2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Sociedad Chilena Hematología

MEDICINA TRANSFUSIONAL
CAPITULO CHILENO

SOCIEDAD CHILENA DE
HEMATOLOGÍA SOCHIHEM

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE HEMATOLOGÍA

XIII CONGRESO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto 21

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica 127

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica / Medicina Transfusional 130

Hemato-oncología Adulto / Hemostasia / Medicina Transfusional 131

Hemato-oncología Adulto / Medicina Transfusional 133

Hemato-oncología Pediátrica 135

Hemato-oncología Pediátrica / Hemostasia 146

Hemostasia 148

Hemostasia / Medicina Transfusional 157

Medicina Transfusional 159

Hemato-oncología Adulto

Alteraciones cardiovasculares en adultos con drepanocitosis
Anelys García 22

Caso clínico de Enfermedad de Gaucher
Daniel Astete, Ricardo Hojas, Alvaro Pizarro, Rosa Vermiglio, Fabiola Rebolledo 23

Programa de TPH alogénico en Clínica Las Condes. Análisis de resultados de pacientes trasplantados entre 2017 y 2023.
Pablo Ramirez, Carolina Cabrera, Sofia Hurtado, Paola Aravena, Ignacio Corvalan, Maria de Los Angeles Rodriguez, Rebeca Schwartzmann, Pelayo Besa 24

Propiedades psicométricas del cuestionario EORTC QLQ-MY20 para evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud en personas con mieloma múltiple en Chile.
Luz Alejandra Lorca, Camila Peña, Ximena Valladares, Claudia Barrera, Melissa Salazar, Cristine Rojas, Claudia Gajardo, Ivana Leao 25

"Leucemia células plasmáticas primarias: Revisión retrospectiva de pacientes en un hospital público
Verónica Pérez, Marianela Codoceo, Teresa Morgan, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Graffigna, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen Lopez, Camila Peña 26

Elevados títulos de anticuerpos anti HLA pre trasplante alogénico y tratamiento de desensibilización. Experiencia del programa de trasplante de la pontificia Universidad Católica de Chile
Mauricio Sarmiento 27

Impacto de la creación de un grupo multidisciplinario para el estudio de la amiloidosis en un centro público
Camila Peña, Cristián Vargas, José Manuel Matamala, Ricardo Valjalo, Jaime Alvarez, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Gonzalo Mendez, Marianne Gosch, Jorge Larrondo, Patricia Graffigna, Fernando Verdugo 28

Aumento en la sobrevida de pacientes con Mieloma Múltiple candidatos a trasplante según diferentes periodos de tratamiento en el sistema público.
Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Claudia Gajardo, Ximena Valladares, Verónica Lizama, Macarena Roa, Moises Russo, Karen Lopez, Gabriela Espinoza, Camila Peña 29

Definiendo el intervalo de referencia de la relación de cadenas livianas libres para pacientes en hemodiálisis crónica
Camila Peña, Ricardo Valjalo, Ramón Pérez, Marco Alvarez, Viviana Balboa, Alexis Peralta 30

Experiencia de Trasplante Alogénico en Síndromes de Falla Medular (Anemia Aplásica y HPN) en un Centro Académico
Maximiliano Vergara, Yorman Flores , Mauricio Sarmiento, James Campbell , Vicente Sandoval, María José García, Patricio Rojas, Mauricio Ocqueteau 31

Enfermedad de Erdheim-Chester, un reto diagnóstico para el hematólogo, a propósito de un caso clínico.
Maximiliano Vergara, Yorman Flores , Jose Valbuena, Miguel Perez 32

Linfoma No Hodgkin con compromiso peritoneal, a propósito de un caso clínico.
Maximiliano Vergara, Yorman Flores, Jose Valbuena, Miguel Perez 33

Gammapatía monoclonal IgM y espectro de presentación clínica. Experiencia en un hospital público
Marianela Codoceo, Verónica Perez, María Teresa Morgan, Carlos Saez, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Verónica Lizama, Camila Peña 34

Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos en paciente con leucemia mieloide aguda e historial de enfermedad renal crónica terminal: a propósito de un caso.
Patricio Rojas Reyes, Yorman Flores Molina, Jose Emilio Salinas Laval, Mireya Ortiz 35

"Sistema de farmacovigilancia activa realizada por un Químico farmacéutico en pacientes hemato-oncológicos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital del Salvador."
Ignacio Sanchez, Nicolás Hernández 36

Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en mayores de 80 años en un centro público.
María Teresa Morgan, Marianela Codoceo, Verónica Pérez, Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Jair Betancourt, Verónica Lizama, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, Daniela Zambrano, Claudia Gajardo, Rafael Benavente, María Elena Cabrera, Camila Peña 37

Estudio de impacto presupuestal de la terapia biosimilar de Rituximab "Rixathon®" para el tratamiento de Linfoma folicular y Linfoma de células B grandes no hodgkin desde la perspectiva del sistema de salud chileno
Nicolás Armijo, Tomás Abbot, Manuel Espinoza 38

Trasplante Hematopoyético Autólogo Ambulatorio en Mieloma Múltiple: Es Posible en Chile?
Mauricio Sarmiento, Pablo Ramirez, Patricio Rojas, Emilio Salinas, Paola Aravena, Ignacio Corvalan, Catherine Gutierrez, Marcela Vidal, Veronica Jara, Elizabeth Rivera, James Campbell, Maria Jose Garcia, Vicente Sandoval, Maximiliano Vergara, Mauricio Ocqueteau 39

Comparación entre diferentes regímenes de acondicionamiento de intensidad reducida en LMA o MDS.
José Emilio Salinas , Yorman Flores, Patricio Rojas, Catherine Gutierrez, Marcela Vidal, Verónica Jara, Elizabeth Rivera, James Campbell , María José García, Vicente Sandoval, Maximiliano Vergara, Nicolas Triantafilo, Mauricio Ocqueteau, Mauricio Sarmiento 40

Leucemia de células dendríticas con compromiso de sistema nervioso central, a propósito de un caso.
Felipe López , Lilian Pilleux, Blaz Lesina, Vivianne Torres 41

Síndrome tafro – variante atípica de la enfermedad de castleman multicéntrica idiopática. reporte de un caso
Eduardo Díaz, Jaime Retamal, Guido Lusso, José Padrón, Allyson Cid, Javier Voisin, Nelson Lobo, Camila Peña 42

Mieloma hiperlipidémico como causa de síndrome de hiperviscosidad, a propósito de un caso
María Proaño , Guido Lusso, Joaquín Thomas, Paula Rojas, Verónica Pérez, Pablo Bustamante, Esteban Forray, Camila Peña 43

Histiocitosis de almacenamiento de cristales renal, tubulopatía proximal y podocitopatía, un infrecuente caso de gammapatía monoclonal de significado renal.
Marco Alvarez, Camila Peña, Gonzalo Mendez, Jefferson Hidalgo, Ricardo Valjalo, Guido Lusso, Eduardo Diaz, Jaime Retamal, Esteban Forray, Pablo Bustamante 44

Sensibilidad de diferentes sitios de biopsias para diagnóstico de amiloidosis AL en un centro público
Cristian Vargas, Guido Lusso, Jaime Retamal, Eduardo Díaz, Camila Peña, José Manuel Matamala, Jaime Álvarez, Ricardo Valjalo, Gonzalo Correa, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Gonzalo Méndez, Jorge Larrondo, Marianne Gosch, Fernando Verdugo 45

Metrorragia secundaria a infiltración endometrial por leucemia mieloide aguda. Caso clínico
Verónica Pérez, Gabriela Proaño, Lorena Godoy, Rafael Benavente, Pablo Villegas 46

Caracterización de pacientes con síndrome hemofagocítico y la correlación entre HSCORE y criterios HLH04 en un hospital público
Jair Betancourt, Teresa Morgan, Jose Tomás Gonzalez, Jessica Basso, Patricia Graffigna, Ximena Valladares, Veronica Lizama, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Camila Peña 47

Leucemia linfoblástica B aguda asociada a un clon anormal hiperdiploide con t(2;7)
Jair Betancourt, Teresa Morgan, Jessica Basso 48

Trasplante de células troncales hematopoyéticas de sangre periférica con ciclofosfamida postrasplante en el sistema público chileno. Experiencia de un centro.
Bárbara Puga, Francisca Bass, Javiera Molina, Rafael Benavente, Alejandro Andrade, Alejandro Majlis, Soledad Undurraga, Maria Elena Cabrera 49

Brechas diagnósticas en leucemia mieloide aguda en Chile: encuesta sobre acceso a técnicas de diagnóstico actuales.
Joaquin Jeréz, Mónica Romero, Paola Aravena , Natalia Aranguiz 50

Análisis de datos clínicos de Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) en pacientes adultos chilenos en el marco del Registro epidemiológico del grupo español PETHEMA
Yaima Gutierrez, Marisa Capurro, Mónica Romero, Marcela Espinoza, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Verónica Pérez, Pilar Léon, Bernardita Rojas, David Martínez, Pau Montesinos 51

Segundo Trasplante Alogénico de Progenitores Hematopoyéticos como estrategia de rescate en pacientes con trastornos hematológicos. Estudio Retrospectivo Unicéntrico.
Yorman Flores Molina, Mauricio Sarmiento Maldonado, Patricio Rojas Reyes, Jose Emilio Salinas Laval, Catherine Gutierrez Castillo, Marcela Vidal Contreras, Veronica Jara Arias, Elizabeth Rivera Bascunan, James Campbell, Maria Jose Garcia , Vicente Sandoval , Maximiliano Vergara Valdebenito, Nicolas Triantafilo Cerda, Mauricio Ocqueteau 52

Enfermedad de Gaucher, a propósito de 2 casos.
Mercedes E. Mijares, Valeska Vega, José Tomás González, Alvaro Pizarro, Rosa Vermiglio, Franccesca Guidotti, Sandra Aranda 53

Resultados del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico en pacientes adultos con Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) en Chile. Análisis del Grupo de Estudio de Leucemias Agudas Mieloides (GRELAM)-Chile en el marco del Registro epidemiológico
Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Marcela Epinoza, Hernán López, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Pilar León, Bernardita Rojas, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Belkys Linares, Robert Holloway, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Paola Aravena, Patricia Fardella, Ernesto Castaño, José Viñuela, David Martínez, Pau Montesinos 54

Anemia hemolítica autoinmune por Anticuerpos Fríos en un Hospital público
Jaime Retamal, Guido Lusso, Eduardo Díaz, Claudia Gajardo, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, María Elena Cabrera, Camila Peña 55

Leucemia mieloide aguda en mayores de 60 años, no elegibles para terapias intensivas, durante los últimos 5 años en un hospital público
María Monserrat Ariste, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Nelson Lobo, Paula Rojas, Felipe Gallardo, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, Daniela Zambrano, Claudia Gajardo, Karen López, Gabriela Espinoza, Camila Peña 56

Leucemia Mieloide Crónica en paciente con Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, revisión de la literatura a propósito de un caso
Carlos Sáez, Marianela Codoceo, Ximena Valladares, Verónica Lizama, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Macarena Roa, María Elena Cabrera, Camila Peña 57

Sarcoma mieloide, reporte de un caso y revisión de la literatura
Carlos Sáez, Verónica Pérez, Lorena Godoy, Rafael Benavente, Pablo Villegas, Francisca Montoya, Angelia Fernández, María Javiera Molina, Bárbara Puga 58

Infarto esplénico cómo debut clínico en paciente con rasgo drepanocítico
Fernanda Jiménez, Paula Andrea Aedo, Claudio Martínez, Javier Zelada 59

Anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos en frío: a propósito de un caso refractario a terapia habitual
Fernanda Jiménez, María José Jiménez, Sofía Jiménez, Sofía Hermosilla, Sofía Jatip, Mauricio Ocqueteau 60

Linfoma linfoplasmocitario (LLP) no IgM con componente monoclonal de cadena liviana Lambda, a propósito de un caso.
Paula Espinoza, Daniela Albornoz, Sebastián Haro, Monica Maturana, Fernanda Matamala 61

Caracterización clínico-patológica de pacientes con Linfoma BALT, y su asociación con enfermedades autoinmunes y amiloidosis.
Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Paula Rojas, Teresa Morgan, Verónica Lizama, Ximena Valladares, Macarena Roa, Patricia Graffigna, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen López, Camila Peña 62

Caracterización de los pacientes con LMA-CBF adultos en Chile. Resultados del GRELAM-Chile en el marco del registro epidemiológico de LMA del grupo español PETHEMA
Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Verónica Pérez, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián Hidalgo, David Martínez, Pau Montesinos 63

Diagnóstico de Leucemia de Células Velludas tras un accidente de tránsito en paciente con esplenomegalia masiva no traumática y pancitopenia.
Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Paula Rojas, Daniela Zambrano, Ximena Valladares, Macarena Roa, Patricia Graffigna, Caludia Gajardo, Verónica Lizama, Gabriela Espinoza, Karen López, Camila Peña 64

Experiencia clínica de tratamiento con imatinib en paciente con debut de leucemia mieloide crónica en fase crónica durante embarazo.
Karla Hernández, Jose González, Valeska Vega, Magdalena Abbott, Francesca Guidotti, Mercedes Mijares, Sandra Aranda, Waldo Leiva 65

Síndrome nefrótico impuro secundario a infiltración renal en un paciente con leucemia linfática crónica.
Carolina Romero, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Gonzalo Méndez, Gonzalo Correa, Mauricio Espinoza, Camila Peña 66

Linfohistiocitosis Hemofagocítica: Una vía final común con distintos orígenes. Una serie de casos.
Valentina Goldschmidt , María Josefina Saieg, Boris Silva, Joaquín Díaz, Francisco Samaniego 67

Linfocitosis absoluta paraneoplásica en debut de cáncer de mama metastásico
Fernanda Jiménez, Sofía Hermosilla, Paula Andrea Aedo, Javier Zelada 68

Pembrolizumab como terapia de mantención post trasplante autólogo en linfoma de la zona gris.
Fernanda Jiménez, Sofía Hermosilla, Paula Andrea Aedo, Javier Zelada 69

Caracterización de pacientes adolescentes y adultos jóvenes con leucemia mieloide crónica diagnosticada entre el 2012 y 2023 en un hospital público.
Paula Rojas, Monserrat Ariste, Nelson Lobo, Virginia Monardes, Pamela Bustamante, Ximena Valladares, Maria Soledad Undurraga, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Grafffigna, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Camila Peña 70

Síndrome Hemofagocítico con lesiones cutáneas como presentación de Linfoma no Hodgkin T/Nk extranodal intestinal.
Paula Rojas, Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Graffigna, Veronica Lizama, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen Lopez, Camila Peña 71

Compromiso extra medular como presentación atípica, en un paciente con tricoleucemia en recaída.
Monica Maturana, Daniela Albornoz, Alvaro Pizarro, Fernanda Matamala 72

Optimización de la profilaxis de infección fúngica invasora (IFI) en pacientes con leucemia aguda (LA) y trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).
Diego Reyes, Blaz Lesina, Vivianne Torres, Calderon Susana, Alberto Fica, Lilian Pilleux 73

Características clínicas y Supervivencia Global de pacientes chilenos con Leucemia Mieloblástica Aguda secundaria. Resultados del GRELAM-Chile en el marco del registro epidemiológico de LMA-PETHEMA.
Mónica Romero , Marcela Espinoza, Joaquin Jérez , Hernán López, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Carolina Guerra, Sebastián Hidalgo, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Ernesto Castaño, José Viñuela, Verónica Pérez, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Pilar León, Bernardita Rojas, Paola Aravena, Patricia Fardella, María Soledad Urquieta, Belkys Linares, Robert Holloway, Felipe Ramírez, Constanza Flores, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos 74

Evaluación del perfil de seguridad de biosimilares de rituximab en adultos con neoplasias hematológicas.
Paula Melipillán , Casandra Jara, Mauricio Chandía 75

Experiencia clínica de uso de brentuximab-vedotin como terapia de linfoma de Hodgkin recaído o refractario en un hospital público chileno 76
Catalina Vidal, Fernanda Figueroa, Vania Briones, Vicente Micolich, Mauricio Chandía

Estimación de la frecuencia de casos poco probables de leucemia aguda mieloblástica con doble mutación de CEBPA mediante el empleo del score inmunofenotípico de Marcolin 77
Elisabet Millar, Kimberly Ramírez, Juan Carlos Rivera, Mauricio Chandía

Características clínicas e inmunofenotípicas de leucemias agudas linfoblásticas B con expresión de CRLF-2 al diagnóstico y fin de inducción 78
Esperanza Pinto, Florencia Carrasco, Mateo Díaz, Mauricio Chandía

Características clínicas de neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas en Chile: reporte de 10 casos
Vicente Micolich, Peña Camila, Fernanda Figueroa, Vania Briones, Catalina Vidal, Mauricio Chandía 79

Los pacientes con IgVH 1-69; 1-02; 3-30; 4-39 no mutado y con expresión elevada de la enzima AID necesitan un tratamiento mucho más precoz
Ana Ines Landoni, Jorge Souto, Victoria Remedi, Gimena Dos Santos, Sabrina Ranero, Cecilia Guillermo, Carolina Oliver, Victoria Irigoin, Lilian Diaz, Rita Uria, Eugenia Paique, Juliana Queirol, Maria Elena Marquez, Jorge Gonzalez, Guillermo Dighiero, Raul Gabus, Marcelo Navarrete, Florencia Palacios, Pablo Oppezzo 80

Lenalidomida-Rituximab: una alternativa en pacientes con Linfoma Difuso de Células Grandes B recaído/refractario. Reporte de un caso
Catalina Moya, Daniel Ernst, Joaquín Díaz 81

Evaluación del Espacio Clonal en Leucemia Linfática Crónica utilizando ImmuneREAD, un método de amplificación balanceada y secuenciación de Tercera Generación
Jorge González , Julieta Sepúlveda, Lindybeth Sarmiento, Jorge Torres, Diego Alvarez, Maria Elena Marquez, Hermy Alvarez, Daniela Cardemil, Roberto Uribe, Pablo Oppezzo, Marcelo Navarrete 82

Micronúcleos y doble diminutos con amplificación de MYC en Leucemia Mieloide Aguda sin cariotipo complejo. Reporte de caso.
Carolina Infante, Andrea Encina, Paulina Cornejo, Rafael Benavente 83

Factores Pronósticos de Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en población de adultos mayores
Macarena Molina, Raimundo Gazitua, Paula Aedo, Luis Toro 84

Prevalencia de mutaciones JAK2, CALR y MPL en pacientes con neoplasias mieloproliferativas phi-negativo en el Hospital Regional de Concepción
Eliu Elgorriaga, Susana Pineda, Vanessa Medina, Cristian Reyes, Rodolfo Rojas 85

Señalización autónoma del receptor de células B y aberraciones genéticas en la leucemia linfocítica crónica: fenotipo de linfocitosis B monoclonal en hermanos de pacientes con leucemia linfocítica crónica
Julieta Sepulveda-Yanez, Marvyn Koning, Janneke Eken, Ruben De groen, Diego Alvarez-Saravia , Cornelis van Bergen, Roberto Uribe-paredes, Kostas Stamatopoulos, Marcelo Navarrete, Hendrik Velkeen 86

Mieloma Multiple (MM) asociado a encefalopatía por anticuerpos onconeuronales anti-SOX1 (Sry-like high mobility group box 1).
Lilian Pilleux, Rodrigo Navia , Andrés Roldán 87

Avances en Diagnóstico e Investigación mediante Citometría de Flujo Multiparamétrica en la Macrozona Austral
Carolina Pérez- Troncoso , lindybeth Sarmiento Varon, Wolfrang Henriquez, Jorge Gonzalez-Puelma, Julieta Sepulveda-Yanez, Marcelo Navarrete 88

Sarcoma mieloide de cúpula vaginal: a propósito de un caso
Sebastián Mundaca, Romina Rojas 89

Estudio retrospectivo de sintomatología en pacientes con clones grandes de Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) en Chile, entre los años 2018-2023
Karen Figueroa, Carolina Soto, Rocío Gutiérrez, Luis Alvear, Paulina Cortés, Romina Guzmán , Margarita Reyes, Macarena Roa 90

Presencia de antígenos T en Leucemias promielocíticas agudas en el Hospital del Salvador entre 2018 a 2022.
Rocío Gutiérrez, Luis Alvear, Karen Figueroa, Paulina Cortés, Carolina Soto, Romina Guzman, Alvaro Sandoval, Macarena Roa 91

Determinación de las características e incidencia de las reacciones adversas medicamentosas en tratamiento quimioterapéuticos y terapias dirigidas en pacientes con neoplasias hematológicas del hospital del salvador.
Matias Perez, Ignacio Sanchez 92

Enfermedad de Erdheim Chester, a propósito de un caso.
Constanza Toledo, Carlos Torres, Daniela Albornoz, Marichel Gutierrez, Fernanda Matamala, Monica Maturana 93

Síntomas gastrointestinales en mieloma múltiple: pistas clínicas que orientan a amiloidosis sistémica secundaria. A raíz de un caso.
Olga Reyes, Fernanda Matamala, Monica Maturana 94

Desarrollo de una herramienta de inteligencia artificial basada en morfología sanguínea para establecer riesgo de COVID-19 severo en pacientes chilenos
Neftalí Guzmán, Benjamín González , Ricardo Barrientos , Ruber Hernández-García, Felipe Garrido, Francisco Quiñones, Andrés San Martín, Mauricio Sáez, Pablo Letelier 95

Manejo de azacitidina y venetoclax en síndromes mielodisplásicos. discusión abierta basada en experiencias del mundo real.
Priscila Wernicke, Leticia Rapan, Yanina Crespo, Santiago Toledo, Lorys Martinez, Daiana Delgado, Marcelo Iastrebner 96

Sindrome POEMS en Chile, descripción de 17 casos.
Camila Peña, Caroline Del Castanhel, Jacqueline Montaña, Javiera Donoso, Hernán López-Vidal, Joaquín Ferreira, Sergio Portiño, Jose Luis Viñuela, Pilar León, Yaima Gutierrez 97

