.03$).

TABLE 1 – Characteristics of patients who underwent radical prostatectomy for low-risk prostate cancer (n = 52)

Variable	n (%) or mean (SD)
Age	62.96 (SD 6.57)
BMI	26.39 (SD 1.93)
Prior PIRADS (if mp MRI was performed)	
No findings (1,2)	4 (25%)
3	6 (37.5%)
4	4 (25%)
5	2 (12.5%)
Prior PSA level	6.99 (2.57)
<i>Free:total PSA ratio</i>	0.15 (SD 0.06)
Prostate volume	39.81 (SD 14.53)
Density of PSA	0.20 (SD 0.11)
Pathologic Gleason score	
6	14 (26.9%)
7(3+4)	20 (38.4%)
7 (4+3)	15 (28.8%)
8	2 (3.8%)
9(4+5)	1 (1.9%)
Pathologic stage	
pT2	46 (88.5%)
pT3a	4 (7.6%)
pT3b	2 (3.8%)
Positive surgical margins	14 (29.17%)
<i>Neurovascular Bundle Preservation</i>	31 (64.58%)
Upgrading	38 (73.1%)
Prior PIRADS ≥4 (n=6)	
Not upgraded	1 (1.67%)
Upgraded	5 (83.33%)
Upstaging	6 (11.5%)
<i>Biochemical recurrence</i>	1 (2.27%)
<i>All-cause mortality</i>	0

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Number of positive cores and PSA level are predictive factors of upgrading and upstaging, respectively, and they should be taken into consideration when offering low-risk prostate cancer patients different treatment options. However, the role of prior PIRADS in determining upgrading or upstaging needs to be investigated further.

AUTORES

Artiles Medina, A.
Mata Alcaraz, M.
Mínguez Ojeda, C.
García Barreras, S.
Fraile Poblador, A.
Burgos Revilla, F. J.

PRESENTADO EN

9th Meeting of the EAU Section of Urological Imaging in conjunction with the 12th European Multidisciplinary Congress on Urological Cancers. 12 November 2020

CONTACTO

César Mínguez Ojeda
Tlf: 679103428
cesar.minguez.1994@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

In the era of multi-parametric magnetic resonance (MRI), the role of saturation biopsy in reducing the false negative rate is up for debate. The need for rebiopsy after negative MRI is a controversial issue.

Objectives: To assess the role of transperineal saturation biopsy in men who has a prior negative MRI and to analyze the factors associated with positive biopsy in this clinical scenario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Of 553 consecutive men who underwent transperineal MRI/TRUS fusion targeted biopsies or saturation prostate biopsies from January 2017 to June 2020, 68 had prebiopsy negative MRI imaging with PI-RADS score less than 3.

RESULTADOS

The incidence of prostate cancer was 33/68 (48.52%) in men with negative MRI who underwent a saturation biopsy. A total 21 out of 33 (63.6%) had a clinically insignificant prostate cancer (defined as Gleason score <7, ≤3 positive cores and ≤50% core involvement) (table 1). Table 2 shows univariate analysis. 91.67% of patients with both no prior negative biopsy and free: total PSA<20% have a positive saturation biopsy (11/ 12). The results of the multivariate analysis demonstrated that only a free: total PSA ratio <20% is a significant predictor of positive saturation biopsy in patients with prior negative MRI (p = 0.005).

TABLE 1 – Characteristics of patients with positive saturation biopsy

Grade	
· Gleason 6 (3+3) (ISUP 1)	21 (63.60%)
· Gleason 7 (3+4) (ISUP 2)	8 (24.4%)
· Gleason 7 (4+3) (ISUP 3)	1 (4.34)
· Gleason 8 (4+4) (ISUP 4)	2 (6.06%)
· Gleason 9 (4+5) (ISUP 5)	1 (4.34%)
Percentage of positive cores	12.90 (SD 11.56)
Extent of involvement of needle cores	10.66 (SD 9.47)
Bilateral tumor	10 (30.30%)
Gleason score in AS patients (n=35)	
· Gleason 6	11 (31.4%)
· Gleason 7 or greater	7 (20%)

