



XXI CONGRESO CHILENO DE HEMATOLOGIA XI CONGRESO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

8 AL 11 DE AGOSTO DE 2018
HOTEL ENJOY, PUERTO VARAS

ENVÍO DE RESÚMENES

Instrucciones a los autores

1. El **relator debe estar inscrito** en el Congreso.
2. El **envío de resúmenes deberá realizarse a través del formulario del sitio web** de la Sociedad Chilena de Hematología. No se aceptarán trabajos enviados por otros medios (correo electrónico u otro medio).
3. El **plazo para envío de resúmenes** estará abierto **HASTA EL JUEVES 31 DE MAYO DE 2018, A LAS 23.59 HORAS**.
4. El autor responsable recibirá una confirmación de la recepción de su resumen desde el correo sochihem@gmail.com Si no recibe confirmación dentro de 5 días hábiles después de enviado el resumen, contáctese con la Sra. Hildegard Hochstetter a sochihem@gmail.com
5. El autor responsable será notificado de la aceptación del trabajo el día **lunes 30 de junio de 2018**.
6. En el formulario de envío de resúmenes, ingrese el nombre y datos de contacto del autor responsable.
7. En el formulario de envío de resúmenes, escoja la categoría en la que se inscribe el trabajo, o la que más se acerque.
8. En el formulario, si corresponde, marque si el trabajo postula para presentarse **SÓLO** en formato Poster.
9. El **título** del resumen podrá tener máximo 150 caracteres con espacios. Ingrésele donde se indica con mayúsculas y minúsculas según este ejemplo: Histología y sobrevida de Linfoma No Hodgkin Centro PANDA Valdivia.
10. Ingrese los **autores** donde se indica. En primer lugar el apellido y a continuación las iniciales del nombre. Comience por el primer autor y márkelo con asterisco (*). Ejemplo: Muñoz E*, Vargas I, González P. Máximo 150 caracteres con espacios.
11. Ingrese, donde se indica, la **filiación** o lugar de trabajo de los autores en el mismo orden y separados por puntos. Máximo 200 caracteres con espacios.
12. Ingrese el **desarrollo del resumen** donde se indica. **No repita** Título, Autores ni Filiaciones. **Incluya Introducción, Metodología, Resultado y Conclusión**. Máximo 2.300 caracteres con espacios. Si envía una tabla o gráfico, señale en el texto dónde deberá incorporarse. Si adjunta una tabla o gráfico, el desarrollo se reduce a máximo 2.100 caracteres con espacios.



13. **Fuentes de financiamiento.** Indíquelas, si corresponde.
14. **Tabla o gráfico.** Se aceptará una tabla o gráfico por resumen, en formato **Word o JPG**. Si adjunta un archivo, el desarrollo del resumen podrá tener **máximo 2.100 caracteres** con espacio.
15. Los resúmenes que no cumplan con estos requisitos **serán devueltos para su corrección**. Los autores dispondrán de **una semana** para reenviar el resumen.
16. Guíese por el **ejemplo** a continuación para el envío de su resumen.

EJEMPLO

Histología y sobrevida de Linfoma No Hodgkin Centro PANDA Valdivia

Pilleux L*, Carrasco C, Pisón C, Valencia Y, Lopez M, Calderón S.

Unidad de Hematología. Instituto Medicina e Instituto Patología, Facultad Medicina, UACH. Servicio Medicina y Unidad Anatomía Patológica Hospital Base Valdivia (HBV). Valdivia, Chile.

El Linfoma No Hodgkin (LNH) tiene una incidencia de 5,1 x 100.000 hab y tasa de curación de 40% en Chile. Su pronóstico depende de múltiples factores siendo los más relevantes: etapa, tipo histológico e Índice Pronóstico Internacional (IPI). Decidimos caracterizar y evaluar los resultados de sobrevida de pacientes con LNH tratados en nuestro centro según protocolos PNDA.

Pacientes y métodos: Se analizó retrospectivamente cohorte de pacientes con 15 o más años edad y diagnóstico de LNH entre 1998-2002 tratados en HBV con énfasis en características demográficas, clínicas, histopatológicas y laboratorio. Se hizo análisis estadístico descriptivo y de sobrevida actuarial de Kaplan-Meier utilizando tests Log-rank y Wilcoxon para comparación de curvas. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: En el período estudiado ingresaron 96 pacientes al PNDA correspondiendo 82 a casos nuevos con diagnóstico histológico confirmado, siendo excluidos 14 (6 recaídas, 4 histología no LNH, 2 sin biopsia, 2 no evaluables). La mediana de edad fue 59,5 años (Rango 20-82), sexo masculino 57,3% con relación hombre/mujer de 1,34. Se encontraban en etapas localizadas (I y II) 23,2% y avanzadas (III y IV) 76,8%. El inmunofenotipo estuvo disponible en 76% de los casos correspondiendo a línea B 77% y T 23%. Los subtipos histológicos correspondieron: a) Según la OMS a difuso de células grandes (LDCGB) 5%, folicular 8,7%, de la zona marginal 7,5%, linfocítico 5%, células del manto 3,8%, células T periférico inespecífico 10%, otros tipos 8,9%, no siendo posible clasificar 21,3% por diversos motivos. b) Según la Working Formulation a baja, intermedia y alta agresividad en 12,2%, 62,2% y 25,8 % respectivamente. La sobrevida global (SG) a 2 y 5 años fue de 52,5 y 36%; y la sobrevida libre de enfermedad (SLE) de



76% y 48%. Hubo diferencias estadísticamente significativas de SG y SLE tanto a 2 como 5 años entre etapas localizadas y avanzadas, no existieron diferencias estadísticamente significativas según sexo. Al evaluar el valor pronóstico del IPI en LDCGB hubo diferencias entre los 4 niveles de riesgo a 2 y 5 años ($p=0,0001$).

Conclusiones: La edad de presentación es menor y existe mayor diagnóstico en etapas avanzadas que países desarrollados. La SG es similar a la internacional de ese período. El LDCGB es el subtipo histológico mayoritario con menor cantidad de folicular que en el extranjero. Se confirma el valor pronóstico del IPI en LDCGB. Resulta necesario evaluar protocolos que incorporaron anti-CD20, pero además se deben implementar estrategias para pesquisar LNH en etapas localizadas.