Inmunofenotipificación de la Leucemia Linfocítica Crónica en los pacientes de la Región de los Ríos, diagnosticados en el Hospital Base Valdivia (HBV) 2014-2023
Diego Soto, Enriqueta Beltran, Nadia Vasquez, Cristian Carrasco, Elizabeth Flores, Vivianne Torres, Lilian Pilleux 98

Epidemiología de la Leucemia Linfocítica Crónica en los pacientes de la Región de los Ríos, diagnosticados en el Hospital Base Valdivia (HBV) 2014-2023
Diego Soto, Enriqueta Bertran, Nadia Vasquez, Cristian Carrasco, Elizabeth Flores, Vivianne Torres, Lilian Pilleux 99

Hemoglobina reticulocitaria: valores de referencia de rutina
Carolina Prieto, Carlos Apablaza, Monica Stevenson, Nicolás Díaz, Haydee Gallardo 100

Leucemia de Linfocitos Grandes Granulares: estudio de 21 casos diagnosticados entre 2018 - 2023 en Hospital del Salvador.
Paulina Cortés, Luis Alvear, Karen Figueroa, Rocio Gutierrez, Romina Guzman, Carolina Soto, Margarita Reyes, Macarena Roa 101

Los mastocitos en los síndromes mielodisplásicos. Un estudio citomorfológico del Grupo Latinoamericano de Síndromes Mielodisplásicos (GLAM).
Matilde Boada, Inés Gervaz , Juan Serrano, Marcelo Iastrebner, Cecilia Canessa, Santiago Toledo, Noelia Barone, Lilian Diaz, Renée Crisp, Elsa Nuncifora, Cecilia Guillermo, Sofía Grille 102

Inotuzumab Ozogamicina en adultos con Leucemia Linfoblástica Aguda B. Experiencia de un centro.
Marcela Espinoza, Hernán López-Vidal, Andrés Castañeda, José Tomás Gazmuri 103

Revisión de casos de Leucemia aguda con inmunofenotipo compatible a Leucemia aguda de linaje ambiguo en el Hospital del Salvador.
Luis Alvear, Paulina Cortés, Karen Figueroa, Rocío Gutiérrez, Romina Guzmán, Carolina Soto, Macarena Roa, Álvaro Sandoval, Margarita Reyes 104

Utilización de métodos de diagnóstico citogenético y molecular en pacientes chilenos adultos con LMA. Análisis del GRELAM-Chile en el marco del registro epidemiológico de LMA-PETHEMA.
Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Pilar Léon, Bernardita Rojas, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián Hidalgo, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Ernesto Castaño, José Viñuela, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Verónica Pérez, Belkys LInares, Robert Holloway, Paola Aravena, Patricia Fardella, Felipe Ramírez, Constanza Flores, María Soledad Urquieta, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos 105

Leucemia mielomonocítica crónica versus mielofibrosis primaria con monocitosis: una encrucijada diagnóstica. Reporte de un caso clínico.
Verónica Lizama, Pablo Villegas, Carolina Behrens, Juan Galindo, Karla Mellado, Margarita Reyes, Macarena Roa, Camila Peña, Ximena Valladares 106

Leucemia Mieloide Aguda Secundaria a Terapia en pacientes con Neoplasia sólida previa. Estudio GRELAM-Chile del registro LMA-PETHEMA
Marcela Espinoza Zelada, Mónica Romero, Jerez Joaquín, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aranguiz, Miguel López, María Carolina Guerra, Sebastián Hidalgo, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Hernán López-VIdal, Juan Sánchez, Francisco Samaniego, Marisa Capurro, Paola Aravena, Patricia Fardella, Ernesto Castaño, José Viñuela, Pilar León, Bernardita Rojas, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos 107

Linfoma anaplásico de células grandes t alk negativo
Génesis Velástegui, Ricardo Mosquera, María Buenaño, Patricio Hidalgo, Rafael Loachamín 108

Síndromes mielodisplásicos TP53 mutados en latinoamérica. datos de la vida real de un trabajo colaborativo.
Matilde Boada, Ana Basquiera, Jorge Arbelbide, Elvira Velloso, Marcelo Iastrebner, Ana Inés Catalán, Sofía Grille 109

Tormenta trombótica: Una presentación infrecuente de Aspergilosis Invasora en un paciente no inmunosuprimido.
Juan Sanchez, Israel Triviño, Francisco Samaniego, Guillermo Conte, Nestor Gonzalez, Nicolas Rodriguez, Francisco Sepulveda 110

"Enfermedad por crioaglutininas: estudio completo, tratamiento secuencial exitoso y seguimiento a largo plazo"
Guillermo Conte, Juan Sanchez, Francisco Samaniego, Nestor Gonzalez, Israel Triviño, Nicolas Rodriguez, Francisco Sepulveda 111

Linfoma de Células del Manto, Epidemiología, protocolos de quimioterapia y respuesta a tratamiento en pacientes tratados entre los años 2005-2022 en el Hospital del Salvador
Sergio Bustos, Eduardo Diaz, Rafael Benavente, Camila Peña, Pablo Bustamante, Daniela Zambrano, Claudia Gajardo, Veronica Lizama, Patricia Graffigna, Pablo Villegas, Maria Elena Cabrera, Ximena Valladares 112

La randomización es un método poco utilizado en ensayos clínicos intervencionales fase 2 en pacientes adultos con linfoma.
Joaquín Díaz, Catalina Podestá, Daniel Ernst 113

Características clínicas y resultados terapéuticos de pacientes chilenos con LMA con mutación del gen FLT3-ITD. Resultados del GRELAM-Chile en el marco del registro epidemiológico de LMA-PETHEMA
Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Yaima Gutérrez, Marisa Capurro, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián HIdalgo, Pilar Léon, Bernardita Rojas, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Ernesto Castaño, José Viñuela, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Paola Aravena, Patricia Fardella, Verónica Pérez, Francisco Samaniego, Juan Sánchez , María Soledad Urquieta, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos 114

Experiencia con nivolumab como terapia de rescate en pacientes con Linfoma de Hodgkin recaído o refractario en un Hospital Público Chileno. Reporte de 7 casos.
José Tomás Gónzalez, Franccesca Guidotti, Magdalena Abbott, Vanessa Araya, Karla Hernández, Valeska Vega, Jose Luis Tirapegui, Felipe Chang, Demian Martínez, Mercedes Mijares, Sandra Aranda 115

Síndrome de Bing-Neel como recaída de Macroglobulinemia de Waldestrom. Reporte de un caso.
Demian Martinez, Felipe Chang, karla Hernández, José Luis Tirapegui, José Tomás González, Franccesca Guidotti, Valeska Vega, Mercedes Mijares, Sandra Aranda 116

Asociación de parámetros hematológicos e inflamatorios con cambios morfológicos en pacientes hospitalizados por COVID-19
Rodrigo Boguen, Felipe Garrido, Francisco Quiñones, José Ignacio Barros, Hugo D elgado, Andrés San Martín, Pablo Letelier, Dina Guzmán-Oyarzo, Neftalí Guzmán 117

Componente biclonal como presentacion atipica de linfomas b de bajo grado
Rosa Carolina Vermiglio, Nicolas Quintero, Pablo De La Barra, Natalia Mendez, Jaime Marin 118

Mieloma Múltiple de alto riesgo citogenético en Chile. Características clínicas, citogenéticas, tratamientos en primera línea y tasas de respuestas.
Francisco Samaniego, María José García, Patricia Graffigna , Javiera Donoso, Marcela Espinoza, Cecilia Beltran, Valentina Goldschmidt, Camila Peña 119

Acidosis Láctica Refractaria como debut de Linfoma no Hodgkin. Presentación infrecuente a propósito de un caso clínico.
Franccesca Guidotti, José Tomás Gonzalez, Karla Hernandez, Valeska Vega, Sandra Aranda, Mercedes Mijares 120

Aplasia pura de glóbulos rojos mediada por epoetina alfa en paciente con enfermedad renal crónica: a propósito de un caso
Carlos Torres, Liliana Cueva, Sidney Rodriguez, Xavier Macias, Robert Holloway 121

Caracterización del perfil mutacional de pacientes con neoplasias mieloides en el Hospital del Salvador: utilidad clínica en el diagnóstico y pronóstico.
Carolina Behrens, Alvaro Sandoval, Juan Galindo, Virginia Monardes, Rafael Benavente, Ximena Valladares, M. Cortés 122

Características clínicas, patrones de tratamiento y Supervivencia Global (SG) de pacientes con LMA entre 60-70 años al diagnóstico del HGGB de Concepción, incluidos en el registro LMA-PETHEMA
Mónica Romero, Gian Fissore, Francesca Alarcón, Valentina Solar, Claudia Bornhardt, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos 123

Leucemia Mieloide Aguda Secundaria a Cambios Relacionados con Mielodisplasia. Estudio GRELAM-Chile del registro LMA-PETHEMA.
Marcela Espinoza, Monica Romero, Rafael Benavente, Francisca Bass, Veronica Lizama, Joaquín Jerez, María Carolina Guerra, Francisco Samaniego, Juan Sanchez, Natalia Aranguiz, Matías Sanchez, Pau Montesinos, David Martínez 124

Linfomas no-hodgkin con compromiso gastrointestinal: análisis epidemiológico en un servicio hematológico
Paula Aedo, Macarena Molina, Raimundo Gazitua 125

Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B primario pulmonar. Reporte de un caso
José Tomás González, Franccesca Guidotti, Jose Luis Tirapegui, Karla Hernández, Valeska Vega, Mercedes Mijares, Sandra Aranda 126

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica

Implementación de un protocolo de desensibilización rápida en pacientes con hipersensibilidad a quimioterapia y biológicos.
Alberto Arencibia, Yaima Gutierrez, Marissa Capurro, Monica Arriagada, Cecilia Beltran, Consuelo Rodriguez, Carolina Abarzua, Daniela Primo, Domingo Velazquez 128

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica / Medicina Transfusional

Correlación entre hemoglobina reticulocitaria y ferrocinética en pacientes con anemia ferropénica. Estudio de corte transversal.
Hugo Delgado, Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Neftalí Guzmán, Erich Schmidt, Tamara Otzen 130

Hemato-oncología Adulto / Hemostasia / Medicina Transfusional

Pancitopenia asociado a déficit de cobre: Presentación de un caso
Sigall Budnik, Nicolas Nuñez, Jose Tomas Gazmuri 132

Hemato-oncología Adulto / Medicina Transfusional

Reactivación de Anemia hemolítica Autoinmune secundaria a infección por COVID 19
Maria de los Angeles Rodriguez, Jean Claudio Miranda, Alexis Rodriguez, Alicia Gavilan, Andres Giglio, Jorge Dreyse, Paola Aravena 134

Hemato-oncología Pediátrica

Trasplante alogénico con cualquier donante o inmunosupresión como tratamiento de primera línea para anemia aplásica severa (AAS) en paciente pediátricos: un análisis por intención de tratamiento
Francisco Barriga, Angélica Wietstruck, Paula Catalan, Cristian Sotomayor, Pamela Zuñiga, Noemi Aguirre, Veronica Jara, Catherine Gutierrez 136

Calidad de Vida en pacientes pediátricos con hemofilia: un estudio multicéntrico usando cuestionarios ChoKlat y HaemoQoL.
Isabel Villalobos, José Luis Lamas, Noemi Aguirre, Magaly Cruces, Carolina Serrano, Ignacio Rodriguez, Pamela Zuñiga 137

Evaluación de costos y seguridad de infusión de Blinatumomab en Pediatría: protocolo ajustado al mundo real
Felipe Lizana , Cristian Sotomayor, Francisco Barriga, Paula Catalan, Marcela Contreras, Macarena Garcia , Lina Maria Gonzalez, Christian Scheu, Maria Angelica Wiestruck 138

Trasplante precursores hematopoyéticos en Enfermedad de Células Falciformes, reporte de 1er caso en Chile.
José Santander Cerón, José Martínez Órdenes, Roberto Campos Jeldres, Julia Palma, Nicolas Rojas del Rio 139

Tumor teratoide rabdoide atipico (AT/RT) cerebral tratado con quimioterapia de alta intensidad y rescate autólogo de células progenitoras hematopoyéticas en paciente adulto. Presentación de caso.
Nicolás Rojas del Río, José Martínez Órdenes, José Santander Cerón 140

Catéter central de inserción periférica (PICC) en paciente oncológico pediátrico: experiencia de un centro.
Cristina Iturbe Larenas, José Santander Cerón, Nicolás Rojas del Río, José Martínez Órdenes, Katherine Gaete Gamboa, Ximena Sandoval , Carlos Jorquera 141

"Reporte de caso: Anemia Hemolítica Inmune con pruebas antiglobulinas negativas"
Camila Solís, Carolina Cadena, Alejandra Pérez, Daniela Flores, Rosario Silva, Mirta Cavieres 142

Reporte de Caso: Neutropenia severa secundaria Tiamazol
Daniela Flores, Carolina Cadena, Alejandra Pérez, Camila Solis, Rosario Silva, Mirta Cavieres 143

Blinatumomab como alternativa a quimioterapia intensiva en paciente con LLA-B con pancreatitis necrotizante. Reporte de caso.
Monica Arriagada, Alberto Arencibia, Carolina Abarzua, Daniela Primo 144

Reporte de caso: Anemia Diseritropoyética tipo II
Alejandra Pérez, Camila Solis, Carolina Cadena, Daniela Flores, Mirta Cavieres, Rosario Silva 145

Hemato-oncología Pediátrica / Hemostasia

Percepción de la calidad de vida de las familias y pacientes con Hemofilia A severa en tratamiento profiláctico con Emicizumab o FVIII liofilizado. Estudio de grupos focales.
Lina María González Ruiz, Pamela Zúñiga Contreras, Benjamin Nielsen, Amaia Esperanza Rosas 147

Hemostasia

Trombocitopenia Inducida por Heparina. Experiencia Hospital Clinico Red. UC-Cristus. Periodo enero - diciembre 2022
Paola Cristina Gomez , David Rodriguez , Felipe Lizana , Pablo Bustamante 149

Evidencia de Disfunción Endotelial y Activación de la vía RhoA/Rho Kinasa en Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Jaime Pereira, Claudia Sáez, Manuel Alvarez, Felipe Silva, Nixa Olivares, José Valenzuela 150

Púrpura Trombótico Trombocitopénico: descripción de 23 casos tratados entre los años 2017 y 2022 en Hospital Clínico UC-Christus
Benjamín Rodríguez, Jean Manríquez, Daniel Cathalifaud, Gonzalo Eymin, Benjamín Sanfuentes, Joel Castellano, Andrés Valenzuela 151

Púrpura Trombótico Trombocitopénico: análisis retrospectivo de estrategias terapéuticas y efectos adversos en 23 pacientes entre los años 2017 y 2022.
Jean Manríquez, Benjamín Rodríguez, Daniel Cathalifaud, Gonzalo Eymin, Benjamín Sanfuentes, Joel Castellano, Andrés Valenzuela 152

Hemofilia adquirida, a propósito de un caso.
Mercedes E. Mijares, Valeska Vega, Jose Tomas Gonzalez, Franccesca Guidotti, Karla Hernández, Sandra Aranda 153

Estudio de Reactividad Plaquetaria y Plaquetas Procoagulantes en Personas Mayores Frágiles
Magdalena Sepúlveda, Jonathan Gibbins, Héctor Montecino, Diego Méndez, Nacim Molina, Iván Palomo, Eduardo Fuentes 154

Síndrome de Von Willebrand Adquirido en paciente pediátrico sometido a oxigenación por membrana extracorpórea: Reporte de un caso.
Paola Gomez, David Rodriguez Cabezas, Yorman Flores Molina, Carlos Saez, Patricia Hidalgo, Jaime Pereira 155

Trombocitopenia inducida por heparina en una unidad de cuidados intensivos: cohorte de 3 años
Natalia Dreyse, Nicole Salazar, Rodrigo Pérez, René López, Jerónimo Graf 156

Hemostasia / Medicina Transfusional

Evaluación teórica de la implementación de pruebas viscoelásticas en hemorragias grado III y IV, Hospital Barros Luco Trudeau
Marcelo Diaz De Valdes L, Carolina Villalobos, Martina Julio Rodriguez, Denisse Maldonado Aguilar, Romina Paz Aravena, Marco Guajardo Garcia 158

Medicina Transfusional

Mejorando la atención y hemovigilancia de donantes de sangre
Marcelo Diaz De Valdes, Carolina Villalobos, Fanny Leyton H, Meylyn Oye Vergara, Marco Guajardo Garcia 160

10 años de seguimiento de las donaciones de sangre y serología en el hospital barros luco trudeau (2013-2022)
Carolina villalobos urbina, marcelo diaz de valdes 161

Impacto en la notificación de eventos adversos a la transfusión durante la pandemia COVID-19
Catherine Mora, Dayana Cartes, Gabriela Reyes, Anyela Burgos, Manuela Espinoza, Edgardo Gómez, Eric Jara 162

Resultados de las transfusiones de glóbulos rojos en sangrado agudo de pabellón quirúrgico
Marcelo diaz de valdes layseca, carla gonzalez sandoval 163

Glóbulos Rojos Filtrados: ¿Cómo ha impactado su uso en la tasa de Eventos adversos y de Reacción Febril No Hemolítica?
Dayana Cartes, Catherine Mora, Mariela Quezada, Manuela Espinoza, Valery Cid, Edgardo Gómez, Eric Jara 164

Aloinmunización por transfusión de concentrados de glóbulos rojos
Eric Jara, Dayana Cartes, Froilán Quintana, Lisette Medina, Edgardo Gómez, Catherine Mora 165

Eventos adversos a la transfusión: Una década de notificaciones
Eric Jara, Dayana Cartes, Fabiola Abello, Camila Badilla, Edgardo Gómez, Catherine Mora 166

Comparación del efecto In-vitro del Plasma Rico en Plaquetas y Suero humano en la proliferación y mortalidad de Células Madre Mesenquimales
Eric Jara, Fernando Martínez, Fabian Leonardo Muñoz, Eduardo Cuestas, Luciano Ferrada, Francisco Nualart 167

Frecuencia antigénica y fenotípica ABO y Rhesus en individuos D Negativo en Concepción
Eric Jara, Karla Miranda, Valentina Gutierrez, Romina Avello, Denisse Riquelme, Josefa Contreras, Cristian Gutierrez, Froilán Quintana 168

Uso y experiencia del CD34+ perisférico como herramienta predictora en recolecciones de stem cells adultos, en un Banco de sangre
Felipe Romero, Elizabeth Rivera, Isabel Pizarro, Carla Lorca, Mayling Chang 169

Primera transfusión de sangre en Chile
Pedro Meneses, Marcelo Díaz de Valdés, Bettina Von Dessauer, Fernando Wilson 170

Experiencia en el uso de herramientas de marketing digital para la captación y fidelización de donantes de sangre en la ciudad de Puerto Montt.
Carlos Bórquez, Patricio Palma, Carla Canobra, Claudia Medina, María José Muñoz, Jacqueline Rocco 171

Transfusión de hemocomponentes en pacientes con incompatibilidad ABO/Rh en Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos alogénico: experiencia UC 2020-2022
Diego Soto, Carla Lorca, María Isabel Pizarro, Mayling Chang 172

Utilidad del método de autoexclusión post donación inmediata de sangre como valor predictivo de enfermedades transmisibles
Carolina Villalobos Urbina, Marcelo Diaz De Valdes, Marco Guajardo Garcia 173

Análisis descriptivo de la Serie A del REM-25 sección F, reportado por servicios de salud públicos de Chile entre 2017-2020
Daniela González , Ximena Marambio, Victoria Vilches, Jessica Pino, Diego Zapata, Sara Contreras 174

De donante a paciente, la importancia de la Hemovigilancia efectiva en donantes de sangre y aféresis.
Natalia Saldía, Carolina Molina, Mathias Mellado 175

Estudio de prevalencia de anticuerpos irregulares en pacientes de los hospitales Carlos Van Buren, San Juan de Dios, Padre Hurtado, El Carmen y Barros Luco.
Carolina Figueroa, Patricio Videla, Joaquín Arellano, Felipe Carvajal, Salinas Carrera 176

Prevalencia Genotípica de Antígenos Plaquetarios Humanos (HPA-1, -2 y -3) en donantes del Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso
Carolina Figueroa, Ricardo Núñez, Catalina Tchivikov, Carla Salvo, Katherin Sotelo, Patricio Videla 177

Búsqueda activa de Donantes con Grupos Sanguíneos Raros y Formación de un Registro para transfusión de Pacientes con Fenotipos Poco Frecuentes
Maria antonieta nuñez ahumada, carlos arancibia, fernando pontigo, edgardo saa 178

Estudio de la prevalencia del alelo HLA-A*02 en muestras de donantes del Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso para la prevención de la refractariedad plaquetaria
Sofia Musri, Brandon Umanzor, Carla Salvo, Patricio Videla, Carolina Figueroa 179

Aumento de Donantes sin Antígenos HLA Específicos para paciente con Refractariedad Plaquetaria Inmune Severa post tratamiento con Rituximab
Maria Antonieta Nuñez, Fernando Pontigo, Cristian Villalobos, Alejandro Majlis, Macarena Roa, Katherine Jara 180

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto

FOLIO 2

ALTERACIONES CARDIOVASCULARES EN ADULTOS CON DREPANOCITOSIS

Anelys García
Hospital Ivan Portuondo ;
Resumen – Investigación Científica

Las alteraciones cardiovasculares contribuyen a la morbimortalidad del paciente adulto con drepanocitosis, como expresión clínica del daño crónico de órganos.

Objetivo: Identificar las alteraciones del sistema cardiovascular en pacientes adultos con diagnóstico de drepanocitosis atendidos en el Instituto de Hematología e Inmunología desde diciembre 2015 a julio 2017. Diseño metodológico: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal en 41 pacientes con diagnóstico de drepanocitosis. Se emplearon métodos de estadística descriptiva e inferencial. Resultados: De 41 pacientes evaluados predominaron los mayores de 50 años y genotipo HB SS. El riesgo cardiovascular predominante en el estudio fue la dislipidemia, seguido por la hipertensión arterial. La mayoría no tenía riesgo de evento coronario agudo. Más de la mitad de los pacientes no presentaron alteraciones eco ni electrocardiográficas, gran parte de los pacientes presentaron alteraciones cardiovasculares.