TABLE 2 – Univariate analysis

Variable	Biopsy outcome		p
	Negative (n = 35)	Positive (Gleason \geq 6) (n = 33)	
Age	63.17 (SD 6.68)	65.12 (SD 6.89)	0.24
BMI	27.46 (SD 3.39)	27.98 (SD 4.51)	0.61
Prostate volume	72.78 (SD 34.11)	54.38 (SD 30.61)	0.009*
Prior negative biopsy (at least one)	17 (54.84%)	9 (29.03%)	0.039*
Number of prior negative biopsies	0.96 (SD 1.07)	0.45 (SD 0.80)	0.03*
PSA range			0.022*
· <10	19 (61.29%)	28 (87.50%)	
· \geq 10	12 (38.71%)	4 (12.50%)	
PSA level	9.13 (SD 5.73)	7.60 (SD 3.24)	0.19
PSA density	0.14 (SD 0.85)	0.17 (SD 0.95)	0.12
Free:total PSA ratio	0.23 (SD 0.08)	0.25 (SD 0.40)	0.02*
Intervals of free:total PSA ratio			0.004*
· <20%	4 (28.57%)	17 (80.95%)	
· \geq 20%	10 (71.43%)	4 (19.05%)	
PSA velocity	3.64 (SD 5.00)	1.72 (SD 0.93)	0.35
Total biopsy cores	23.5 (SD 4.04)	21.54 (SD 3.99)	0.12

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Saturation biopsy should be considered in biopsy naïve men and those with an unfavourable free-total PSA ratio and suspected prostate cancer, despite having a prior negative MRI.

Saturation biopsy could be avoided in men with negative MRI, with free:total PSA ratio \geq 0.20 and history of previous negative biopsies.

AUTORES

Artiles Medina, A.
Ruiz Hernández, M.
Sánchez González, A.
López-Fando Lavalle, L.
Jiménez Cidre, M. A.
Burgos Revilla, F. J.

PRESENTADO EN

12th European
Multidisciplinary
Congress on Urological
Cancers. 13-14 November
2020

CONTACTO

A. Artiles Medina
Tlf: 913368760
alberc.artiles@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Several studies have reported that elderly patients are more susceptible to complications and poor oncological outcomes after radical cystectomy. Nevertheless, this issue remains an important challenge.

Objectives are to assess both cancer specific survival (CSS) and overall survival (OS) of patients aged >75 years after radical cystectomy compared with younger patients, and to analyze complication rate (early and late) of elderly patients after curative therapy compared to younger patients.

MATERIALES Y MÉTODOS

A total of 166 patients underwent radical cystectomy from January 2014 to June 2018. 75 patients aged >75 years underwent radical cystectomy. Cancer-specific survival and overall survival were calculated using Kaplan-Meier curves. Competing-risks survival regression was also performed to adjust the univariate and multivariable CSS hazard ratios for the competing event of death due to causes other than bladder cancer.

RESULTADOS

The following table shows operative and postoperative outcomes.

TABLE - Operative and postoperative outcomes			
Variable	<=75 years (n=91)	>75 years (n=75)	p
Approach (laparoscopic vs open)	51 (56%) vs 40 (44%)	39 (52%) vs 36 (48%)	0.64
Urinary diversion			
Ileal conduit	66 (72.5%)	64 (85.3%)	0.003*
Indiana Pouch	5 (5.5%)	1 (1.3%)	
Orthotopic neobladder	18 (19.7%)	3 (4%)	
Ureterocutaneous stoma	2 (2.2%)	7 (9.3%)	
Blood transfusion (number of RBC concentrates)	0.4 (SD 1.2)	1.0 (SD 2.1)	0.15
Intraoperative complication	6 (6.6%)	9 (12%)	0.21
Length of hospital stay, days	13	15	0.08
Clavien-Dindo score for early complications (90 days)	60 (65.9%)	51 (68%)	0.77
Clavien 1	4 (6.6%)	5 (9.8%)	
Clavien 2	39 (65%)	29 (56.8%)	
Clavien 3a	1 (1.6%)	0	
Clavien 3b	11 (18.3%)	7 (13.7%)	
Clavien 4	5 (8.3%)	6 (11.7%)	
Clavien 5	0	4 (7.8%)	
ICU stay, days	2.0 (SD 3.4)	1.8 (SD 1.6)	0.56
90-day emergency department visits	53 (58.2%)	40 (53.3%)	0.80
90-day readmission	33 (36.3%)	23 (30.6%)	0.64

TABLE - Operative and postoperative outcomes (cont.)

pT			0.016*
T0	13 (14.3%)	4 (5.3%)	
Ta	8 (8.8%)	1 (1.3%)	
T1	4 (4.4%)	7 (9.3%)	
T2	17 (18.7%)	8 (10.6%)	
T3a	18 (19.8%)	25 (33.3%)	
T3b	6 (6.6%)	7 (9.3%)	
T4	6 (6.6%)	11 (14.6%)	
Tis	19 (20.8%)	12 (16%)	
Concomitant Cis	34 (37.4%)	36 (48%)	0.16
Positive margins	3 (3.3%)	8 (10.6%)	0.054
pN+ status	14 (15.4%)	17 (22.6%)	0.15
Number of nodes removed	21.9 (SD 9.4)	21.6 (SD 7.0)	0.67
Adjuvant chemotherapy	22 (24.2%)	13 (17.3%)	0.41
Late complication	32 (35.2%)	24 (32%)	0.55
Overall Mortality	24 (26.4%)	37 (49.3%)	0.002*
Local recurrence	7 (7.7%)	15 (20%)	0.02*
Tumor progression	22 (24.2%)	30 (40%)	0.02*