Conclusiones: Las alteraciones cardiovasculares más frecuentes en los pacientes con drepanocitosis estudiados se encontraron en el genotipo HBSS.

FOLIO 3

CASO CLÍNICO DE ENFERMEDAD DE GAUCHER

Daniel Astete, Ricardo Hojas, Alvaro Pizarro, Rosa Vermiglio, Fabiola Rebolledo
Hospital Clínico San Borja Arriarán;
Caso Clínico

Introducción: La enfermedad de Gaucher es una rara enfermedad hereditaria metabólica de depósito (o enfermedad de depósito lisosomal). Se produce por la deficiencia de la enzima lisosomal glucorerebrosidasa, que conduce a la acumulción de los sustratos de dicha enzima. La glucocerebrosidasa es codificada en el gen de la glucocerebrosidasa 1 (GBA1), el que se encuentra en el cromosoma 1. La mutación de este gen es la base de la patología. La enfermedad se diagnostica, generalmente, sobre los 10 años de edad. Los hallazgos clínicos mas frecuentes son hepatoesplenomegalia, citopenias (principalmente trombocitopenia) y alteraciones óseas (principalmente osteopenia, retardo del crecimiento y dolor óseo). Los macrófagos cargados de lípidos pueden observarse en los estudios morfológicos de médula ósea, pero no es un hallazgo específico. El diagnóstico se confirma con la detección de la disminución de la actividad de la enzima en cuestión, además de la detección de GBA1 mutado.

El objetivo principal del tratamiento es eliminar los síntomas y prevenir las complicaciones asociadas. El reemplazo enzimático es el tratamiento principal (taliglucerasa, imiglucerasa o velaglucerasa alfa). Una alternativa terapéutica son los inhibidores de la glucosilceramida sintasa (miglustat o eliglustat).

Caso Clínico: Mujer de 31 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro arrastrado de hepatoesplenemogalia y pancitopenia. Sin síntomas B. Al examen físico destaca hepatoesplenemegalia, con bazo palpable hasta 6 cm bajo el reborde costal izquierdo. En exámenes se destaca: Hemograma: hb 10 VCM 95 rect. leucocitos 1.470 RAN 853 rect. plaquetas 72.000, al frotis destacan dacriocitos. TC TAP: hepatoesplenomegalia homogénea (bazo de 25 cm), extenso compromiso óseo, predominantemente osteolítico, mas evidente en los humeros y los fémures. Mielograma esternal (Figura 1 y Figura 2): hallazgos compatibles con enfermedad de depósito. Biopsia de médula ósea: médula ósea hematopoyética hipocelular, con proliferación de tipo histiocítica. Considerar enfermedad metabólica de depósito. Se sospecha una enfermedad metabólica de depósito, específicamente una Enfermedad de Gaucher. Se realizan estudios adicionales: ß-glucosidasa en sangre por fluorometría: 2,6 umol/l/h (VN: > 3, valor patológico < o = 2,5), consistente con enfermedad de Gaucher. Lyso-Gb1 en sangre por cromatografía: 1.081,1 nmol/l (VN: < o = 35), sensibilidad y especificidad reportada de 100% para enfermedad de Gaucher. Se confirma enfermedad de Gaucher. Se solicita estudio mutacional específico y tratamiento de reemplazo enzimático.

Discusión: La enfermedad de Gaucher es la patología mas frecuente dentro de las enfermedades metabólicas de depósito. Es causada por la deficiencia de la enzima lisosomal glucorerebrosidasa. Las macromoléculas no metabolizadas por esta enzima se depositan en tejidos y órganos, con la consiguiente disfunción de estos. El reemplazo enzimático es el tratamiento principal.

FOLIO 5

PROGRAMA DE TPH ALOGÉNICO EN CLÍNICA LAS CONDES. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE PACIENTES TRASPLANTADOS ENTRE 2017 Y 2023.

Pablo Ramirez, Carolina Cabrera, Sofia Hurtado, Paola Aravena, Ignacio Corvalan, Maria de Los Angeles Rodriguez, Rebeca Schwartzmann, Pelayo Besa
Enfermera Centro de Cancer; Clinica Las Condes; Enfermera Hematologia; Clinica Las Condes; Hematologia ; Clinica Las Condes; Hematologia; Clinica Las Condes; Radioterapia; Clinica Las Condes; Radioterapia ; Clinica Las Condes;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico (TPHa) es curativo en múltiples patologías hematológicas. El primer TPHa en Clínica Las Condes (CLC) se hizo en 2017, realizándose actualmente TPHa de donantes emparentados 100% compatibles (DFI) y haploidénticos (haplo)

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a TPHa entre 2017 y 2023. Se registraron datos clínicos asociados a TPHa. El análisis de datos se realizó con programas Excel y GraphPad Prism v 10.0.

Resultados: Se trasplantaron 89 pacientes con una edad media de 33.5 años (17-65). La mediana de seguimiento fue de 13 meses (1-43). La media de tiempo entre indicación de trasplante e infusión de progenitores fue de 6.6 meses (1-18); 1.4 meses (1-3) Isapre vs 7.4 meses (2-18) FONASA (p<0.0001). La principal indicación fue leucemias agudas (n=61, 69%). Un 80% (n=71) haplo y 20% (n=18) DFI; 72% (n=64) mieloablativos (MA) y 28% (n=25) intensidad reducida (RIC). La dosis media de CD34x106 /kg fue de 6.8 millones (2.6-15). La media de prendimiento fue de 17 días (12-30) para neutrófilos y 22.2 días para plaquetas (11-76). Respecto de las plaquetas, DFI prendieron en 16.8 días vs 25 días de haplo (p= 0.01). Los requerimientos transfusionales fueron en promedio 6U de glóbulos rojos (0-49), sin diferencias entre tipo de donante o intensidad de acondicionamiento. Se utilizaron 6 concentrados de plaquetas (0-49), 4 concentrados (1-10) en DFI vs 10 concentrados (1-31) en haplo (p=0.0008). La media de días de nutrición parenteral fue de 5.4 (0-26); 1.6 días (0-11) en DFI y 7 días (0-26) en haplo (p=0.01). En promedio los pacientes estuvieron 35 días hospitalizados (7-85), significativamente menos en DFI (29 días; 17-85) vs haplo (34 días; 25-65) (p= 0.03). De 59 pacientes evaluables para EICH aguda, 26 (44%) la presentaron en grados 1-3 (n=23, 88%) y solo 3 (12%) grado 4. De 47 pacientes evaluables para EICH crónica, 17 (36%) la presentaron, de los cuales 16 (94%) fue localizada y 1 (6%) extenso. De los pacientes evaluables al año de trasplante (n=28), 14% (n=4) estaban aun con terapia inmunosupresora. La SG fue de 70% al año post trasplante y 53% a los 3 años. Se observó 100% sobrevida al año de seguimiento en pacientes Isapre y 69% en pacientes FONASA (p=NS). Del total de pacientes fallecidos (n=27), 18 (66%) ha sido por complicaciones del trasplante y 9 (33%) por recaída. La MRT fue de 19% al año. Ninguno de los pacientes sometidos a trasplante DFI ha fallecido por complicaciones del trasplante vs 26% de los pacientes sometidos a trasplante haplo (p=0.03). Finalmente, 23% de pacientes FONASA fallecieron al año de seguimiento por complicaciones del trasplante vs 0% de pacientes Isapre.

Conclusiones: Nuestros resultados son comparables a lo reportado por otros centros respecto de SG, MRT y EICH. Destaca menor SG y mayor MRT en pacientes FONASA vs Isapre. Considerando que reciben el mismo cuidado clínico intra-trasplante, sugiere diferencias pre-trasplante.

FOLIO 7

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO EORTC QLQ-MY20 PARA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PERSONAS CON MIELOMA MÚLTIPLE EN CHILE.

Luz Alejandra Lorca, Camila Peña, Ximena Valladares, Claudia Barrera, Melissa Salazar, Cristine Rojas, Claudia Gajardo, Ivana Leao
Hospital Gustavo Fricke; Hospital del Salvador; Universidad Católica del Maule;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las personas sobrevivientes de mieloma múltiple (MM)experimentan problemas importantes relacionados a calidad de vida relacionado a la salud (CVRS) a corto y largo plazo. Considerando todos los tipos de cáncer, ocupan el segundo lugar en cuanto a la peor CVRS después del cáncer de pulmón. Teniendo en cuenta los problemas relevantes y específicos relacionados con el MM, el grupo de calidad de vida, European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC), crea y valida el módulo especifico Quality of life Questionnaire for Myeloma,(QLQ-MY 20). Actualmente, la evaluación de la CVRS se considera como un desenlace importante para orientar el tratamiento de los pacientes con MM de manera integral, sistemática y científica.

Objetivo: Evaluar propiedades psicométricas del cuestionario EORTC QLQ-MY20 para evaluación de la CVRS en personas con MM en Chile.

Métodos: Participaron 118 personas usuarias de dos hospitales públicos chilenos a quienes se les aplico el cuestionario QLQ-MY20. Fueron evaluadas la consistencia interna con alfa de Cronbach (?) y validez de constructo mediante cinco pruebas de hipótesis y la correlación entre el QLQ-C30 y el QLQMY20. Este estudio fue aprobado por comité de ética científico. Resultados: El promedio de edad de los participantes era 67,2 (DE=9,2) años. La consistencia interna obtenida fue: escala completa (?=0,779), dimensión “síntomas de la enfermedad” (?=0,671), dimensión “efectos secundarios de los tratamientos” (?=0,538) y dimensión “perspectiva de futuro” (?=0,670). Respecto a las pruebas de hipótesis de la validez de constructo, se comprobaron cuatro de las cinco hipótesis planteadas: presentaron peor CVRS las mujeres, personas con peor performance estatus, con dolor y aquellas con niveles más altos de fatiga. No hubo diferencia significativa estadísticamente entre personas con y sin fracturas vertebrales respecto a las dimensiones del QLQ-MY20 (p>0,05).

Conclusión: La versión chilena del cuestionario QLQ-MY20 presenta adecuada consistencia interna y validez de constructo, siendo robusta para evaluar la CVRS en personas con MM, por tanto, recomendada para su aplicación clínica.

FOLIO 8

"LEUCEMIA CÉLULAS PLASMÁTICAS PRIMARIAS: REVISIÓN RETROSPECTIVA DE PACIENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Verónica Pérez, Marianela Codoceo, Teresa Morgan, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Graffigna, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen Lopez, Camila Peña
Becada hematología H. del Salvador; E.U, Unidad Hematología H. del Salvador; Hematóloga H. del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La leucemia de células plasmáticas primaria (LCPp) es una neoplasia agresiva e infrecuente, con sobrevida global (SG) pobre, aunque puede llegar a 23 a 36 meses con las nuevas terapias y trasplante autólogo (TAPH). Fue redefinida el 2021 por "International Myeloma Working Group (IMWG)", a la presencia de ?5% células plasmáticas (CP) en frotis de sangre periférica (SP). La baja frecuencia y su curso agresivo dificulta estudios prospectivos y no existe a la fecha tratamiento estándar. En Chile existe acceso a nuevas drogas en el sistema público desde el 2019 por GES y/o DAC.

El objetivo de este estudio fue caracterizar los pacientes con LCPp en nuestro centro. Material y método. Estudio observacional descriptivo y retrospectivo, de pacientes con diagnóstico de LCPp según IMWG 2021, entre 2015 y 2022 en nuestro hospital. Se revisó características demográficas, clínicas y de sobrevida. Se hizo análisis estadístico descriptivo y se estimó SG por curvas de Kaplan Meier. Este estudio fue aprobado por el Comité de ética correspondiente.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes. Cuatro pacientes fueron diagnosticados por los nuevos criterios. Mediana de edad fue 64 años (rango 33-92) y relación hombre:mujer de 1:1. Performance estatus ?2 en 64%. El 100% presentó anemia al diagnóstico, siendo moderada a severa en el 86%. Hipercalcemia se observó en 36%, falla renal en 57%, de los cuales un 50% requirió hemodiálisis, trombocitopenia en 71%, lesiones óseas en el 77%, baja de peso en 69%, hepatomegalia en 33% y esplenomegalia en el 33%. LDH elevada se observó en 43% e hipoalbuminemia en 54%. El tipo de paraproteína fue IgG Kappa 29%, IgG Lambda 21%, Kappa 21%, Lambda 21% e IgA Lambda 7%. El porcentaje promedio de CP en SP al diagnóstico fue de 38% (5-90%). Se realizó citometría de flujo en el 86%. Cariotipo en 7 casos, de los cuales en el 3 no dio mitosis suficientes, en 3 se obtuvo cariotipo complejo y en 1 cariotipo normal. FISH de del17p fue realizado en 9 casos, de los cuales fue positivo en 3. FISH de t(11;14) fue realizado en 4 pacientes, positivo en 1. FISH de t(4;14) y t(14;16) se realizó en 3 casos con resultado negativo. En cuanto al manejo, 1 paciente falleció previo al tratamiento y 1 recibió tratamiento paliativo. Los regímenes de inducción fueron: 5 CTD, 4 CyBorD y 3 VTD PACE. 7 lograron MBRP o mejor, y 6 de ellos quedaron con mantención; 2 fueron refractarios a inducción y 3 fallecieron intra-tratamiento. Sólo 1 paciente recibió TAPH. La SG media fue de 18,9 meses. El paciente con mayor sobrevida fue el que recibió TAPH.

Discusión: Destaca una mayor edad al diagnóstico a la reportada en Latinoamérica y en estudios chilenos previos, mayor frecuencia de lesiones óseas (77% vs 35-44%) y una menor SG a lo reportado, probablemente por el menor acceso a nuevas terapias y TAPH en el sistema público previo a 2019.

Conclusión. El maneo de LCPp debe optimizarse y estandarizarse para lograr mejores resultados.

FOLIO 9

ELEVADOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS ANTI HLA PRE TRASPLANTE ALOGÉNICO Y TRATAMIENTO DE DESENSIBILIZACIÓN. EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Mauricio Sarmiento
PUC;
Resumen – Investigación Científica

Elevados títulos de anticuerpos anti HLA pre trasplante alogénico y tratamiento de desensibilización. Experiencia del programa de trasplante de la pontificia Universidad Católica de Chile Sarmiento M, Rojas P, Salinas J, Gutierrez C, Vidal M, Jara V, Rivera E, Campbell J, Garcia MJ, Sandoval V, Vergara M, Triantafilo N, Ocqueteau M. Programa de trasplante hematopoyético del adulto Red de Salud Christus UC Pontificia Universidad Católica de Chile Introducción. El trasplante alogénico es una estrategia terapéutica validada para el tratamiento de diversas enfermedades benignas y malignas. En las últimas décadas el trasplante de donantes no relacionados y haplotrasplante ha permitido acceso a mayor numero de pacientes. Para realizarlos requieren valoración previo al trasplante de anticuerpos del paciente dirigidos contra HLA del donante, puesto que la altos títulos de estos cuantificados por fluoscencia media (MFI), puede promover falla de injerto y aplasia persistente. Se han propuesto diversos esquemas de desensibilización con poca evidencia comparativa. En este estudio mostramos nuestra experiencia en cohorte histórica desde 2012.

Metodología: Se revisaron las bases de datos del programa de trasplante hematopoyético del adulto y de forma retrospectiva se obtuvieron datos basales de los pacientes, titulación de anti HLA MFI, tratamiento de desensibilización usado y resultados obtenidos. Resultados Desde el 2012 se han hecho en nuestro programa 243 alotrasplantes, de los cuales 142 han sido HAPLO. De estos 142, se han detectado 9 pacientes con títulos elevados de anticuerpos antiHLA contra algun locus HLA del donante. La principal causa de trasplante fue la leucemia aguda y 60% fueron mujeres. La estrategia mas usada de desensibilización en la mayoria fue plasmaféresis, rituximab e inmunoglobulina endovenosa. Los casos que usaron solo rituximab fueron asociados la presencia de infecciones graves al momento del trasplante. La media de CD34 infundidos fue de 6.5 x 10 exp 6 CD34/kg. La profilaxis de enfermedad de injerto vs huesped (EICH) fue en 90% ciclofosfamida post trasplante 100 mg/kg. La mediana de prendimiento granulocitico fue de 14 dias (rango 12-16) y plaquetario de 16 dias (rango 13 a 18). La sobrevida global fue 55% a 3a. Los casos números 1,3, 7, 9 de la tabla fallecieron precozmente en el proceso del trasplante por las siguientes causas respectivamente: falla de injerto, EICH digestiva refractaria a 8 líneas de tratamiento y falla de injerto. En los pacientes restantes la incidencia de EICH crónica fue del 15% limitada a mucosa y en 100% con respuesta a tratamiento corticoidal.

Conclusión. La desensibilización de anticuerpos anti HLA en nuestra cohorte permitió alotrasplante, logrando en el 55 % sobrevida prolongadas. Sin embargo la falla de prendimiento sigue siendo un problema y puede suceder a pesar de desensibilizacion multimodal.

FOLIO 10

IMPACTO DE LA CREACIÓN DE UN GRUPO MULTIDISCIPLINARIO PARA EL ESTUDIO DE LA AMILOIDOSIS EN UN CENTRO PÚBLICO

Camila Peña, Cristián Vargas, José Manuel Matamala, Ricardo Valjalo, Jaime Alvarez, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Gonzalo Mendez, Marianne Gosch, Jorge Larrondo, Patricia Graffigna, Fernando Verdugo
Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile; Médico Internista, Hospital del Salvador; Laboratorio de neurología traslacional y neurofisiología (Nodo Lab), Universidad de Chile; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile; Sección de nefrología, Hospital del Salvador; Sección de cardiología, Hospital del Salvador; Servicio de Anatomía Patológica, Hospital del Salvador; Departamento de Patología, Pontificia Universidad Católica de Chile; Servicio de Dermatología, Hospital del Salvador; Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las amiloidosis son un grupo heterogéneo de enfermedades infrecuentes causadas por el depósito extracelular en tejidos de fibrillas de amiloide demostrables mediante la tinción con Rojo Congo. Su diagnóstico, clasificación y manejo representan un gran desafío. Por otro lado, los tratamientos son en su mayoría de alto costo, lo que la convierte en una enfermedad difícil de manejar en el sistema público. Se ha sugerido que crear grupos multidisciplinarios que adquieran experiencia en el manejo integral de estos pacientes y que aporten en educación continua, pueden mejorar estos aspectos. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la creación de un grupo de estudio multidisciplinario de Amiloidosis en un centro público, en términos de incrementar el diagnóstico y mejorar la correcta clasificación, manejo y sobrevida.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional, ambispectivo (prospectivo desde 2018) analítico. Se incluyeron todos los pacientes del registro de amiloidosis de nuestro centro desde 2005 hasta 2022. Dividimos la cohorte en 2 grupos, periodo 1 (P1) que abarcó los años 2005 a 2014 (periodo sin grupo de estudio de amiloidosis), y periodo 2 (P2) que abarcó los años 2015 a 2022 (periodo con grupo de estudio de amiloidosis). La mortalidad precoz se definió como la muerte dentro de los primeros 6 meses desde el diagnóstico. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t o Chi-cuadrado. La sobrevida global (SG) se estimó mediante curvas de Kaplan Meier y las comparaciones se realizaron mediante la prueba de Log Rank. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética correspondiente.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico de amiloidosis: 12 en P1 y 44 en P2. Todas las amiloidosis fueron AL en P1, mientras que en P2 se diagnosticaron además 2 amiloidosis AA y 2 ATTRm. El análisis entre P1 y P2 en cuanto a la disponibilidad de herramientas diagnósticas se muestra en la tabla 1. La clasificación según el score pronóstico "Mayo 2012" se realizó en el 8% de los pacientes con amiloidosis AL en P1 vs 40% en P2 (p=0,035), y según el score "Europeo" en 8% vs 50% (p=0,009), respectivamente. En P1 no hubo ningún tratamiento basado de bortezomib, lo que aumentó a 45% en P2 (p=0,004). La tasa de mortalidad precoz fue de 67% en P1 y de 30% en P2 (p=0,020). La SG estimada a 5 años de toda la cohorte fue de 16,7 % en P1 vs 43,6 % en P2 (p=0,017) (Figura 1).

Discusión: El diagnóstico aumentó en un 266% y se optimizó la clasificación y el tratamiento de las amiloidosis en P2. Destacamos que la mortalidad precoz disminuyó y la SG aumentó significativamente. Creemos que se debe tanto a la educación continua realizada, como al manejo en conjunto de los pacientes.

Conclusión. La creación de un grupo multidisciplinario de estudio de Amiloidosis tuvo un gran impacto en nuestro centro, y creemos que es crucial para enfrentar de mejor manera esta patología.

FOLIO 11

AUMENTO EN LA SOBREVIDA DE PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE CANDIDATOS A TRASPLANTE SEGÚN DIFERENTES PERIODOS DE TRATAMIENTO EN EL SISTEMA PÚBLICO.

Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Claudia Gajardo, Ximena Valladares, Verónica Lizama, Macarena Roa, Moises Russo, Karen Lopez, Gabriela Espinoza, Camila Peña
Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Sección Radioterapia, FALP; Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales; Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El tratamiento de pacientes con Mieloma Múltiple candidatos a trasplante (MM CT) ha ido evolucionando tanto en Chile como en el mundo. En el sistema público, este se puede dividir básicamente en 4 periodos de tratamientos desde 2000.
El objetivo principal de este estudio fue evaluar la sobrevida global (SG) de los pacientes con MM CT en nuestro centro en los diferentes periodos.

Material y métodos: Estudio de cohorte, observacional retrospectivo. Se estudiaron pacientes ≤ de 65 años de los registros de nuestro centro. Se definieron 4 periodos: P1 desde el año 2000 a 2007, en que sólo hubo básicamente melfalán prednisona como tratamiento; P2 desde 2008 al 2013, en que se comenzó a administrar talidomida para algunos pacientes seleccionados, además de trasplante restringido; P3 desde 2014 a 2018, en que el protocolo a usar fue ciclofosfamida-talidomida-dexametasona (CTD) y trasplante (restringido); P4 desde 2019 a 2022, en que se usó tripletes basados en bortezomib, trasplante (restringido) y mantención post trasplante con lenalidomida.
Se caracterizó el tratamiento en los distintos periodos, la mortalidad precoz (muerte dentro de los primeros 6 meses del diagnóstico) y la SG de cada grupo mediante curvas de Kaplan Meier y comparación con test de Log Rank. Se cuenta con la aprobación del Comité de ética respectivo.

Resultaods: Se estudiaron 213 pacientes, 37 en P1, 56 en P2, 61 en P3 y 59 en P4.
En P1 el 65% se trató con régimen basado en melfalán, 8% VAD y 8% con régimen basado en talidomida. No se realizó trasplante a ningún paciente y la mortalidad precoz fue de 24%.
En P2 el 71% se trató con régimen basado en talidomida (13% CTD, 87% TD), 20% basado en melfalán, y 2% basado en bortezomib. Un 21% recibió trasplante y 9% mantención. La mortalidad precoz fue de 16%.
En P3 un 90% recibió régimen basado en talidomida (82% CTD) y 10% basado en bortezomib. Un 33% de los pacientes se trasplantó, un 20% recibió mantención (100% basada en talidomida) y la mortalidad precoz fue de 16%.
En P4 un 97% se trató con tripletes basados en bortezomib. Un 36% se trasplantó y un 75% recibió mantención, en un 93% basada en lenalidomida. La mortalidad precoz fue de 7%.
Con una mediana de seguimiento de 77.5 meses, la mediana de SG para todo el grupo fue de 55.1 meses. La mediana de SG de P1, P2, P3 y P4 en meses fue de 24.6, 35, 96 y NR, respectivamente ($p<0.0001$) (Figura 1).

Discusión: La SG ha ido aumentando con cada periodo de tratamiento. La tasa de trasplante y de mantención también han aumentado. La mortalidad precoz ha disminuido, especialmente en el último periodo. La mediana de SG de P3 fue de 8 años, mejor a lo esperado al ser el régimen de inducción y mantención principalmente basado en talidomida. Creemos que la SG del periodo actual podría llegar a ser superior.

Conclusión: Los diferentes tratamientos administrados en los distintos periodos en el sistema público de Chile han logrado aumentar la SG en nuestros pacientes.

FOLIO 12

DEFINIENDO EL INTERVALO DE REFERENCIA DE LA RELACIÓN DE CADENAS LIVIANAS LIBRES PARA PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Camila Peña, Ricardo Valjalo, Ramón Pérez, Marco Alvarez, Viviana Balboa, Alexis Peralta
Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile; Sección nefrología, Hospital del Salvador; Servicio de medicina, Hospital del Salvador; Laboratorio de Inmuno-reumatología, Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El intervalo de referencia (IR) definido para la relación de cadenas livianas libres (CLLr) Kappa/ Lambda (K/L) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es actualmente entre 0,37 y 3,1. Sin embargo, el intervalo normal de CLLr en pacientes en pacientes en hemodiálisis (HD) no está claro. Recientemente, el grupo de estudio iStopMM informó nuevos rangos de CLLr según estadío de ERC, basados en la tasa de filtración glomerular estimada. Sin embargo, este estudio consideró sólo 10 pacientes en HD.

Nuestro objetivo fue establecer IR para CLLr en pacientes en HD.

Material y Métodos: Se incluyeron 142 pacientes con más de 3 meses de permanencia en HD convencional con membrana de alto flujo (Helixone®). Las determinaciones de K y L se realizaron utilizando el ensayo Freelite® de acuerdo con las instrucciones del proveedor. El análisis del IR se realizó de acuerdo con las recomendaciones del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI EP28-A3c), considerando un IR bilateral de 95%. La normalidad se evaluó con prueba de Kolmogórov-Smirnov. Los datos atípicos (outliers) se evaluaron con la prueba de Tukey y no se eliminaron del análisis. Los resultados se correlacionaron con la edad y la función renal residual (FRR), definida como diuresis residual ? 250 ml/día, mediante correlación de Spearman (No paramétricos: K y L) y Pearson (Gaussiano: CLLr). El análisis se realizó con Software Medcalc v20.104 y SPSS v26. El protocolo fue aprobado por el Comité de ética local. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. Resultados En 5 pacientes se detectó una gammapatía monoclonal de forma incidental (2 MM, 3 GMSI), los que fueron excluidos del análisis final. De un total de 137 pacientes, un 27% presentó FRR. La tabla 1 muestra características demográficas y cínicas de los pacientes. La media de K fue de 162.24 mg/L (+/- 55.3), con un rango de referencia de 64.46 - 281.76. La media de los pacientes con FRR fue de 129.2 (+/-50.8) vs 174.5 (+/-51.9) en los pacientes sin FRR (p=0.001). No hubo diferencia según edad. L presentó una media de 149.87 mg/L (+/-62.6), con rango de referencia de 47.15 – 312.58. La media de los pacientes con FRR fue de 112.7 (+/-59.9) vs 163.6 (+/-58.1) en los sin FRR (p=0.002). No hubo diferencia según edad. El IR de CLLr fue de 0,54 a 1,75, sin diferencia significativa en cuanto a la FRR, sí una discreta correlación positiva con la edad (p=0.01) (Figura 1).

Discusión: Hasta donde sabemos, este es el estudio más grande que intenta definir el IR de CLLr en pacientes estables en HD crónica. Este resultó entre 0,54 - 1,75, rango más cercano a la de los pacientes sin ERC. Nuestra hipótesis es que esto se debe al aclaramiento de las moléculas de mediano peso molecular por las membranas de alto flujo actuales. Este IR no se correlaciona con la FRR, pero sí aumenta discretamente con el aumento de edad.

Conclusión: El IR de CLLr en pacientes en HD crónica con membranas actuales es similar a pacientes sin ERC.

FOLIO 13

EXPERIENCIA DE TRASPLANTE ALOGÉNICO EN SÍNDROMES DE FALLA MEDULAR (ANEMIA APLÁSICA Y HPN) EN UN CENTRO ACADÉMICO

Maximiliano Vergara, Yorman Flores , Mauricio Sarmiento, James Campbell , Vicente Sandoval, María José García, Patricio Rojas, Mauricio Ocqueteau
Pontificia Universidad Católica;
Resumen – Investigación Científica

La Anenmia Aplásica (o Aplasia Medular) (AA) junto con la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN), aunque infrecuentes, son causas relevantes de falla medular. En AA, el Trasplante Alogénico es el estándar de oro en el manejo de pacientes jóvenes y clínicamente aptos. En este sentido, los cortes etarios han ido siendo cada vez más altos en la medida que las técnicas de trasplante son cada vez más seguras. En el caso de HPN, si bien el advenimiento de las terapias AntiC5 han relegado el trasplante a un segundo lugar en las recomendaciones internacionales, la modalidad de "tratamiento hasta la progresión" y el alto costo de estas drogas hacen que el Trasplante sea una alterativa realista y plausible en varios pacientes en países de ingresos intermedios como el nuestro. A continuación se presenta la experiencia de los últimos diez años en nuestro Centro. Para lo anterior se analizaron los pacientes que fueron sometidos a Trasplante Alogénico en este período. En este sentido, nos parece bastante destacable que la Sobrevida Global (OS) de toda la muestra (23 pacientes. Los paciente que recibieron dos trasplantes (2) fueron analizados de forma separada) fue de 77.7% (83% para los pacientes con AA y 62% en HPN). Sólo ocurrieron 5 eventos (muertes en la muestra). La mediana de seguimiento (censurando al fallecimiento o al momento del ánalisis si los pacientes seguían vivos fue de 1566 días. En cuanto a la ocurrencia de Enfermedad de Injerto contra Huésped Aguda(GVHDa) fue de 48%, aunque sólo en el 18% de ellos fue de grado 2 o superior. La ocurrencia de Enfermedad de Injerto contra Huésped Aguda Crónica (GVHDc) fue de 30% en toda la muestra (47% de ellos Grado 2 o superior). Sólo ocurrio una muerte atribuible a GVHD en toda la población estudiada. Otro hecho que parece muy importante a detallar es que sólo hubo un caso de Fallo Primario de Injerto en toda la muestra analizada. En suma, si bien se trata de una muestra pequeña, a la luz de los resultados, impresiona que el Trasplante Alogénico es una alternativa factible y con desenlaces muy buenos en nuestro medio, para pacientes con Síndromes de Falla Medular (en particular AA y HPN).

FOLIO 14

ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER, UN RETO DIAGNÓSTICO PARA EL HEMATÓLOGO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Maximiliano Vergara, Yorman Flores , Jose Valbuena, Miguel Perez
Pontificia Universidad Católica;
Caso Clínico

Introducción: La enfermedad de Erdheim-Chester, clasificada dentro de las histiocitosis no-Langerhans, se caracteriza por la acumulación anormal de histiocitos en diversos órganos y tejidos. Es un trastorno de baja incidencia y extremadamente raro en la población general. Afecta principalmente a adultos de mediana edad, con una leve preponderancia en el sexo masculino. Hasta la fecha, se han documentado aproximadamente 500 casos en todo el mundo, subrayando así su excepcional rareza. En la presente revisión, se describe un caso clínico con compromiso multisistémico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 50 años de edad, quien refiere astenia y debilidad muscular, a predominio de miembros inferiores, de inicio gradual y progresivo, desde hace dos años. Consultó previamente con varios especialistas sin obtener un diagnóstico preciso. En enero de 2023, se hospitaliza en Red UC, para completar su evaluación diagnóstica. Se realizó estudios de imagen: tomografía computarizada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis, seguida de una tomografía por emisión de positrones (PET-CT) de cuerpo entero, que revelaron la presencia de tejido de partes blandas con un aumento anormal del metabolismo en varias localizaciones: área retroocular bilateral, periaórtica, adrenal bilateral, renal y perirrenal izquierdo. Además, se observó esplenomegalia con hipermetabolismo, adenopatías mesentéricas, compromiso peritoneal y omental, con un ligero aumento difuso del SUV. Se identificaron alteraciones en la estructura ósea del esqueleto apendicular y una captación aumentada de FDG en la pared de la aurícula derecha. Se realizó una biopsia de la lesión Omental y de la Cápsula de Gerota. El análisis histopatológico reveló la presencia de tejido fibroadiposo con proliferación de histiocitos espumosos, provistos de núcleo pequeño y central, dispuestos en patrón irregular, acompañados de focos de hemorragia y un escaso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Los estudios de inmunohistoquímica revelaron eactividad positiva para los marcadores CD163, CD68, CD14 y Factor XIIIA, mientras que CD1a y langerina arrojaron resultados negativos. Asimismo, se evidenció inmunorreactividad leve a moderada de la proteína BRAF truncada en los histiocitos atípicos, en los que se detectó la mutación en el codón 600 (V600E/E2/D), lo cual es consistente con el diagnóstico de Enfermedad de Erdheim-Chester con compromiso multisistémico. Por lo que se decide iniciar tratamiento basado en Vemurafenib.

En conclusión, este caso destaca la importancia de una evaluación integral y la necesidad de considerar esta enfermedad rara en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas neuromusculares y hallazgos radiológicos característicos. Un enfoque multidisciplinario, junto con el empleo de técnicas avanzadas de imagen e inmunohistoquímica, resultan fundamentales para lograr un diagnóstico preciso y una estratificación terapéutica adecuada en los casos de Enfermedad de Erdheim-Chester.

FOLIO 15

LINFOMA NO HODGKIN CON COMPROMISO PERITONEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Maximiliano Vergara, Yorman Flores, Jose Valbuena, Miguel Perez
Pontificia Universidad Católica;
Caso Clínico

Introducción: El compromiso peritoneal constituye una manifestación infrecuente del linfoma no Hodgkin, cuyo polimorfismo clínico representa un desafío para su reconocimiento temprano y diferenciación de otros trastornos. En esta revisión, abordaremos los aspectos clínicos y los métodos de diagnóstico asociados a través de un análisis detallado de un caso clínico ilustrativo.

Caso Clínico: Paciente femenino de 44 años, quien consultó por aumento de la circunferencia abdominal, asociado a sintomas B de un mes de evolución. Se realizó una tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, que reveló el compromiso peritoneal pelviano con implantes omentales y del diafragma. En consecuencia, se planteó la posibilidad de una neoplasia ginecológica. Se realizó ecografía transvaginal que identificó una lesión anexial derecha, sólida, de bordes irregulares y altamente vascularizada, de 57 x 30 x 39 mm, sugestiva de malignidad. Los marcadores tumorales revelaron niveles normales de AFP (2.1 ng/mL) y ACE (0.3 ng/mL), con aumento de Ca-125 (229 U/mL), Ca 19-9 (4.4 U/mL), B HCG (2.39mIU/mL) y LDH (288 U/L). Se realizó una laparoscopia exploradora, con toma de biopsias de la lesión peritoneal, mostrando proliferación de células con aspecto linfoide que expresan CD45, siendo negativas para CK7, CK20, Pax8, HMB45 y GATA3. En lo sucesivo, empeoró la disnea y aumentó rápidamente el perímetro abdominal, por lo que ingresó a la Red UC, donde se realiza paracentesis evacuadora, con Citometría de Flujo en Líquido Peritoneal que evidencia células neoplásicas medianas, que expresan CD45, CD19, CD20, CD10 y restricción de Cadena Lambda, siendo negativas para CD5. Se inició quimioterapia con R-CHOP, posterior a lo cual desarrolló una falla ventilatoria grave que requirió uso de ventilación mecánica invasiva (VMI) y oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), en el contexto de un Síndrome Compartimental abdominal. Además, cursó con neutropenia febril sin aislamiento microbiológico, que se manejó con carbapenémicos y factor estimulante de colonias granulocíticas (G-CSF) con buena respuesta. Finalmente, se rescata resultado de biopsia peritoneal que confirmó la sospecha de Linfoma Difuso de Celulas grandes B (LDCGB), doble expresor (BCL2, BCL6, CMYC, MUM-1 positivos, con Ki67: 90%). Posterior a la recuperación medular, recibe segundo ciclo de quimioterapia con adecuada tolerancia. En

conclusión: este caso resalta la importancia de considerar una amplia variedad de diagnósticos diferenciales en pacientes con carcinomatosis peritoneal y la necesidad de una evaluación exhaustiva para identificar el origen subyacente de la enfermedad. Los hallazgos inesperados en la histopatología destacan la importancia de realizar biopsias adicionales para un diagnóstico preciso y una estrategia terapéutica adecuada en casos de presentaciones clínicas atípicas, impactan en el pronóstico de linfomas tan agresivos como el LDCGB.

FOLIO 16

GAMMAPATÍA MONOCLONAL IGM Y ESPECTRO DE PRESENTACIÓN CLÍNICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Marianela Codoceo, Verónica Perez, María Teresa Morgan, Carlos Saez, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Verónica Lizama, Camila Peña

Becada Hematología HDS; Becado Hematología HDS; Hematóloga HDS;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI) es una condición premaligna común que presenta un riesgo de transformación a otras entidades clonales, como palsmocitomas, amiloidosis AL, mieloma múltiple (MM) u otros desórdenes linfoproliferativos. La mayoría de las paraproteínas identificadas son del tipo IgG (70%), seguidas de IgM (10-20%), IgA (10-17%) y biclonal (3-5%). La GMSI IgG e IgA precede generalmente a neoplasias de células plasmáticas, mientras que la GMSI IgM precede a la Macroglobulinemia de Waldeström (MW) u otras patologías linfoproliferativas. La mayoría de los pacientes con GMSI IgM no requieren tratamiento, sin embargo, existe una entidad llamada GMS clínico (GMSC), en la que, sin ser neoplasia manifiesta, la paraproteína causa síntomas, y que pueden llevar a gran morbilidad. No hay datos en Chile ni Latinoamérica de esta entidad.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de GMSI IgM, y caracterizar los pacientes con GMSC IgM en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional analítico, retrospectivo en la Unidad de Hematología de nuestro centro. Se analizaron las fichas clínicas de pacientes mayores de 18 años con GM IgM desde 2015 al 2022. Se excluyeron pacientes con MM, amiloidosis sistémica o MW. Se recopilaron datos sobre características demográficas, clínicas y de laboratorio. Se analizaron los tratamientos recibidos y la respuesta al tratamiento.

Los resultados se analizaron con estadística descriptiva. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética correspondiente. Resultados: Del total de 105 GMSI en control, se encontraron 14 pacientes con GM IgM (13,3%). La mediana de edad fue de 66 años. El 71% fueron mujeres. La comorbilidad más frecuente fue reumatológica, con síndrome de Sjögren en 21%. El promedio de IgM al diagnóstico fue de 1182.17 mg/dL. El 57% de los pacientes fue IgM Kappa. El 57% correspondió a GMSI IgM, y el 43% a GMSC IgM. 1 GMSI progresó a LNH B indolente a los 5 años. Dentro de estas GMSC se observó 1 GMS renal, 2 asociadas a AHAI y 3 de significado neurológico. Las GMSC asociadas a AHAI se manejaron con Rituximab, con Remisión completa (RC) y remisión parcial (RP) respectivamente. La GM de significado renal se manejó con RCD, logrando RC y Remisión renal. De las 3 neurológicas, 1 rechazó tratamiento. Las 2 tratadas lograron RP y buena respuesta neurológica a Rituximab.

Discusión: Se encontró características similares a las descritas en la literatura, siendo la GMS neurológico la más frecuentemente observada. Todas tuvieron por lo menos respuesta parcial, y esperamos que esta respuesta siga mejorando con el tiempo. Es importante reportar estos casos de GMSC IgM para aumentar su reconocimiento, ya que si bien son infrecuentes, conllevan una importante comorbilidad.

FOLIO 19

TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E HISTORIAL DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

PATRICIO ROJAS REYES, YORMAN FLORES MOLINA, JOSE EMILIO SALINAS LAVAL, MIREYA ORTIZ
Pontificia Universidad Católica;
Caso Clínico

Introducción: La necesidad de utilizar técnicas de depuración renal extracorpórea en pacientes con Leucemia Mieloide Aguda (LMA) plantea un desafío médico significativo, este escenario se vuelve aún más complejo debido a la consideración de realizar un Trasplante Alogénico de progenitores hematopoyéticos (Alo-TPH), el cual representa una opción potencialmente curativa. En la actualidad, la disponibilidad de pautas clínicas para el manejo de estos pacientes es limitada, lo cual puede generar temor en relación al aspecto médico-legal y, como resultado, muchos pacientes no son considerados elegibles para ensayos clínicos. Por lo tanto, en este artículo se presenta un caso clínico ilustrativo que permite describir y analizar esta situación particular.

Caso Clínico: Paciente femenino de 51 años, con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a Síndrome Hemolítico Urémico, actualmente en diálisis peritoneal. En el 2018, se diagnosticó con LMA de riesgo intermedio, por lo que recibió inducción con 7+3 logrando respuesta completa (RC). Posteriormente, recibe consolidación con HiDAC pero se suspendió al segundo ciclo debido a cursar con toxicidad cerebelosa por citarabina. En enero de 2022, se documentó recaída de la enfermedad con 10% de blastos mieloides al mielograma y 9.3% por citometría de flujo (CMF), el estudio citogenético identificó las t(1;2) y t(5;7) y la secuenciación de nueva generación (NGS), detectó mutaciones en el gen RUNX1. Recibe rescate con Venetoclax y Azacitidina (VEN-AZA) completó 4 ciclos, con estudio medular de fin de tratamiento que evidencia RC2, por lo que se deriva para Alo-TPH. Fue evaluada por nefrología, se suspende diálisis peritoneal y se indica hemodiálisis (HD) durante el trasplante; Completó protocolo de condicionamiento Flu-Cy-TBI, recibió infusión de Stem Cells, con HD antes y después de la PTCy los días +3 y +4. El día +5 se inicia inmunosupresión basada en micofenolato de mofetilo y tacrólimus. Logra prendimiento granulocítico y plaquetario el día +24, se documenta quimerismo > 95% post-trasplante, posterior a lo cual reinicia la diálisis peritoneal. En lo sucesivo, cursó con profundización de las citopenias, ameritando nuevo mielograma que mostró hipoplasia medular y la CMF no documentó recaída, se suspendió la inmunosupresión y reinició G-CSF, con adecuada recuperación hematológica, manteniendo quimerismo > 95% post-trasplante. En la actualidad, la paciente se encuentra en plan de mantenimiento con Azacitidina, sin evidencias de recidiva de la enfermedad.

En conclusión, el pronóstico desfavorable de la LMA no tratada en pacientes con enfermedad renal crónica terminal y dependencia de diálisis requiere la adopción de estrategias de tratamiento arriesgadas pero pragmáticas. Con un enfoque multidisciplinario y el respaldo adecuado de subespecialistas, estos pacientes pueden beneficiarse de un proceso de consolidación exitoso a través del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

FOLIO 20

"SISTEMA DE FARMACOVIGILANCIA ACTIVA REALIZADA POR UN QUÍMICO FARMACÉUTICO EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR."

Ignacio Sanchez, Nicolás Hernández
Hospital del Salvador; Universidad Andrés Bello;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: los tratamientos antineoplásicos son usualmente complejos e involucran el uso de una gran variedad de fármacos, a razón del estrecho margen terapéutico de muchos de ellos, las reacciones adversas son más que comunes, las cuales traen un costo monetario asociado, no obstante, actualmente existe poca información a nivel nacional sobre la carga económica de las RAM o de su evitabilidad.

Objetivo: Evaluar la seguridad y los costos asociados a las reacciones adversas presentadas en pacientes hematoncológicos internados en el Hospital del Salvador, utilizando un sistema de farmacovigilancia activa.

Metodología: Se trata de un estudio de cohorte concurrente observacional, donde se utilizó la revisión de fichas clínicas para la detección de reacciones adversas y valorización de estas mismas en pacientes hematoncológicos del Hospital Salvador, el seguimiento se realizó durante 6 meses y se recolectaron datos de un total de 42 pacientes, relacionados a la incidencia de las reacciones adversas, se estableció su causalidad utilizando el algoritmo de Naranjo, carácter prevenible utilizando la escala de Shchumock and Thornton's, gravedad según los descrito por las CTCAE y finalmente se valorizaron extrapolando datos de un estudio realizado en los EE.UU, el estudio asoció un costo en dólares para diferentes eventos adversos en pacientes dependiendo del tipos de cáncer, estos costos se ajustaron a pesos chilenos y según los cambios en el IPC nacional. También se registraron y clasificaron las intervenciones farmacéuticas realizadas.