At 24 months, CSS and OS rates were 90 and 80 %, respectively, for patients aged ≤ 75 years. Regarding to elderly patients (>75 years), at 24 months, CSS and OS rates were 76 and 60 %, respectively. Both CSS (HR: 2.28, $p = 0.0024$) and OS (HR 2.20, $p=0.004$) rates were lower in the group of >75 years.

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Radical cystectomy is a safe and effective treatment of bladder cancer in the elderly, though these patients have lower CSS and OS rates.

AUTORES

Artilles Medina, A.
Sánchez Cuervo, M.
Gómez dos Santos, V.
Álvarez Díaz, A.
Burgos Revilla, F. J.

PRESENTADO EN

I Congreso Virtual de la
Sociedad Española de
Oncología Médica (SEOM).
19-23 octubre 2020

CONTACTO

A. Artilles Medina
Tlf: 913368760
alberc.artilles@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Como consecuencia del desarrollo constante en investigación biomédica, y especialmente en lo que se refiere a las terapias en el campo de la Oncología médica, una parte importante de los fármacos avalados por la evidencia científica no se encuentran aún incorporados al catálogo de medicamentos autorizados. En este contexto, surgen los medicamentos de usos especiales, y entre ellos los medicamentos de uso compasivo. Esto es especialmente importante en el campo de la Oncología médica, que en España abarca más del 50% de las solicitudes para uso compasivo/ fuera de indicación.

Los objetivos planteados son: analizar los fármacos en situaciones especiales más demandados para pacientes oncológicos, realizar un análisis descriptivo de los principios activos más solicitados en un centro de tercer nivel y una revisión sobre la evidencia científica aportada en las solicitudes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Registro de todos los fármacos que se han tramitado en situaciones especiales (extranjeros, fuera de indicación o en uso compasivo) en el ámbito de la Oncología médica (tumores sólidos) en un Servicio de Farmacia Hospitalaria, en un período de dos años (2018-2019).

Se recogieron los nombres de los medicamentos solicitados, la patología para la que se solicita su aprobación en uso especial y finalmente la evidencia aportada.

RESULTADOS

En total en el período 2018-19 se aprobaron 2.273 medicamentos en situaciones especiales; 431 fueron para indicación en tumores sólidos (se excluye oncohematológica), lo que supone el 19%. De los medicamentos en situaciones especiales aprobados para tumores sólidos, el 67% se trató de medicamentos fuera de indicación (UFI), el 18% medicamentos extranjeros o no autorizados en España, y el 15% se solicitaron en uso compasivo.

Se obtuvo información de la evidencia aportada en 365 solicitudes. La mayoría de los fármacos cuentan con una evidencia de ensayos clínicos en fase III (47%) o II (33%). En la tabla adjunta se muestran los porcentajes obtenidos del análisis de la evidencia aportada.

Los medicamentos solicitados en usos especiales más frecuentemente en el período 2018-2019 fueron: etiodol (58) como medicamento extranjero, oxaliplatino (21) como UFI, y durvalumab (20) en uso compasivo.

Tabla. Evidencia aportada en solicitudes de usos especiales para tumores sólidos.

Tipo de estudio	N (%)
EC Fase I	12 (3%)
EC Fase II	120 (33%)
EC Fase III	172 (47%)
Observacional	11 (3%)
Serie de casos	31 (8%)
Experimental/Animales	2 (1%)
Case report	17 (5%)

CONCLUSIONES E IMPACTO SOCIAL

Los medicamentos solicitados en situaciones especiales en el campo de la Oncología médica cuentan en su mayoría con resultados satisfactorios en ensayos clínicos fase II o fase III. No obstante, la solicitud de medicamentos en situaciones especiales no debe sustituir al proceso habitual de investigación y desarrollo de medicamentos mediante la inclusión en ensayos clínicos.

Hasta el 20% de los medicamentos se usan fuera de indicación y el porcentaje es mayor en pacientes oncológicos. Sin embargo, hasta la fecha, el nivel de evidencia que respalda el uso de medicamentos en situaciones especiales en pacientes con tumores sólidos ha sido escasamente estudiado.