Resultados: Se estableció una incidencia de reacciones adversas a medicamentos del 86%, de las cuales un 55% fueron catalogadas como probables, 96% como no-prevenibles y un 56% como graves, económicamente hablando se estableció un valor total de $936.621.205, del cual se extrae un valor de $13.567.991 solo para aquellas consideradas prevenibles (4%), las principales intervenciones farmacéuticas fueron catalogadas como individualización de los cuidados del paciente, donde destaca ajuste por niveles de la terapia antimicrobiana como la más prevalente.

Conclusiones: Se concluye que en este tipo de pacientes las RAM son altamente prevalentes y traen consigo una gran carga económica, el rol del farmacéutico es esencial para asegurar un uso más eficiente de los recursos y en la prevención de RAM potencialmente prevenibles.

FOLIO 21

LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B EN MAYORES DE 80 AÑOS EN UN CENTRO PÚBLICO.

María Teresa Morgan, Marianela Codoceo, Verónica Pérez, Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Jair Betancourt, Verónica Lizama, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, Daniela Zambrano, Claudia Gajardo, Rafael Benavente, María Elena Cabrera, Camila Peña
Becada Hospital del Salvador; Hematóloga, Unidad de hematología clínica, Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El Linfoma no Hodgkin (LNH) difuso de células grandes B (DCGB) es el subtipo de LNH más común (38%) en Chile. Debido al aumento de la expectativa de vida en nuestro país, el grupo de mayores de 80 años se ha hecho más relevante, siendo lamentablemente también el más vulnerable en cuanto a las complicaciones asociadas al tratamiento. Esto obliga a reducir dosis o interrumpir la terapia, disminuyendo la sobrevida global de este grupo. Hay escasa información de esta creciente población en nuestro país.

Nuestro objetivo fue caracterizar clínicamente y evaluar sobrevida en pacientes mayores de 80 años con diagnóstico de DCGB en nuestro centro.

Material y método: Estudio de cohorte observacional, analítico y retrospectivo. Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes ? de 80 años con diagnóstico de LNH DCGB en nuestro centro desde el 2013 al 2022. Se evaluaron datos demográficos, antecedentes médicos, características clínicas, de anatomía patológica y de tratamiento. Se cuenta con la aprobación del comité de ética.

Resultados: Se obtuvieron datos de 56 pacientes. La mediana de edad fue 84 años, con un rango entre 80 y 96 años. La relación H:M fue de 1:1.3. El 83% tuvo comorbilidades, siendo las 2 más frecuentes la HTA y la DM2 (68% y 32%). Se presentaron en etapa precoz el 29% y en etapa avanzada el 62% (9% sin dato). Un 39% se presentó en etapa IV y los sitios extranodales más frecuentes fueron gastrointestinal, pulmonar y cutáneo. Ningún paciente calificó para R-IPI pronóstico muy bueno y el 65% tuvo R-IPI de mal pronóstico. A 38/56 se les informó algoritmo de Hans en la biopsia. Un 61% fue centro germinal. Ki67 media de 75% (de 40 a 95%). MYC fue descrito solo en 45% de las biopsias. De estos, se consideraron doble o triple expresores el 50%. Recibieron quimioterapia el 82%. De estos la mayoría fue R-CHOP y R-COP (63% y 11%). Se obtuvo datos de toxicidad sólo en 34% de los pacientes, de los cuales, el 37% tuvo complicaciones, siendo las más frecuentes la NFAR y el requerimiento transfusional (ambas 71%). La SG a 3 años fue de 46% (IC95% de 0.32- 0.59) y a 5 años fue de 35% (IC95% 0.21-0.49). No hubo diferencia en SG según etapas avanzadas vs precoces. La SG media según R-IPI de pronóstico bueno vs pobre fue de 43 vs 12 meses respectivamente (P=0,1). El análisis uni y multivariado (sexo masculino, comorbilidades, R IPI, etapa avanzada y clasificación no centro germinal) no mostró factores de riesgo independientes para SG.

Discusión: Los pacientes añosos son diagnosticados en etapas avanzadas y con R IPI alto. Describimos una alta tasa de complicaciones. La SG es menor que en pacientes menores (SG aproximada de 65% a 5 años en nuestro país), pero similar a otras series de pacientes añosos en Latinoamérica.

Conclusión: Este grupo de pacientes tienen características especiales, y deben ser abordados de manera integral, idealmente en Unidades geriátricas asociadas.

FOLIO 26

ESTUDIO DE IMPACTO PRESUPUESTAL DE LA TERAPIA BIOSIMILAR DE RITUXIMAB "RIXATHON®" PARA EL TRATAMIENTO DE LINFOMA FOLICULAR Y LINFOMA DE CÉLULAS B GRANDES NO HODGKIN DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Nicolás Armijo, Tomás Abbot, Manuel Espinoza
Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Centro de Investigaciones Clínicas, Pontificia Universidad Católica de Chile;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) es responsable de aproximadamente el 90% de los casos de linfomas malignos en adultos, con el Linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) y el Linfoma folicular (FL) siendo los subtipos más comunes. En Chile, el sistema de salud ofrece inmunoquimioterapia basada en Rituximab para el tratamiento de estas patologías. En este sentido, la consideración de Rixathon®, una alternativa biosimilar de Rituximab, podría disminuir la carga financiera asociada al tratamiento de estas patologías.

Objetivo: Evaluar los ahorros potenciales que resultan de la transición hacia el uso de Rixathon®, el biosimilar de Rituximab, en lugar de la versión original (Mabthera®), para el manejo de pacientes con FL y DLBCL en Chile.

Metodología: Se estimaron los ahorros asociados con la adopción de Rixathon® mediante un modelo de impacto presupuestal con año base en 2023 y un horizonte temporal de cinco años (Figura 1 Panel A). La estimación de la población tratada con Rituximab para FL y DLBCL se basó en las unidades de Rituximab adquiridas entre 2015 y 2022, ajustadas por diferentes estimadores de datos administrativos, información epidemiológica y juicio de expertos clínicos (Figura 1 Panel B). Se consideraron costos diferenciales entre Rituximab original y biosimilar, incluyendo los costos de adquisición y los relacionados con la administración de la inmunoquimioterapia. Los costos de adquisición se basaron en las compras de CENABAST, mientras que los costos de administración se estimaron mediante un enfoque de micro-costeo y un escenario de análisis utilizando la metodología del tiempo de ejecución de la actividad (TDABC). Resultados: Se proyectó una población de pacientes con FL de 528 para el año 2023 y 538 para el año 2027. Por otro lado, la población con DLBCL se estimó entre 744 y 759 pacientes para los años 2023 a 2027, respectivamente. Comparando Rixathon® con Rituximab IV, se identificó un ahorro de $544.241.341 por cada 100 pacientes, lo que permitiría brindar una cobertura adicional a 157 pacientes. Al comparar Rixathon® con Rituximab en su administración subcutánea (SC), se observaron ahorros de $331.767.788, lo que representaría una cobertura adicional de 96 pacientes. En el escenario de análisis, los ahorros relacionados con la inclusión de Rixathon® versus Rituximab SC oscilaron entre $316.553.124 y $326.178.124 por cada 100 pacientes, dependiendo del tiempo de administración IV (240 minutos a 90 minutos).

Discusión: El uso de Rixathon® en lugar de Rituximab IV o SC podría generar ahorros en el sistema de salud chileno y permitir una mayor cobertura de tratamiento para pacientes con FL y DLBCL. La consideración de costos de administración según la metodología TDABC resultan en costos incrementales por administración marginales respecto de los ahorros generados por Rixathon® a nivel de tratamiento primario. Financiamiento: Sandoz Chile bajo estrictas cláusulas de independencia

FOLIO 29

TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO AUTÓLOGO AMBULATORIO EN MIELOMA MÚLTIPLE: ES POSIBLE EN CHILE?

Mauricio Sarmiento, Pablo Ramirez, Patricio Rojas, Emilio Salinas, Paola Aravena, Ignacio Corvalan, Catherine Gutierrez, Marcela Vidal, Veronica Jara, Elizabeth Rivera, James Campbell, Maria Jose Garcia, Vicente Sandoval, Maximiliano Vergara, Mauricio Ocqueteau
hematologia, PUC; CLC; PUC;
Caso Clínico

El trasplante hematopoyético autólogo (ATPH) es convencional en pacientes con mieloma múltiple (MM). La forma en la que se realiza el procedimiento es con criopreservación de CD34 y con hospitalizaciones prolongadas. Desde hace varios años, grupos de México y USA han comunicado la realización de ATPH ambulatorios. En este reporte mostramos nuestra experiencia. Caso 1 Mujer de 64 a tiene diagnostico de MM IgG lambda ISS 1 por dolor oseo y es tratada con CYBORD por 4 ciclos. La paciente no pudo acceder al trasplante por su cobertura previsional y solicitó una opinión en nuestro centro. Se realizó una valoración integral, demostrando adecuada funcionalidad física y cognitiva según escala geriátrica validada. Con el objetivo de reducir gastos se planteó trasplante ambulatorio y la paciente consintió. Se realizó estimulación de progenitores hematopoyéticos con 600 mcg dia de filgrastim SC por 5 días. En el día -3 se realizó aferesis de 4.4 x 10 exp 6 CD34/kg sin DMSO. via PICC recibio melfalán 200 mg /m2 ev en el día -2. Desde el día -2 y hasta el prendimiento recibio ondansetron 8 mg /8 horas y omeprazol 20 mg /12 h , levofloxacino 500 mg/día, valaciclovir 500 mg/día y fluconazol 150 mg/día. El día 0 la paciente acudió al Centro De Cáncer y recibio aferesis retornando al domicilio. se realizo seguimiento telefonico diario y de laboratorio dia por medio. Se inició soporte con filgrastim 600 mcg sc día desde +1. Precisó transfusión de 2U de GR y 6U de plaquetas. Al día +8 se constató mucositis leve tratada con analgesicos via oral y cultivos que mostraron crecimiento de Escherichia coli en orina tratada de forma ambulatoria con 2 dosis de amikacina y luego 8 d con cefadroxilo. La paciente presento prendimiento al día +12. Caso 2 Hombre de 64 años con historia de MM IgA Lambda ISS 2 en 2015 tratado con 6 ciclos de CYBORD y luego con ATPH en 04/2016, con melfalán 200 mg/m2 y reinfusión de 2 x 10 exp 6 CD34/kg de peso. Se criopreservaron 1.8 x 10 exp 6 CD34/kg para un segundo trasplante. Luego hizo mantención con lenalidomida, hasta 2021. En nov 2022 por dolor oseo se confirma extensa progresión ósea de su MM, requiriendo RT costal por dolor y reinduccion con 4 ciclos carfilzomib/Lenalidomida/Daratumumab logrando remisión completa estricta. Recibio melfalán 140 mg/m2 y reinfusión de CD34 criopreservados , siendo dado de alta a los dos días del ingreso. Se hizo seguimiento telefonico descrito en primer caso. Uso profilaxis descrita en caso anterior. Al día +5 se administró pegfilgrastim 6 mg SC monodosis. No requirió transfusiones ni presentó infecciones. tuvo mucositis digestiva manejada con analgesia habitual. Tuvo prendimiento neutrofílico al día +11 y plaquetario al día +14.

Conclusión El ATPH ambulatorio en MM es una posibilidad para nuestro país, pudiendo hacer uso eficiente de los recursos y reduciendo el costo económico sin poner en riesgo al paciente durante el proceso.

FOLIO 31

COMPARACIÓN ENTRE DIFERENTES REGÍMENES DE ACONDICIONAMIENTO DE INTENSIDAD REDUCIDA EN LMA O MDS.

José Emilio Salinas , Yorman Flores, Patricio Rojas, Catherine Gutierrez, Marcela Vidal, Verónica Jara, Elizabeth Rivera, James Campbell , María José García, Vicente Sandoval, Maximiliano Vergara, Nicolas Triantafilo, Mauricio Ocqueteau, Mauricio Sarmiento
Programa de trasplante hematopoyético Adulto UC; Programa de formación en Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos del Adulto, Pontificia Universidad Católica de Chile. ; Programa de trasplante hematopoyético Adulto UC; Programa de subespecialización en Hematología, Pontificia Universidad Católica de Chile.; Programa de trasplante hematopoyético Adulto UC; Red de Salud Christus UC, Pontificia Universidad Católica de Chile.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico es una terapia potencialmente curativa en varias enfermedades hematológicas. Estudios prospectivos y retrospectivos asocian a esquemas de acondicionamientos mieloablativos (MAC) con aumento de la mortalidad no asociada a la recaída (NRM) y menos intensos con recaída de la enfermedad, lo que lleva a similar sobrevida global (OS). El 40% de los acondicionamientos para Leucemia mieloide aguda (LMA) en USA son de intensidad reducida (RIC), con sobrevidas a 5 años de aproximadamente 40%.

Objetivos: Reportar la OS y sobrevida libre de progresión (PFS) a 3 años de acuerdo al tipo de RIC usado en LMA y Síndrome mielodisplásico (SMD) desde el 2013 al 2022 y compararlo con la literatura internacional. Material y Método Análisis retrospectivo de los diferentes RIC usados desde el 2013 al 2022 en un centro de referencia de trasplante de progenitores hematopoyéticos. Se incluyeron 53 pacientes con edad promedio de la muestra de 48,5 años. Recibieron trasplante de donante familiar idéntico (DFI), Haploidéntico y donante no relacionado (DNR). En un 99%, los injertos fueron de sangre periférica. Los RIC utilizados fueron FLU-Cy TBI(200cGy) en 15 pacientes, FLUMEL en 30, FLUBU2 en 7 y FLUTREO en 1 paciente que no fue analizado. Resultados La OS a 3 años fue de 52%, 51% y 57% en los RIC a base de TBI, Melfalan y Busulfán respectivamente (p=0,89)(Figura1). La PFS a 3 años fue de 53%, 57% y 55% en los RIC a base de TBI, Melfalan y Busulfán respectivamente (p=0,9) (Figura2).

Discusión: En la literatura sólo un estudio prospectivo compara las diferentes intensidades del acondicionamiento en el contexto de LMA y SMD, con sobrevidas globales a 18 meses de 63% y 85% en los RIC, respectivamente. El acondicionamiento RIC más utilizado en este estudio es FLUBU2, lo cual, difiere de nuestra experiencia. Estudios retrospectivos revelan que en términos de sobrevida libre de recaída (RFS) FLUMEL es comparable a acondicionamientos MAC, siendo superior a FLUBU2, pero con NRM mayor, lo cual, podría igualar la OS de ambos esquemas, no siendo estadísticamente significativa. Los RIC han aumentado el pool de pacientes trasplantados de forma exponencial, siendo el promedio de edad de nuestros pacientes 48,5 años, lo cual, es similar a estudios internacionales. RIC se basa en el efecto injerto contra leucemia (GVL) para lograr la curación de la enfermedad oncológica que llevó al trasplante, diferentes formas de potenciarlo es un área de creciente investigación. Podemos concluir que según nuestra experiencia ningún acondicionamiento RIC es superior en términos de OS y PFS, por lo tanto, otras variables como el estatus de la enfermedad mínima residual previo al trasplante, comorbilidades, citogenética al diagnóstico, índice de riesgo de la enfermedad y edad deben mover la balanza a favor de uno. Financiamiento: No hay.

FOLIO 33

LEUCEMIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS CON COMPROMISO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipe López , Lilian Pilleux, Blaz Lesina, Vivianne Torres
Hospital Base de Valdivia; Hospital Base de Valdivia; Instituto de Medicina Universidad Austral de Chile;
Caso Clínico

Introducción: La neoplasia de células dendríticas plasmocitoide (CDP) es infrecuente, representando menos de un 1% de las leucemias agudas. Su origen en el precursor de células dendríticas plasmocitoides, explica que tenga inmunofenotipo sobrepuesto a neoplasias mieloides. Antes se describía como linfoma cutáneo CD4+ CD56++, representando menos del 0,7% de los linfomas cutáneos. Es altamente agresiva. El compromiso cutáneo es característico, presente en el 90%, sin embargo, la afectación del sistema nervioso central (SNC) es menos habitual, describiéndose en sólo 4-9% al diagnóstico. El uso de técnicas citogenéticas y moleculares permite detectar los casos más agresivos.

Caso Clínico: Hombre de 65 años, con antecedentes de HTA e Hipotiroidismo. Consulta por 3 semanas de compromiso del estado general, anorexia, baja de peso de 6 kgs. Se asocia lesión cutánea pruriginosa, tipo mácula purpúrica, de 6x5 cms con zona central nodular infiltrada en zona interescapular junto con pápulas purpúricas de +/- 1 cm de diámetro en extremidades inferiores. Se realiza exámenes: Hb 12,8 g/dL; Leucocitos 2.310/uL; Plaquetas 83.000/uL. Estudio medular: Mielograma: infiltración por 59% de blastos grandes con citoplasma amplio poco basófilo, mayoría sin nucleolo. Citometría de flujo (CMF): 25% de células con expresión CD4 +, CD33+/-, CD34-, CD36+, CD 38++, CD45 +/-, CD56 +, CD 79a cy+/-, CD117 -, CD 123+ y HLA-DR ++, compatible con Leucemia de células dendríticas. Biopsia de lesión cutánea: infiltración por neoplasia de estirpe hematológica compatible con compromiso cutáneo por NCDP. Citología LCR: Blastos grandes, citoplasma amplio poco basófilo (Figura 1), CMF LCR: positivo para compromiso por Leucemia Aguda de CDP (Figura 2). Se realiza TAC Tórax-Abdomen-Pelvis: sólo esplenomegalia. Inicia esquema de quimioterapia de inducción LLA > 60 años MINSAL con respuesta clínica favorable con mejoría progresiva de lesiones cutáneas y CMF de LCR de control negativa para neoplasia hematológica, luego de QMT intratecal dos veces por semana hasta LCR negativo (día 19). Se traslada a centro por su previsión e inicia QMT HyperCVAD A. Fallece al día 15 por shock séptico y tromboembolismo pulmonar.

Discusión: Se describe la presentación clásica de una patología muy infrecuente, cuyo pronóstico clásicamente es desfavorable (3 meses sin tratamiento). Destaca en el caso descrito, compromiso del SNC al inicio del cuadro. El tratamiento de esta patología no está consensuado, recomendándose esquemas de QMT tipo "linfoide" que han mostrado mejores resultados, seguido de trasplante de progenitories hematopoyéticos (TPH) alogénico, con sobrevida global de hasta 58% a 3 años, en series pequeñas. Recientemente el uso de Tagraxofusp, citotoxina anti-CD123 ha mostrado una potente actividad, aún en etapa de investigación. Podría incluso evitar el uso de terapia citotóxica, utilizando este blanco terapéutico.

FOLIO 34

SINDROME TAFRO – VARIANTE ATÍPICA DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICENTRICA IDIOPÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Eduardo Díaz, Jaime Retamal, Guido Lusso, José Padrón, Allyson Cid, Javier Voisin, Nelson Lobo, Camila Peña

Unidad de Hematología Clínica Hospital del Salvador; Residente de Medicina Interna Hospital del Salvador, Universidad de Chile; Servicio de Medicina Hospital del Salvador; Servicio de Medivina Hospital del Salvador; Residente de Hematología Hospital del Salvador, Universidad de Chile;

Caso Clínico

Introducción: La enfermedad de Castleman (EC) es un trastorno linfoproliferativo raro. Se puede dividir en EC localizada (unicéntrica UCD) y EC con lesiones múltiples (multicéntrica MCD). La MCD se subdivide a su vez en: asociada al virus herpes humano tipo 8 (HHV-8), al síndrome POEMS e idiopática (iMCD). El grupo de pacientes VIH y HHV-8 negativos, pertenece a la iMCD. El síndrome TAFRO es conocido como una entidad clínica heterogénea, con una variedad de síntomas que incluyen trombocitopenia (T), anasarca (A), fiebre (F), fibrosis de reticulina, insuficiencia renal (R) y organomegalia (O) y puede darse en contexto de la iMCD. Se han utilizado corticoides, inmunomoduladores e inhibidores de Interleuquina (IL-6), sin embargo, por su rápida progresión, a menudo resulta fatal acercándose al 67% de sobrevida a dos años. Caso clínico Mujer de 65 años, antecedentes de HTA, hipotiroidismo, Insuficiencia cardiaca de etiología valvular y enfermedad renal crónica con terapia de reemplazo renal con peritoneodiálisis. Cursó con cuadro de 8 meses de evolución, caracterizado por anasarca, disnea, baja de peso, adenopatías generalizadas, esplenomegalia y bicitopenia. Se inició estudio con biopsia de ganglio axilar donde se evidenció EC, patrón hialinovascular. Tomografía computada evidenció adenopatías mediastínicas, axilares y retroperitoneales, derrame pleural bilateral, esplenomegalia, estigmas de daño hepático crónico y presencia de ascitis severa. Serologías virales (VHB, VHC y HTLV-I-II) y VIH negativas, PCR para VHH-8 negativa y estudio inmunológico (ANA, ANCA, ENA, AMA, ASMA) negativo. En vista de cuadro clínico, hallazgos de laboratorio e histológicos, se diagnostica síndrome TAFRO asociado a iMCD y se inicia tratamiento con esquema dexametasona-rituximab. Evoluciona satisfactoriamente, con resolución clínica progresiva hasta alta médica y seguimiento posterior.

Discusión: La EC es una entidad poco común y compleja. El subtipo TAFRO es una variante rara de la enfermedad. En nuestra paciente se descartaron diferentes etiologías y finalmente se diagnosticó MCD en base a la biopsia del ganglio linfático y cuadro clínico. Al revisar el caso, encontramos manifestaciones clínicas compatible con el síndrome TAFRO. Además, excluimos el diagnostico de linfoma y enfermedades de etiología autoinmunitaria, reumatológica e infecciosas. En cuanto al tratamiento, la paciente evolucionó favorablemente, aunque se espera que pueda recaer, por lo que se sigue estrictamente en ambulatorio.

Conclusión Aunque se ha realizado un progreso significativo en la comprensión y el manejo de TAFRO-iMCD, sigue siendo una entidad poco común y, por lo tanto, es de vital importancia reportar los casos para que haya mayor reconocimiento de la enfermedad.

FOLIO 35

MIELOMA HIPERLIPIDÉMICO COMO CAUSA DE SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Proaño , Guido Lusso, Joaquín Thomas, Paula Rojas, Verónica Pérez, Pablo Bustamante, Esteban Forray, Camila Peña
Médico Internista, Hospital del Salvador; Becado de Medicina Interna Universidad de Chile, Hospital del Salvador; Becada Hematología Universidad de Chile, Hospital del Salvador; Hematóloga y Médico Internista, Hospital del Salvador;
Caso Clínico

El Mieloma hiperlipidémico es una entidad muy infrecuente. Se caracteriza por asociarse a hiperlipidemia, y puede asociarse a lesiones cutáneas tipo xantomas o síndrome de hiperviscosidad (SHV). Su incidencia es desconocida al igual que su fisiopatología. Se trata de una mujer de 65 años con diagnósticos de artritis reumatoide desde el 2017 en tratamiento y Mieloma Múltiple (MM) IgA lambda diagnosticado en 2021. Inició tratamiento con Bortezomib, Lenalidomida y Dexametasona, logrando remisión completa, pero progresión luego por falta de adherencia. Paciente ingresó vía urgencias a finales de abril 2023 por cuadro de 1 mes de evolución de baja de peso, disminución de agudeza visual en ojo derecho, somnolencia, cefalea holocranea y ataxia. Al laboratorio de ingreso, destacó anemia moderada con Hb 8.1 g/dL, sin falla renal ni hipercalcemia. Al examen físico presentó múltiples lesiones nodulares de tinte amarillento en antebrazos, compatibles con xantomas demostradas por biopsias de Dermatología. No se observó focalidad neurológica y el compromiso visual correspondió a hemorragia retiniana tras evaluación por Oftalmología. Destacó además una hiperlipidemia marcada con colesterol total (CT) 642 mg/dL y triglicéridos (TG) 421 mg/dL. IgA 1190 mg/dL, EFP con peak monoclonal de 0.7 g/dl en beta 2 y Kappa/lambda de 0.05, con lambda en 482 mg/L. Mielograma con 15% de células plasmáticas, y frotis de sangre periférica no evaluable por viscosidad de las muestras. Se interpretó como progresión de MM y SHV por hiperlipidemia, sin embargo, paciente solicitó alta previo al inicio de tratamiento. Reingresó 2 semanas después por empeoramiento de síntomas asociado delirium, gingivorragia abundante, rectorragia escasa e hipercalcemia leve. El recuento de IgA fue 1562 mg/dL y destacó CT 798 mg/dL y TG 690 mg/dL, estudio de crioaglutininas negativo. Inició plasmaféresis con recambio plasmático, con mejoría marcada de síntomas, iniciando esquema con pomalidomida, bortezomib y dexametasona (PdV) para reinducción. Cursó con normalización de perfil lipídico tras inicio de tratamiento, y actualmente sigue en controles ambulatorios.

FOLIO 36

HISTIOCITOSIS DE ALMACENAMIENTO DE CRISTALES RENAL, TUBULOPATÍA PROXIMAL Y PODOCITOPATÍA, UN INFRECUENTE CASO DE GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL.

Marco Alvarez, Camila Peña, Gonzalo Mendez, Jefferson Hidalgo, Ricardo Valjalo, Guido Lusso, Eduardo Diaz, Jaime Retamal, Esteban Forray, Pablo Bustamante
Internista, Servicio de Medicina, Hospital del Salvador; Hematóloga, Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile; Nefropatólogo, Laboratorio Inmunocel; Nefrólogo, Sección nefrología, Hospital del Salvador; Internista, Unidad de hematología clínica, Hospital del Salvador; Internista, Servicio de Medicina, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile; Internista, Unidad de hematología clínica, Hospital del Salvador; Centro de Investigación Clínica avanzada, CICA, Oriente, Universidad de Chile;
Caso Clínico

Introducción: La histiocitosis de almacenamiento de cristales es una condición rara que se caracteriza por la presencia de inclusiones cristalinas citoplasmáticas en los histiocitos, usualmente secundarias a depósitos de inmunoglobulinas monoclonales Kappa, cuya acumulación se asocia a daño a distintos órganos. Se asocian comúnmente con síndromes linfoproliferativos (SLP), siendo el Mieloma Múltiple (MM) la asociación más frecuente (35% de los casos). Si está confinado sólo al riñón, y no es asociado a MM o SLP, se considera una gammapatía monoclonal de significado renal (GMSR). Caso clínico. Paciente dio consentimiento para el relato de su caso. Varón de 51 años con antecedentes de HTA y DM. Consultó por síndrome edematoso generalizado. A su ingreso se evidenció anasarca e HTA de 210/128 mmHg. Del estudio complementario destacó creatinina 2,1 mg/dL, examen de orina con proteinuria 500 mg/L, proteinuria 24 horas 11 gramos/día, albúmina 2,8g/L, colesterol 233mg/dL, triglicéridos 118 mg/dL. Sin síndrome de Fanconi clínico ni de laboratorio. Se decidió estudio como síndrome nefrótico, con biopsia renal y estudio de causas secundarias. Se realizó fondo de ojo sin hallazgos patológicos, estudio de VIH y virus hepatotropos no reactivos, electroforesis de proteínas con peak de 0,2g/dL, inmunofijación IgG Kappa, cadenas livianas libres Kappa 127 mg/L, Lambda 67 mg/L, relación Kappa/Lambda 1.9. Ante hallazgo de gammapatía monoclonal se realiza mielograma con inmunofenotipo que descartó MM. Tomografía computada de cuello, tórax, abdomen y pelvis sin evidencias de poliadenopatías ni lesiones óseas. Se recibió resultado de biopsia renal: Microscopía óptica (MO) con marcado patrón mesangiocapilar, glomérulos tumefactos con dobles contornos. Inmunofluorescencia (IF) y Microscopía electrónica (ME) informaron estructuras cristaloides Kappa positivas en citoplasma de macrófagos intraglomerulares, y en forma focal en células endoteliales y mesangiales, compatibles con histiocitosis con acumulación de cristales monoclonales de cadenas livianas, además de daño podocitario acentuado. A nivel del epitelio tubular proximal, también se evidencian gránulos citoplasmáticos Kappa positivos. Con diagnóstico de GMSR tipo histiocitosis de almacenamiento de cristales, se inicia terapia con régimen basado en bortezomib (CyBorD). Se controla al tercer ciclo, evidenciándose remisión parcial de la paraproteína (0,1g/dL), creatinina de 1,3 mg/dL y un IPC de 1,3. Se decide completar 6 ciclos.

Discusión: El caso ilustra las dificultades diagnósticas de esta patología infrecuente, debido tanto a los variados síndromes nefrológicos que puede manifestar dado el compromiso por cristales a nivel capilar, mesangial, podocitario y tubular proximal, como a la compleja e indispensable integración de las 3 modalidades de la patología renal (MO, IF y ME) para su diagnóstico. Además, recalca la importancia de un tratamiento basado en terapia anti-MM precoz, para evitar daño permanente.

FOLIO 37

SENSIBILIDAD DE DIFERENTES SITIOS DE BIOPSIAS PARA DIAGNÓSTICO DE AMILOIDOSIS AL EN UN CENTRO PÚBLICO

Cristian Vargas, Guido Lusso, Jaime Retamal, Eduardo Díaz, Camila Peña, José Manuel Matamala, Jaime Álvarez, Ricardo Valjalo, Gonzalo Correa, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Gonzalo Méndez, Jorge Larrondo, Marianne Gosch, Fernando Verdugo

Unidad de paciente crítico, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Unidad de hematología clínica, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Unidad de hematología clínica, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Centro de Investigación Clínica Avanzada (CICA) Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.; Centro de Investigación Clínica Avanzada (CICA) Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.; Laboratorio de Neurología y Neurofisiología Traslacional (NODO Lab), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.; Unidad de Cardiología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Unidad de Nefrología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Servicio de Patología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.; Departamento de Patología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ; Unidad de Dermatología, Hospital del Salvador, Santiago, Chile.;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las amiloidosis son una entidad heterogénea con bajo nivel de sospecha y de difícil diagnóstico. Lo básico es obtener una biopsia con depósito de material amorfo, con tinción de Rojo Congo positivo, y birrefringencia verde manzana al microscopio bajo luz polarizada. Para amiloidosis por cadenas livianas (AL), la biopsia de médula ósea (MO) suele ser realizada para el diagnóstico, pero su sensibilidad varía entre 56 a 70%. La biopsia más típicamente descrita es la de grasa subcutánea, cuya sensibilidad se describe entre un 70 a 80%. La literatura describe que la realización de estas 2 biopsias puede llegar a tener una sensibilidad diagnóstica de hasta 90%.

El objetivo de este estudio fue conocer la sensibilidad para diagnóstico de amiloidosis AL de los diferentes sitios de biopsias en un centro público.

Material y método: Se revisó el Registro prospectivo de amiloidosis de nuestro centro. Se analizó sólo las amiloidosis AL diagnosticadas consecutivamente entre 2015 y 2022. Se determinó la sensibilidad diagnóstica de diferentes sitios. Se realizó estadística descriptiva. Se cuenta con aprobación del Comité de ética para este registro. Resultados. Se encontraron 40 pacientes con diagnóstico de amiloidosis AL. La biopsia de grasa subcutánea tuvo una sensibilidad de 23%, al igual que la biopsia de MO. La sensibilidad de ambas biopsias fue de 42%. De las biopsias no dirigidas al órgano afectado, la biopsia de glándula salival menor tuvo la mayor sensibilidad (80%), la biopsia de colon/recto 67% y la biopsia renal tuvo sensibilidad de 100%. Otros sitios biopsiados que resultaron positivos fueron pulmón (3casos), estómago, hígado, tiroides, esófago, apéndice, lengua u uréter (1 cada uno).

Discusión. La sensibilidad de las biopsias de MO y grasa subcutánea es muy inferior a lo descrito, teniendo en nuestro centro mucho mejor sensibilidad la biopsia de glándula salival menor. Si bien la biopsia renal tuvo 100% de sensibilidad, esta no se recomienda por ser más invasiva, y debería realizarse sólo en casos en que las demás biopsias sean negativas. Esta diferencia en sensibilidad puede atribuirse a muchas causas. Se debe revisar la experiencia de los patólogos, las tinciones, el procesamiento de las muestras, etc., ya que podrían deberse a falsos negativos.

Conclusión: La biopsia de glándula salival es la biopsia con mejor sensibilidad en nuestro centro. Se debe revisar el procesamiento completo de las biopsias que ingresen para tinción de Rojo Congo.

FOLIO 38

METRORRAGIA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN ENDOMETRIAL POR LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA. CASO CLÍNICO

Verónica Pérez, Gabriela Proaño, Lorena Godoy, Rafael Benavente, Pablo Villegas
Becada hematología H. del Salvador; Medico Internista H. del Salvador; Hematólogo H. del Salvador; Anatomopatólogo H. del Salvador;
Caso Clínico

Introducción: En la LMA, la enfermedad extramedular es infrecuente con los métodos de imagen tradicionales y se asocia más con la diferenciación monocítica. La NCCN recomienda evaluación con FDG-PET/TC sólo si hay sospecha al diagnóstico, excepto en sistema nervioso central. La ELN no tiene recomendación al respecto, sin embargo exige la ausencia de enfermedad extramedular para definir la remisión completa (RC). CASO CLÍNICO Mujer de 28 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por metrorragia severa, gingivorragia, sensación febril y adenopatías cervicales sensibles. Ingresa en ginecología para legrado, con el cual se envió muestra para biopsia. En el laboratorio destaca anemia severa (Hb 4,1 g/dl), hiperleucocitosis (265.040/mm3) con 65% de blastos y plaquetas en rango normal. Al examen físico destacaban adenopatías cervicales, retroauriculares, inguinales y hepatomegalia de 4 cm bajo reborde costal. En mielograma 95% blastos mieloides. Inmunofenotipo compatible con leucemia de estirpe mieloide con diferenciación monocítica parcial. Citogenética 46, XX, del(9) (q13q22). Biología molecular muestra mutación FLT3-ITD y panel NGS no encuentra otras mutaciones. En TAC TAP se describe compromiso adenopático difuso supra e infradiafragmático y aumento de tamaño uterino con leve distensión de la cavidad endometrial. Ecografía transvaginal informa útero heterogéneo con endometrio bicapa de 4 mm espesor e interfase ecodensa heterogénea de 15 mm. Inicia inducción 3+7+midostaurina y QMT IT triple por LCR comprometido. Se indica anticonceptivo oral y ácido tranexámico. Se mantiene con metrorragia abundante a pesar de manejo y soporte transfusional, disminuyendo significativamente desde el día 10 de quimioterapia hasta resolver. Presenta resolución de adenopatías periféricas y hepatomegalia. Biopsia informa "endometrio comprometido por proliferación de células mieloides". Se realiza mielograma día 35 de QMT sin recuperación hematológica con 11% Blastos. Se inicia protocolo IDAFLAG + midostaurina sin recurrencia de episodios de sangrados. Evaluación de respuesta con RCi. Posterior a QT de consolidación con IDAC recibe TPH haploidéntico.

Conclusión: Se presenta caso con infiltración endometrial por LMA, confirmado en imágenes y biopsia, en el contexto de leucemia con claro perfil extramedular. Su resolución clínica estuvo de la mano con la respuesta a la quimioterapia. El sangrado uterino anormal en contexto de leucemia puede tener diferentes etiologías, y es fundamental su manejo específico para disminuir requerimiento transfusional sobre todo durante periodos de aplasia. La infiltración endometrial por células leucémicas es una posibilidad a considerar en estas pacientes.

FOLIO 40

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO Y LA CORRELACIÓN ENTRE HSCORE Y CRITERIOS HLH04 EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Jair Betancourt, Teresa Morgan, Jose Tomás Gonzalez, Jessica Basso, Patricia Graffigna, Ximena Valladares, Veronica Lizama, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Camila Peña
Residente de Hematología Universidad de Chile; Servicio de hematología Hospital del Salvador; Servicio de Hematología Hospital San Juan de Dios; Servicio de Medicina Interna Hospita Dr. Luis Tisné; Servicio de Hematología Clínica Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica es un síndrome hiperinflamatorio grave inducido por activación aberrante de macrófagos y células T citotóxicas, asociado a una tormenta de citoquinas potencialmente fatal. La forma secundaria (adquirida) es más frecuente en adultos. En sl SHF secundario las infecciones son los desencadenantes más frecuentes. En adultos, los tumores malignos principalmente linfomas son causa importante. La mortalidad es >95 sin tratamiento. El diagnóstico de SHF debe basarse en los criterios HLH04. El Hscore se creó el 2014, como otra forma de calcular la posibilidad de tener SHF en los pacientes. No existe un tratamiento estándar, se ha usado corticoides, inmunoglobulina EV, rituximab, etopósido, entre otros. Tras implementar el implementar el protocolo del estudio HLH94, la sobrevida a 5 años aumentó de 5% a 54%, aunque este fué creado para SHF primario y como puente para trasplante alogénico.

El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de SHF hospitalizados en nuestro centro entre los años 2013 a 2022. Material y métodos: Estudio unicéntrico, de serie de casos, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se definió SHF que presentaban mínimo 5 criterios de HLH04, se revisaron las fichas clínicas para registrar las variables. Se usó estadística descriptiva, curvas de Kaplan Meier para sobrevida global. Se realizó análisis de Spearman para evaluar la correlación entre Hscore y criterios HLH04. Resultados: Fueron evaluados 40 personas con SHF, el 42.5 fueron mujeres y el promedio de edad fue de 48.1 años. La mediana de días de hospitalización fue de 23 días. La etiología para SHF fue de LH (10.3%), LNHB (12.8%), LNHT (10.3%), enfermedades autoinmunes (29.22%), VIH (7.7%), Gammapatías monoclonales (2.6%) y otras (28.2%). Según criterios de HLH04 el 52.8% cumplía 5 criterios y el 47.2% cumplía con 6 criterios. El análisis de Spearman para evaluar la relación entre Hscore y HLH04, resultó en un Rho de 0,3805, catalogado como correlación media (p=0.02). Al final del seguimiento 9 personas se encontraban vivas y 31 fallecidas, con una mediana de seguimiento de 508 días, la mediana de sobrevida fue de 13 días.

Discusión: En nuestro centro el SHF se encuentra altamente relacionado a neoplasias hematológicas, probablemente por ser un centro de referencia nacional. La edad de presentación más frecuente fue entre la cuarta y quinta década de vida, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. Se observó además una alta mortalidad. En cuanto a la relación del Hscore y los criterios HLH04, encontramos una relación significativa entre ellos, por lo que la fácil aplicación del Hscore nos ayudaría a tener una alta sospecha diagnóstica .

FOLIO 41

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA B AGUDA ASOCIADA A UN CLON ANORMAL HIPERDIPLOIDE CON T(2;7)

Jair Betancourt, Teresa Morgan, Jessica Basso
Residente de Postgrado de Hematología Universidad de Chile; Servicio de Hematología Hospital del Salvador; Servicio de Medicina Interna Hospital Dr. Luis Tisné;
Caso Clínico

Se sabe que la leucemia linfoblástica aguda (LLA) surge de una célula progenitora linfoide que ha sufrido múltiples lesiones genéticas específicas que conducen a la transformación y proliferación. La mayoría de los casos de LLA tienen anomalías citogenéticas y/o moleculares que están asociadas con fenotipos distintivos, características de pronóstico y/o influyen en elección del tratamiento. El cariotipo convencional y el FISH revelan anomalías citogenéticas y/o moleculares recurrentes en aprox. el 80 % de los casos de LLA B, siendo la t(9;22)(q34;q11)/BCR-ABL1 la alteración más frecuente. Presentamos el caso de un paciente con LLA B con presencia de un clon anormal hiperdiploide con t(2;7).

Descripción del Caso: Hombre de 19 años, sin antecedentes, presenta un cuadro clínico de 10 días de evolución de síntomas respiratorios altos, asociado múltiples adenopatías cervicales dolorosas, dolor dental, gingivorragia y fiebre. Consulta a Urgencias, al examen físico se evidencia enfermedad periodontal sin foco odontogénico, múltiples adenopatías cervicales, no se palpan visceromegalias, sin lesiones en piel, en los exámenes de laboratorios destacaba al hemograma leucocitosis con linfocitosis y trombocitopenia, LDH elevada.
Se realiza mielograma donde se evidencian blastos 95% de aspecto linfoide.
Estudio complementario realizado muestra: Hb 13.6 gr/dl Gb 162.160 RAN 7300 RAL 151.000 RAM 3080 Plaquetas 97.000 LDH 961

Citometría de flujo: 94% de blastos de estirpe linfoide B, positivos para CD19, CD10, CD20, CD33 débil, CD38, CD58, CD66c y cCD79a. Negativos para CD34, IgM superficie/citoplasmática y CL Kappa/Lambda.
Biología molecular: negativa para t(4;11) y t(9;22)
Citogenética: Hallazgo de un clon anormal hiperdiploide, de 48-49 cromosomas, con t(2;7) en el 95% de las células analizadas.
Se confirma LLA B común CD 20 +, Ph(-) con hiperdiploidía y t(2;7), se inicia citorreducción con dexametasona por 3 días con prevención de síndrome de lisis tumoral, luego se continúa terapia de inducción con protocolo de quimioterapia LLA 15-30, el paciente presenta NFAR de foco abdominal y perianal que resuelve con antibióticos de primera línea, además requiere transfusión de hemoderivados durante periodo de aplasia en múltiples ocasiones, con recuperación de citopenias al día 22 de iniciada la inducción, se realiza mielograma al día 33 post inducción logrando RC1 y EMR (-) <0.05% (0.0007%).
Actualmente paciente asintomático, con hemograma adecuado, sin hallazgos relevantes al examen físico, continúa de forma ambulatorio quimioterapia con protocolo de mantención interina 1 LLA 15-30.

Discusión: La LLA es una patología heterogénea, caracterizada por anomalías citogenéticas y/o moleculares múltiples, en nuestro caso encontramos una mutación que no encontramos publicada en la literatura, esta mutación t(2;7) está documentada en LMA asociadas a mielodisplasia, sin embargo se desconoce si esta alteración le confiere mayor riesgo o beneficio a nuestro paciente.

FOLIO 42

TRASPLANTE DE CÉLULAS TRONCALES HEMATOPOYÉTICAS DE SANGRE PERIFÉRICA CON CICLOFOSFAMIDA POSTRASPLANTE EN EL SISTEMA PÚBLICO CHILENO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Bárbara Puga, Francisca Bass, Javiera Molina, Rafael Benavente, Alejandro Andrade, Alejandro Majlis, Soledad Undurraga, Maria Elena Cabrera
Hospital del Salvador; Universidad de Chile; Hospital del Salvador; Universidad de Chile;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El trasplante haploidéntico de células troncales hematopoyéticas de sangre periférica con ciclofosfamida postrasplante (Haplo-PTCy) es la modalidad de trasplante hematopoyético más utilizada en los países en vías de desarrollo. Los datos provenientes de registros internacionales han mostrado que se obtienen resultados clínicos comparables cuando se usan donantes haploidénticos versus donantes no relacionados, en pacientes con leucemias agudas. En el sistema público chileno esta modalidad se incorporó en el año 2016, actualmente hasta los 60 años de edad.

Metodos: En este trabajo prospectivo, analizamos todos los pacientes que recibieron un Haplo-PTCy en nuestro centro, entre los años 2016 y 2021.

El objetivo principal fue estimar la sobrevida global (SG). Los objetivos secundarios fueron estimar la sobrevida libre de eventos (SLE), la incidencia acumulada de recaída y la incidencia de enfermedad injerto contra huésped aguda (EICHa) al día +100. La SG y la SLE fueron estimadas usando el método de Kaplan-Meier. La incidencia acumulada de recaída fue calculada usando la recaída como el evento principal y la muerte sin recaída como evento competitivo. Todos los cálculos estadísticos fueron realizados en R. Este estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado, se realizaron 85 Haplo-PTCy en 82 pacientes. Tres segundos trasplantes fueron excluidos de este análisis. La mediana de edad fue de 25 años (rango 15-51) y 65% de los pacientes fueron varones. El 94% de los pacientes tenía una enfermedad neoplásica y el diagnóstico más común fue leucemia linfoblástica aguda (54%). El 47% recibió el trasplante durante la primera remisión. La mayoría de los pacientes (96%) recibieron un esquema de acondicionamiento mieloablativo. La mediana de dosis de células CD34+ fue de 8.1 x 10e6/kg (rango 2.4-10.0). Ningún paciente requirió un régimen de desensibilización. El síndrome de liberación de citoquinas (SLC) fue frecuente (86%) pero ningún paciente presentó SLC grado 3. La falla primaria del injerto se observó en un paciente (1,2%). La función pobre del injerto fue observada en 11 pacientes (13%). Cinco pacientes fallecieron antes del prendimiento (6.1%). La incidencia de EICHa grado II- IV al día +100 fue de 29%, no observándose casos de EICHa grado IV. Con una mediana de seguimiento de 33 meses (rango 0-84), la SG y SLE estimadas a 3 años fueron 68,3% (IC 95% 59-79%) y 64,6% (IC 55-76%) respectivamente (Figura 1). En los pacientes con enfermedad neoplásica (n=77) la incidencia acumulada de recaída fue de 23% (IC 95% 15-33%).

Discusión: El Haplo-PTCy es factible en los países en vías de desarrollo. Esta cohorte de casos, compuesta mayoritariamente de pacientes jóvenes con enfermedad neoplásica, muestra resultados favorables con una tasa aceptable de EICHa y de incidencia de recaída.

FOLIO 43

BRECHAS DIAGNÓSTICAS EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN CHILE: ENCUESTA SOBRE ACCESO A TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO ACTUALES.

Joaquin Jérez, Mónica Romero, Paola Aravena , Natalia Aranguiz
Hematología Fundación Arturo López Pérez Santiago; Residente Hematología Universidad de Los Andes; Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Clinica las Condes Santiago; Clínica Alemana Santiago ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es una neoplasia hematológica con clasificaciones diagnósticas y pronósticas actuales que incluyen diversas técnicas de diagnóstico como la morfología, la citometría de flujo, la citogenética y la biología molecular. Los datos disponibles en Chile muestran una brecha diagnóstica importante respecto a las clasificaciones actuales.

Objetivos: El objetivo del presente estudio, es poder exponer, mediante una muestra representativa de hematólogos chilenos, las principales brechas diagnósticas que tenemos en nuestro país en términos de acceso y tiempos para obtener resultados.

Material y Método: Se realizó una encuesta electrónica abierta a hematólogos chilenos que trabajaran principalmente en grupos colaborativos y/o centros con acceso a tratamiento en pacientes adultos con LMA. Resultados: Se reportaron 41 respuestas: 56% correspondieron a hospitales privados, 39% hospitales públicos y un 5% a FFAA. A su vez, el 63% corresponde a la región metropolitana y el 34% restante a otras regiones. El acceso global de citometría de flujo fue del 100%, de cariograma 98%, de FISH 61%, de RT-PCR de traslocaciones recurrentes 100%, PCR de genes NPM1/FLT3 92% y secuenciación de siguiente generación (NGS) 25%. Los tiempos reportados para obtención de resultados fueron: 2.5, 28, 12, 6.3, 8.3 y 25 días respectivamente. Las principales diferencias público-privadas serían un menor tiempo de resultado de citometría de flujo, mayor porcentaje de solicitud de cariograma y mayor acceso a NGS en sistema privado. El inicio de tratamiento de los pacientes con LMA coincide prácticamente con el resultado de la citometría de flujo.

Conclusiones: Los desafíos diagnósticos en Chile son compartidos por el ámbito público y privado y éstos incluyen: implementar NGS, optimizar tiempos de resultados de citogenética convencional y favorecer más laboratorios especializados que funcionen en red. Financiamiento: no hay.

FOLIO 44

ANÁLISIS DE DATOS CLÍNICOS DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA (LPA) EN PACIENTES ADULTOS CHILENOS EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DEL GRUPO ESPAÑOL PETHEMA

Yaima Gutierrez, Marisa Capurro, Mónica Romero, Marcela Espinoza, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Verónica Pérez, Pilar Léon, Bernardita Rojas, David Martínez, Pau Montesinos
Hospital Regional de Temuco; Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción; Clínica Dávila Santiago; Hospital Clínico Universidad de Chile Santiago; Hospital Clínico Universidad de Chile ; Hospital de Arica ; Hospital van Buren Valparaiso; Hospital Universitario La Fe Valencia España;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La LPA corresponde al 10-15% de las LMA del adulto y el avance de su terapia adaptada a riesgo y el tratamiento de soporte protocolizado la han caracterizado por su alta tasa de remisión completa (sobre el 95%) y supervivencia global de 70-80%. La aprobación del trióxido de arsénico (ATO) asociado a ácido all–transretinoico (ATRA) en primera línea desde el 2006 en pacientes con LPA de riesgo bajo e intermedio ha liderado el tratamiento libre de quimioterapia, con altas tasas de respuesta junto a una menor toxicidad lo que ha apoyado el uso de esta combinación. El estudio APOLLO 064 en curso, evalúa la eficacia de este esquema en los pacientes de alto riesgo.

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas de la LPA de paciente adultos en Chile, la respuesta a tratamiento, complicaciones asociadas tratamiento y causas de mortalidad.

Material y Método: Registro epidemiológico retrospectivo y prospectivo de pacientes chilenos adultos con LPA diagnosticados entre 2005 -2023, pertenecientes a 5 Instituciones de Salud, ingresados al registro epidemiológico del grupo español PETHEMA. Todos los centros cuentan con autorización del comité de ética científico local. Resultados: Se analizaron 49 pacientes, 26 de ellos pertenecientes al sistema de salud público y 23 al sistema privado. El 53.1% fueron hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de 42 años. La distribución por riesgo de LPA fue: bajo 12.8%, intermedio 59.6% y alto 27.7%. Según clasificación FAB sólo el 7.9% fue M3 variante. Los métodos diagnósticos fueron: biología molecular (RT-PCR PML/RARa) en 29 pacientes, FISH en 8 pacientes y citogenética en 21 pacientes. La citometría de flujo fue compatible con LPA al momento del diagnóstico en 23 pacientes. En relación con las complicaciones, el 67.4% de los pacientes presentó coagulopatía al diagnóstico y el tiempo promedio de resolución de ésta fue de 10.7 días (1-38). El Síndrome de diferenciación fue descrito en 15.2 % de los pacientes. La mortalidad precoz fue del 16.3%, la mayoría de ellos por hemorragia intracraneal. Las recaídas están descritas en 2 pacientes a largo plazo. Los resultados de supervivencia libre de evento (SLE) y supervivencia global (SG) a 5 años fueron de 77.5% y 83.6%, respectivamente.

Discusión: En nuestra serie de pacientes, las características clínicas son similares a las reportadas por la literatura. La hemorragia como causa de mortalidad y el síndrome de diferenciación se registraron en menor frecuencia que lo descrito en la literatura. La mortalidad precoz registrada es similar al reporte previo de Undurraga et al en el análisis de LPA2000 de Chile y menor que reportes internacionales. Importante es mencionar que la SLE y la SG son similares a lo descrito por el grupo PETHEMA (SG de 85-97%, vida real 70-80%), pero se requiere de un número mayor de pacientes para hacer un análisis según terapia adaptada a cada grupo de riesgo. Financiamiento: No hay

FOLIO 48

SEGUNDO TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS COMO ESTRATEGIA DE RESCATE EN PACIENTES CON TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO.

Yorman Flores Molina, Mauricio Sarmiento Maldonado, Patricio Rojas Reyes, Jose Emilio Salinas Laval, Catherine Gutierrez Castillo, Marcela Vidal Contreras, Veronica Jara Arias, Elizabeth Rivera Bascunan, James Campbell, Maria Jose Garcia , Vicente Sandoval , Maximiliano Vergara Valdebenito, Nicolas Triantafilo Cerda, Mauricio Ocqueteau
Pontificia Universidad Católica;
Resumen – Investigación Científica

Introducción. El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH) ha sido un recurso primordial en el abordaje de diversas enfermedades hematológicas malignas y no malignas. No obstante, la aparición de recidivas o complicaciones post-trasplante plantea desafíos significativos, generando un escenario en el cual el segundo TPH (TPH2) se erige como una opción promisoria.

Objetivo: describir la Sobrevida Global (OS) y la Supervivencia Libre de Progresión (PFS) a los 12 meses de seguimiento en pacientes sometidos a TPH2. Pacientes y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de los registros médicos de pacientes adultos sometidos a TPH2 en la Red UC Christus, abarcando el periodo entre 2001 y 2022. El análisis de sobrevida, se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Resultados: Se incluyeron 19 pacientes con una edad promedio de 33,36 años (rango entre 21 y 50 años), cuyas características basales se detallan en la Tabla 1. La mediana de PFS alcanzada fue de 152 días, mientras que la OS fue de 163 días. Se observó que el 63,15% de los pacientes experimentaron progresión de su enfermedad, y un 73,68% falleció durante el periodo de seguimiento, las causas más frecuentes fueron sepsis, recaída de la enfermedad y enfermedad de injerto contra huésped (GVHD). La probabilidad estimada de PFS y OS a los 12 meses fue de 36,84% y 42,25%, respectivamente (Figuras 1 y 2).

Conclusión: hasta un tercio de los pacientes que no lograron alcanzar la remisión completa después del primer TPH o que experimentaron una recaída posterior, pueden obtener una OS de 1 año con TPH2. No obstante, resulta imperativo enfocar esfuerzos en una mayor comprensión de los factores de riesgo, desarrollar estrategias de condicionamiento más eficaces y aumentar la disponibilidad de inmunoterapia de rescate, con el propósito de maximizar el beneficio potencial del segundo trasplante alogénico. Programa de Trasplante Hematopoyético del Adulto Red de Salud Christus UC Pontificia Universidad Católica de Chile

FOLIO 52

ENFERMEDAD DE GAUCHER, A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

Mercedes E. Mijares, Valeska Vega, José Tomás González, Alvaro Pizarro, Rosa Vermiglio, Franccesca Guidotti, Sandra Aranda
Hospital San Borja Arriarán; Hospital San Juan de Dios;
Caso Clínico

La enfermedad de Gaucher es la enfermedad de depósito lisosomal más frecuente, es autosómica recesiva, con mutación del gen GBA, que se encuentra en el brazo largo del cromosoma 1 que codifica la enzima B glucocerebrosidasa, La enfermedad afecta hígado, bazo, huesos, SNC, pulmón y médula ósea. Es una enfermedad rara con una incidencia mundial de 1:60.000 nacidos vivos. El diagnóstico se realiza al detectar déficit de la enzima ?-glucocerebrosidasa, y con el estudio genético para la tipificación del gen afectado: en el tipo 1 la mutación N370S y las mutaciones L444P o D409H, en tipo 2 y 3. El tratamiento se realiza con terapia de reemplazo enzimático. Presentamos 2 pacientes que fueron evaluados en el Hospital San Juan de Dios: AYRG, 59 años de edad, venezolana, en Chile desde 2020, en control desde febrero del 2020 en servicio de hematología del Hospital San Juan de Dios, diagnóstico de mielofibrosis en Venezuela en 2014, tratada con ruxolitinib, pancitopenia, bazo 17 cm BRC, TAC: bazo en región pélvica con compresión de vejiga. En marzo del 2020, ingresa por disnea, pancitopenia, Hb 4, GB 1.600, plaquetas 31.000, LDH 600, CD anti IgG y anti C3d ++++, se diagnostica anemia hemolítica, con buena respuesta a esteroides. Osteoporosis lumbar y femoral. JAK2, BCR/ABL y CALR negativos. Biopsia de MO: hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con células de Gaucher e hiperplasia eritroide reactiva. Actividad de B-glucosidasa baja con descenso de enzima control por lo que se solicita estudio genético: donde se observó doble variante en heterocigosis: la p.N370S y la L444P, sin poder concluir si se encuentran en alelos distintos o en el mismo alelo. Se presentó en Ley RS, se decidió su derivación al servicio de hematología del Hospital San Borja Arriarán, donde se inició tratamiento con taliglucerasa alfa, en dosis de 3.000 UI bimestral. Luego de 8 meses, buena evolución, última evaluación: hígado 5 cm BRC, bazo 12 cm BRC, Hb 11.6, Hto 35.7, GB 4.090, plaquetas 57.000. LRRG venezolano, en Chile desde 2021, trombocitopenia desde 2007, recibiendo tratamiento no precisado en Venezuela, hermano de AYRG, hígado 5 cm BRC, bazo 12 cm BRC, Hb 13.4, Hto 39, GB 5.250, plaquetas 82.000. Osteopenia. Se realizó B-glucosidasa: disminuída. Estudio genético: doble variante en heterocigosis: la p.N370S y la L444P, se diagnostica enfermedad de Gaucher y se subió a ley RS. En la enfermedad de Gaucher la terapia de reemplazo enzimático ha supuesto un importante avance en su tratamiento, el abordaje de enfermedad es básicamente sintomático y bioquímico. Es de vital importancia la prevención de nuevos casos, especialmente entre los miembros de familias afectadas, a través del consejo genético. El conocimiento de su fisiopatología, nos permite mejorar su abordaje clínico y terapéutico.

FOLIO 53

RESULTADOS DEL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH) ALOGÉNICO EN PACIENTES ADULTOS CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA (LMA) EN CHILE. ANÁLISIS DEL GRUPO DE ESTUDIO DE LEUCEMIAS AGUDAS MIELOIDES (GRELAM)-CHILE EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓG

Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Marcela Epinoza, Hernán López, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Pilar León, Bernardita Rojas, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Belkys Linares, Robert Holloway, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Paola Aravena, Patricia Fardella, Ernesto Castaño, José Viñuela, David Martínez, Pau Montesinos

Hospital Guillermo Grant benavente concepción ; Hospital Salvador Santiago; Clínica Alemana Santiago ; Clínica Alemana Santiago ; Clínica Dávila Santiago ; Hospital Regional de Temuco ; Hospital van Buren Valparaíso ; Hospital Base Valdivia ; Hospital Base Valdivia ; Hospital DIPRECA Santiago ; Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar ; Clínica Las Condes Santiago ; Hospital Sótero del Rio Santiago ; Hospital Sotero del Rio Santiago ; Hospital Universitario La Fe Valencia España;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La LMA es la leucemia más frecuente del adulto, con una Supervivencia Global (SG) a 5 años que no supera el 30%. El TPH alogénico es la única opción terapéutica curativa para esta enfermedad. En Chile, no hay datos nacionales multicéntricos en este tema, siendo éste el primer análisis realizado por el GRELAM-Chile en el marco del Registro de LMA del grupo PETHEMA.

Objetivos: Analizar los resultados del TPH alogénico en pacientes chilenos adultos con LMA provenientes de los 3 sistemas de salud que existen en nuestro país. Material y Método: Pacientes chilenos sometidos a TPH alogénico ingresados en el registro epidemiológico multicéntrico, retrospectivo y prospectivo de LMA del grupo PETHEMA , > 15 años al diagnóstico de LMA, provenientes de centros públicos, privados y Fuerzas Armadas (F.F.A.A). El registro se realiza en una plataforma online. Todos los centros tienen aprobación de sus respectivos Comités de Ética científicos. Resultados: Se analizaron 78 pacientes que recibieron un TPH alogénico entre abril 2009 y junio 2023. El 58,9% pertenecen al sistema de salud público. La mediana de edad al TPH fue de 36 años (16-68), 61,5% varones, 92,8% con ECOG 0-2 al diagnóstico de la LMA y 24,7% con LMA secundaria (principalmente a síndrome mielodisplásico). El 49,3% con cariotipo anormal (28,9% LMA Core-Binding-Factor (CBF), 21% cariotipo complejo). El 43,66% tenía mutaciones asociadas (principalmente LMA-CBF). Un 18,6% tenia FLT3-ITD mutado, 13,7% con NMP1 mutado, 8,45% con mutación de C-Kit (exon 17). El 83% recibió quimioterapia de inducción en base a antraciclinas + citarabina (esquema “3+7”). La mediana de tiempo entre la remisión completa y el TPH fue de 4 meses (0-17). El régimen de acondicionamiento mieloablativo se utilizó en el 75% de los TPH, principalmente en base a busulfán+ciclofosfamida o busulfán + fludarabina. La sangre periférica fue la principal fuente de progenitores (97%). El 60,5% tuvo de donante a un hermano/a. La mediana de células infundidas fue de 7,25 CD34 x 106 x kg (3,39-15). Se informó un 5,8% de muertes durante el TPH. La SG a 1 año, 3 años y 5 años fue de 78%, 74% y 68%, respectivamente, con una media de 91,3 meses y una mediana no alcanzada.

Discusión: Éste es el primer análisis multicéntrico de pacientes chilenos adultos con LMA sometidos a TPH alogénico. Las características clínicas son similares a las publicadas por Sarmiento y cols (Revista Médica de Chile, 2021). Los resultados en cuanto a SG son muy similares a los reportados por diversos grupos internacionales. El acceso a TPH como consolidación en pacientes con riesgo genético-molecular que lo justifique debe ser una estrategia incorporada cada vez más a nuestro quehacer, ya que como ha sido reportado por nuestro grupo, menos del 10% de los pacientes de nuestro registro accede a un TPH alogénico.

Financiamiento: no hay.

FOLIO 54

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS FRÍOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Jaime Retamal, Guido Lusso, Eduardo Díaz, Claudia Gajardo, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, María Elena Cabrera, Camila Peña
Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) por anticuerpos fríos se produce por anticuerpos que aglutinan eritrocitos a 3-4 °C, usualmente IgM kappa. Si su amplitud térmica lo permite, puede ocurrir aglutinación in vivo con AHAI por activación de la vía clásica del complemento y manifestaciones isquémicas acrales. El tratamiento de primera línea es Rituximab.

Objetivo: Caracterizar pacientes con AHAI por anticuerpos fríos en cuanto a demografía, clínica y tratamiento.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes que figuraban en los registros del equipo de hematología clínica desde 2010 a la fecha. Se buscó datos demográficos, clínicos y de tratamiento. Se usó análisis estadístico descriptivo. RESULTADOS Se encontraron 28 casos, 22% de todas las AHAI. El 60% fueron mujeres. La mediana de edad fue 69 años. En el 82% la AHAI fue exclusivamente por anticuerpos fríos y 18% mixtos. En el 85% se identificó causa secundaria, de las cuales la más frecuente fue Gammapatía monoclonal (GM) de significado incierto-clínico (21%) y luego M. Waldenstrom, LNH B indolente y LLC (11% cada uno). Ningún caso se atribuyó a mesenquimopatía ni a fármacos y sólo uno se atribuyó a infección (Mycoplasma pneumoniae). Al debut, la Hb media fue 7,4g/dL (46% tuvo transfusión), leucocitos 9600mm3 (excluyendo LLC) y plaquetas 270.000mm3 (18% tuvo Sd Evans). Todos tuvieron Coombs positivo y LDH alta, y un 70% tuvo hiperbilirrubinemia indirecta. Hubo 22 pacientes que recibieron tratamiento para AHAI (78%): 15 recibieron en primera línea corticoides y 7 recibieron corticoides y Rituximab. En el primer grupo, el 40% fue refractario, 40% tuvo respuesta parcial (RP) y 20% respuesta completa (RC). En el segundo grupo, todos tuvieron RP. En el primer grupo, el 67% requirió tratamiento de segunda línea, a diferencia de quienes recibieron Rituximab, en los que se reportó en 14%. De los 11 pacientes con segunda línea, 5 recibieron Rituximab (45%), 3 corticoides (27%) y 3 quimioterapia (27%, en virtud de su diagnóstico). Si bien ninguno fue refractario (73% tuvo RP y 27% RC), 4 han tenido nuevas crisis que han requerido diversos tratamientos caso a caso.

Discusión: Las causas más frecuentes fueron GM y linfomas, ninguna AHAI fue secundaria a mesenquimopatía y sólo una a infección. Esto se debe probablemente por el sesgo de pertenecer a un centro de referencia en hematología. La mayoría de los casos recibió corticoides como primera línea, especialmente los pacientes más antiguos, cuando no había Rituximab para estos pacientes en nuestro centro. En ellos se confirmó respuestas inferiores.

Conclusión: GM y linfomas son las causas más frecuentes en nuestro centro. Debe priorizarse Rituximab en primera línea de estar disponible.

FOLIO 55

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN MAYORES DE 60 AÑOS, NO ELEGIBLES PARA TERAPIAS INTENSIVAS, DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

María Monserrat Ariste, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Nelson Lobo, Paula Rojas, Felipe Gallardo, Ximena Valladares, Patricia Graffigna, Macarena Roa, Daniela Zambrano, Claudia Gajardo, Karen López, Gabriela Espinoza, Camila Peña
Becada Hematología Hospital del Salvador; Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) en pacientes > 60 años es un gran desafío al momento de definir tratamiento, debido a la mayor prevalencia de comorbilidades y peor performance status. En la última década han surgido diferentes opciones de tratamiento específicas y de menor intensidad, sin embargo, el sistema público sólo contempla tratamiento paliativo para este grupo. Desde 2018 nuestro centro tiene disponible Azacitidina (Aza), y desde 2022 contamos con el esquema Aza + Venetoclax (Ven) en pacientes seleccionados.

Objetivos: Caracterizar pacientes con LMA >60 años en cuanto a demografía, clínica, laboratorio, tratamiento y sobrevida en un hospital público.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de LMA >60 años, desde el 2018 al 2023 (abril). Se reportaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, tratamiento y sobrevida. Se realizó estadística descriptiva, la sobrevida global (SG) fue estimada por curvas de Kaplan Meier y comparación por Log Rank. Además, se realizó análisis uni y multivariado para SG con las variables: sexo masculino, LMA secundaria, grupo de tratamiento con soporte/hydrea y tener comorbilidades.

Resultados: Se registraron los datos de 54 pacientes, 52% de sexo femenino, mediana de edad de 75 años (rango 62 a 95 años), 80% de ellos con al menos 1 comorbilidad asociada, siendo lo más frecuente la HTA (48%). Al momento del debut el 22% tenía performance status ECOG 2-3 y el 80% presentaba 2 o más citopenias. El 78% correspondió a LMA de novo y el resto se diagnosticó en contexto de NMD (15%), LMMC (6%), NMP Phi negativa (2%).
Se realizó estudio citogenético sólo en el 30% de los casos, con 2 casos de cariotipo complejo y cariotipo normal en el 63%. Biología molecular se realizó en el 74% de los casos encontrando en 9 casos con NMP1 mutA, 3 casos FLT3 ITD y 5 casos con FLT3 TKD. Respecto al tratamiento el 30% recibió manejo de soporte exclusivo, el 35% recibió Hydrea, el 13% Aza en monoterapia, el 20% Aza + Ven y finalmente 2% se manejó con esquema 7+3. La mediana de SG de todo el grupo fue de 68 días (95%IC 51-125), siendo la mediana de SG del grupo soporte/Hydrea de 49 días, del grupo Aza de 121 días y del grupo Aza+Ven no alcanzada con un seguimiento medio de 2 meses (P<0,001). El análisis multivariado mostró como única variable independiente de peor sobrevida el tratamiento con soporte/Hydrea (p<0,001).
Discusión: La población descrita en nuestro centro es similar a lo relatado en la literatura. La SG sigue siendo pobre en este grupo de pacientes, pero en el último periodo se observa una mejoría. Esto se atribuye al reciente acceso a las nuevas terapias con Aza+Ven.

Conclusión: el uso de nuevas terapias se asocia a mejores resultados clínicos. Dado la gran evidencia internacional disponible, es necesario actualizar las guías nacionales de LMA e incluir nuevos tratamientos en este segmento de pacientes.

FOLIO 59

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Carlos Sáez, Marianela Codoceo, Ximena Valladares, Verónica Lizama, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Patricia Graffigna, Macarena Roa, María Elena Cabrera, Camila Peña
Residente de Hematología Universidad de Chile; Hospital del Salvador; Hospital del Salvador;
Caso Clínico

Introducción: La incidencia de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha aumentado en Chile desde el 2010. La sobrevida ha aumentado gracias a la Terapia Antiretroviral (TARV). La Leucemia Mieloide Crónica (LMC) es muy poco frecuente en este grupo, pero es importante reconocer las interacciones farmacológicas que pueden ocurrir, ya que pueden ser graves.

Caso Clínico: Paciente masculino, 37 años con diagnóstico de infección VIH etapa A1. Inicia TARV logrando Carga viral indetectable y CD4 >750. Mantiene Abacabir/Lamivudina y Atazanavir. A los 49 años presenta astenia, dolores óseos, equimosis, epistaxis y esplenomegalia 8 cm bajo el reborde costal. Hemograma: Hb 11,4 g/dL, GB 230.200mm3 y Plaquetas de 124.000/mm3. Luego de estudio, se diagnosticó LMC en fase crónica, Sokal 0,97 Riesgo intermedio, con PCR t(9;22) p210 positiva. Inició Hidroxiurea para citorreducción, y luego Nilotinib 300mg cada 12 hrs. Logra respuesta hematológica, con respuesta citogenética a los 3 meses, y qPCR t(9;22) p210 0,46 a los 6 meses, Respuesta óptima. A 12 meses del inicio de terapia presentó pérdida de respuesta que se confirma en siguiente control. Se decide cambio de terapia a Dasatinib 70mg cada 12 hrs. Mutación T315I fue negativa. Evolucionó grave, con fiebre 40ºC persistente, diarrea, tos seca y disnea de reposo. En TAC Tórax se evidenció bases con extenso compromiso condensante. Compromiso difuso de ambos campos pulmonares con opacidad que produce broncograma aéreo, con áreas de vidrio esmerilado. Requirió ventilación mecánica no invasiva en unidad depacientes críticos. Se plantea Enfermedad Pulmonar Difusa por Dasatinib, por lo que se suspende y se inicia Metilprednisolona 1g IV al día por 3 días, con buena respuesta clínica. Se decide en conjunto con infectología cambiar Atazanavir por Raltegravir, y Dasatinib por Imatinib 400mg día. Actualmente se mantiene en Respuesta Molecular Menor por más de 5 años desde inicio de Imatinib, sin RAM.

Discusión: El desarrollo de terapias más específicas para neoplasias ha mejorado el manejo de estos pacientes, sin embargo, los pacientes VIH son excluídos de los estudios. La TARV suele ser inductora de enzimas involucradas en reacciones metabólicas de fase I (CYP3A4, entre otros) y de fase II (UGTs, GSTs). Atazanavir inhibe CYP3A4 y UGT1A1. Dasatinib puede aumentar su concentración hasta un 500% por uso con inhibidores de CYP3A4. Es importante tener presente las potenciales interacciones que pueden presentarse a medida que se desarrollan nuevos fármacos que serán utilizados fuera de ensayos clínicos, donde la farmacovigilancia toma un rol muy relevante.

FOLIO 60

SARCOMA MIELOIDE, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos Sáez, Verónica Pérez, Lorena Godoy, Rafael Benavente, Pablo Villegas, Francisca Montoya, Angelia Fernández, María Javiera Molina, Bárbara Puga
Residente de Hematología Universidad de Chile; Hospital del Salvador; Hospital del Salvador; Hospital del Salvador; Universidad de Chile; Instituto de Neurocirugía Asenjo;
Caso Clínico

INTRODUCCIÓN Sarcoma mieloide (SM) se reporta en 2-9% de los pacientes con leucemia mieloide aguda (LMA). Se presenta de manera sincrónica con la infiltración medular o de manera aislada, siendo ésta última la menos frecuente con un 1% de las LMA. El 75-90% de pacientes con SM aislado desarrollarán enfermedad medular entre 4-12 meses sin terapia. CASO CLÍNICO Mujer de 53 años con antecedente de psoriasis. Con cuadro de 5 meses de lumbalgia e hipoestesia progresiva en territorio S1. Resonancia Nuclear Magnética informa lesión osteolítica infiltrante, invasiva del sacro lateralizada a izquierda, de 8.7 x 7.1 x 4.1 cm, con permeación cortical al espacio presacro y canal raquídeo, con infiltración del espacio peridural y compromiso de S1 a S4. Biopsia informa trabéculas óseas infiltradas por células monótonas de hábito plasmocitoide, núcleos aumentados de tamaño con nucléolos visibles y citoplasma eosinófilo en moderada cuantía. CD45, MPO y CD117 positivos. CD34, CD3, CD20, y CD79b negativos. Compatible con neoplasia mieloide. Mielograma: Sin blastos. Inmunofenotipo sin blastos. Biología Molecular: t(15;17), t(8;21), inv(16), NPM1 mutA, FLT3-ITD, FLT3-TKD, t(9;22) p190, t(9;22) p210, negativos. Se diagnostica Sarcoma Mieloide aislado, inicia quimioterapia con protocolo 3+7. LCR acelular. El día 21 de QT RM muestra proceso expansivo infiltrativo sacro de S1 a S5 con compromiso epidural y perivertebral. Ante sospecha de refractariedad, se realiza PET-CT observándose heterogeneidad trabecular ósea sacra en S2, sin lesiones hipermetabólicas. Mielograma de hueso sacro con 3% de blastos por morfología, que en IFT corresponden a progenitores. Nueva biopsia quirúrgica de sacro sin evidencias de neoplasia mieloide. Se interpretan hallazgos como respuesta completa y se prosigue con consolidación con Dosis Altas de Citarabina. Actualmente en espera de TPH.

Discusión: El SM se presenta en variados sitios: piel, partes blandas, linfonodos, tracto digestivo, hueso, región cervical. Se estudian y clasifican como LMA de forma habitual. La concordancia entre estudios medulares y de SM es de 71%, con alteraciones en 50% de casos. t(8;21) se asocia a compromiso orbitario en niños, e inv(16) de región abdominal. Cariotipo complejo está presente en 17% en SM aislado y 39% si hay compromiso medular. Mutación de NPM1 (20-30%) y rearreglos de KMT2A (10%) se asocian a diferenciación monocítica. Otras mutaciones recurrentes involucran la vía de RAS (50%). Los estudios de imágenes juegan un rol importante en el diagnóstico, localización y monitorización de respuesta al tratamiento.

FOLIO 61

INFARTO ESPLÉNICO CÓMO DEBUT CLÍNICO EN PACIENTE CON RASGO DREPANOCÍTICO

Fernanda Jiménez, Paula Andrea Aedo, Claudio Martínez, Javier Zelada
Interna Medicina, Universidad de los Andes; Becada Hematología, Universidad de los Andes; Becado Medicina Interna, Universidad de los Andes; Residente Hematología Adulto, Clínica Universidad de los Andes;
Caso Clínico

Introducción: La drepanocitosis corresponde a una hemoglobinopatía genética autosómica recesiva, en la que se produce una mutación en las cadenas beta de la hemoglobina (Hb), lo que lleva al cambio de una adenina por una timina, y con ello la sustitución de ácido glutámico por valina. La Hb generada, Hb S, es menos soluble que la Hb A normal, siendo más inestable y con tendencia cristalizarse frente a la reducción de la presión de oxígeno y el pH sanguíneo, generando glóbulos rojos con forma de hoz, que tienden a adherirse entre sí y al endotelio obstruyendo la luz de los vasos, presentan mayor fragilidad de membrana y disminuye notablemente su vida media. Cuando se vuelven a exponer a concentraciones adecuadas de oxígeno, antes de que su membrana se torne muy rígida, pueden volver a su forma normal. Las manifestaciones más habituales son anemia hemolítica crónica o una crisis drepanocítica o vasooclusiva aguda (CVOA), donde se generan lesiones tisulares por isquemia. Caso Clínico Paciente masculino de 30 años, sano. Consulta al servicio de urgencias (SU) por dolor punzante en hemitórax superior, fatiga y náuseas tras practicar montañismo a 3000 m de altura donde se automedica acetazolamida, para manejo sintomático de "puna". Se indica manejo sintomático ambulatorio. Evoluciona con dolor intenso en hipocondrio y flanco izquierdos. Reconsulta con hemodinamia estable y afebril. En laboratorio destaca hemograma: Hb 15.2 gr/dL, VCM 94, GB 10.300 x mm3, PLQ 163.000 x mm3, VHS 23 mm/h. PCR 118, ferritina 724, dímero D 2247, bilirrubina total 1.86, bilirrubina indirecta 1.41, LDH 741.5 y Coombs directo (-). TAC de abdomen con contraste evidencia heterogeneidad de impregnación del bazo, compatible con infarto esplénico. Se solicita electroforesis de hemoglobina: HGB A 57%, S 39.3%, compatible con rasgo drepanocítico. Equipo quirúrgico desestima necesidad de cirugía. Tras control sintomático, continúa estudio ambulatorio. Inmunología objetiva que evoluciona con asplenia funcional. Tras cuatro meses de estabilidad clínica, consulta al SU por cuadro de dolor abdominal similar al anterior, tras realizar actividad física intensa 6 días antes. TAC de abdomen evidencia absceso esplénico. Tras estabilización y cobertura antibiótica se decide esplenectomía.

Discusión: Se debe distinguir entre drepanocitosis y rasgo drepanocítico. En el primer caso los afectados han heredado de al menos un progenitor el gen anómalo de la Hb S. Si heredan este de ambos progenitores tendrán una anemia drepanocítica de tipo HbSS, la forma más grave y frecuente. En el rasgo drepanocítico se hereda sólo un gen anómalo (Hb S) y un gen normal (HbSA). Estos generalmente no presentan sintomatología, salvo ante la exposición a factores de riesgo (como altitud elevada y deshidratación).

FOLIO 62

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS EN FRÍO: A PROPÓSITO DE UN CASO REFRACTARIO A TERAPIA HABITUAL

Fernanda Jiménez, María José Jiménez, Sofía Jiménez, Sofía Hermosilla, Sofía Jatip, Mauricio Ocqueteau
Interna Medicina Universidad de los Andes; Residente Hematología Adulto, UC Christus;
Caso Clínico

Introducción La anemia hemolítica autoinmune (AHAI) por anticuerpos (AC) fríos es un trastorno donde AC, generalmente IgM, se unen a la membrana de glóbulos rojos (GR) a temperaturas < 22ºC. Esto puede causar hemólisis intravascular mediante la vía del complemento, o extravascular por captación de GR sensibilizados en el hígado. Esta patología se clasifica en enfermedad de crioaglutininas (CAD) por trastorno linfoproliferativo clonal, y en síndrome de crioaglutininas secundario (CAS) como resultado de otra enfermedad. En la última se produce un aumento de IgM provocando aglutinación de GR en capilares periféricos y, en algunos casos, hemólisis. El diagnóstico se basa en manifestaciones clínicas como acrocianosis y dolor en dedos, pabellones auriculares y nariz, asociado al análisis de laboratorio, que puede revelar anemia, reticulocitosis, Coombs directo positivo para el complemento, pero negativo para IgG, rouleaux y elevación de la VHS. Los títulos de AC fríos pueden ser altos, superando 1/10.000.

Caso Clínico: Mujer de 72 años, con antecedente de osteoartritis, consulta por decaimiento progresivo severo. Se pesquisa anemia moderada con VCM en límite superior, reticulocitosis, LDH 900 U/l, hiperbilirrubinemia y haptoglobina disminuida. Test de Coombs directo (++) y niveles altos de crioaglutininas (++++). Se descartan patologías proliferativas y los análisis de autoinmunidad resultan normales. Inicia tratamiento con corticoides sin respuesta, por lo que recibe terapia con ciclosporina por 4 meses. Tras respuesta terapéutica inicial, los niveles de hemoglobina vuelven a descender, por lo que se cambia la terapia a Azatioprina, manteniéndose con anemia sintomática y angina secundaria, requiriendo transfusión de GR. La biopsia de médula ósea confirma el diagnóstico de AHAI mediante la presencia de hiperplasia eritroblástica. Se administran 4 dosis de Rituximab. Ante la falta de respuesta se decide administrar 4 dosis de Fludarabina y Rituximab, presentando respuesta clínica y de laboratorio favorable.

Discusión: El enfoque terapéutico de la AHAI varía según su etiología. En el caso anterior es primaria y el manejo incluye medidas como evitar el frío y protección térmica. Ante hemólisis aguda grave, pueden ser necesarias transfusiones sanguíneas y plasmaféresis como medida de rescate para reducir los niveles de IgM circulantes. En cuanto a la farmacología, los corticoides tienen un papel reducido y la esplenectomía no tiene cabida ya que la hemólisis es principalmente hepática. Actualmente, la terapia con rituximab representa el estándar de tratamiento. Estudios recientes reportan altas tasas de respuesta frente a la adición de fludarabina.

FOLIO 64

LINFOMA LINFOPLASMOCITARIO (LLP) NO IGM CON COMPONENTE MONOCLONAL DE CADENA LIVIANA LAMBDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paula Espinoza, Daniela Albornoz, Sebastián Haro, Monica Maturana, Fernanda Matamala
Servicio Medicina Interna Hospital del Salvador; Servicio Medicina Interna Hospital San Borja Arriarán ;
Caso Clínico

Introducción: El LLP es una neoplasia infrecuente de células B de bajo grado, corresponde al 2% de las neoplasias hematológicas y tiene una incidencia de seis casos por millón de habitantes al año en Estados Unidos. De éstos, sólo el 5% secretan paraproteínas no inmunoglobulina (Ig) M, dentro de las cuales se encuentran las IgA, IgG, cadenas livianas tipo lambda y kappa. Éstos últimos se presentan más comúnmente con síntomas B y enfermedad extramedular. En este trabajo se presenta un caso de LLP no IgM, en un paciente diagnosticado inicialmente como mieloma múltiple (MM). Descripción del caso: Mujer de 72 an?os, hipertensa y con historia de cáncer de mama tratado con mastectomía parcial, radioterapia y hormonoterapia, consultó por astenia, adinamia, baja de peso de 20 kg y lumbago inflamatorio. En exámenes de laboratorio destaca anemia severa, falla renal aguda e hipercalcemia severa independiente de hormona paratiroidea. El estudio con una tomografía computada de columna evidenció múltiples lesiones pequeñas sustitutivas del esqueleto axial y apendicular con una fractura osteoporótica en L2. Se hospitalizó para el manejo de la hipercalcemia en unidad de cuidados medios, con administración de bifosfonatos. Se estudió con electroforesis de proteínas en sangre, sin pico monoclonal, hipogammaglobulinemia difusa, proteinuria en 24 horas de 4,1 gramos. El mielograma informó una médula ósea (MO) reemplazada probablemente por un síndrome linfoproliferativo con plasmocitos de 10%. El inmunofenotipo en MO fue compatible con MM. La inmunofijación en orina mostró un componente monoclonal de cadena liviana Lambda, con una relación de cadenas livianas Kappa/Lambda 0,0007. Inicialmente se interpretó como un MM de cadena liviana y recibió un ciclo de quimioterapia con ciclofosfamida, talidomida y dexametasona sin disminución de la proteinuria. El diagnóstico definitivo se realizó mediante la biopsia de MO que informó infiltración de una población linfoide atípica mixta de linfocitos pequeños, células pequeñas de hábito plasmocitoide y células plasmáticas, con perfil inmunohistoquímico compatible con LLP. Sin embargo, por la evolución desfavorable en su hospitalización, se difirió la quimioterapia.

Discusión: El LLP de cadena liviana es una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico pudiera ser confundido con otras entidades, como en nuestro caso, un MM. La escasa literatura se basa en reportes o series de casos. La sospecha inicial cobra relevancia dada la demora en la confirmación mediante biopsia de MO, lo cual impacta directamente en la respuesta al tratamiento y mejoría de nuestros pacientes. Terapias propuestas son rituximab, asociado a bendamustina, bortezomib y corticoides. Este caso pretende aportar a la literatura para ampliar la sospecha ante el estudio de una paraproteinemia de cadena liviana exclusiva e iniciar un manejo precoz.

FOLIO 65

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA DE PACIENTES CON LINFOMA BALT, Y SU ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y AMILOIDOSIS.

Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Paula Rojas, Teresa Morgan, Verónica Lizama, Ximena Valladares, Macarena Roa, Patricia Graffigna, Claudia Gajardo, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen López, Camila Peña

Residente Hematología Hospital del Salvador; Unidad Hematología Clínica, Hospital del Salvador;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: los linfomas asociados a tejido bronquial (BALT) son un subtipo raro de linfomas B de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) y representan apenas un 9% de estos, aunque es el linfoma pulmonar más frecuente. Fisiopatológicamente los linfomas MALT se han asociado a enfermedades autoinmunes u otros procesos inflamatorios crónicos.

Metodología: búsqueda de pacientes diagnosticados con linfoma BALT en un hospital de referencia entre 2012 a 2023 y análisis restrospectivo de los casos. El análisis estadístico fue descriptivo. Aprobado por comité de ética. Resultados: Se identificaron 5 pacientes, todas de sexo femenino. La mediana de edad fue de 62 años (rango 54-73). Todas son portadoras de una o más enfermedades inflamatorias o inmunológicas previo el diagnóstico de linfoma, incluyendo síndrome de Sjögren (SSJ) (n=4), artritis reumatoide (n=1), lupus sistémico (n=1), trombocitopenia inmune (n=1), hepatitis autoinmune (n=1) y miastenia gravis (n=1) con una mediana de evolución de estas de 6 años (rango 0,2-40). Una paciente tenía antecedente de MALT en paladar tratado con radioterapia 3 años antes del diagnóstico de BALT. En 3 pacientes se reportó una enfermedad pulmonar intersticial, posiblemente asociada a la enfermedad autoinmune. Todas se presentaron con síntomas respiratorios inespecíficos, con una enfermedad en etapa localizada y con buen performance status (100% PS 1-2). El MALT-IPI se pudo calcular en 4 pacientes, todas con riesgo intermedio. La totalidad contaron con estudio imagenológico (tomografía axial computada o de emisión de positrones) siendo el patrón más característico (en 80% de los casos) la presencia de nódulos pulmonares bilaterales. La mediana desde inicio de síntomas hasta la primera consulta y diagnóstico fue de 7 y 13,5 meses, respectivamente. En 80% se asoció a amiloidosis AL, 50% localizada y 50% sistémica. Un 60% de las pacientes recibieron tratamiento sistémico. Los esquemas de primera línea utilizados fueron Melfalán-Prednisona, Rituximab-Clorambucil y Rituximab en monoterapia. La mediana de seguimiento desde el diagnóstico fue de 50 meses (rango 3-128), sin fallecidas en este periodo. De las pacientes tratadas, 2/3 requirieron tratamientos de segunda línea, una por recaída de la amiloidosis, utilizándose Ciclofosfamida-Talidomida-Dexametasona, y otra por enfermedad refractaria, en la que se indicó R-COP.

Discusión: Nuestra serie evidencia la asociación entre autoinmunidad, especialmente SSJ, el desarrollo de linfomas BALT, y la alta asociación con amiloidosis AL. El pulmón es una ubicación infrecuente de linfoma extranodal y se requiere biopsia para su diagnóstico dado la superposición de manifestaciones clínicas e imagenológicas entre neoplasia, enfermedad pulmonar intersticial o amiloidosis en estos casos. El seguimiento en nuestra serie revela un curso similar al de la literatura donde se describe sobrevida de 90% a los 5 años.

FOLIO 66

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON LMA-CBF ADULTOS EN CHILE. RESULTADOS DEL GRELAM-CHILE EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE LMA DEL GRUPO ESPAÑOL PETHEMA

Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Verónica Pérez, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián Hidalgo, David Martínez, Pau Montesinos

Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Hospital Salvador Santiago ; Clínica Dávila Santiago ; Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar ; Hospital Base Valdivia ; Clínica Alemana de Santiago ; Hospital de Arica ; Fundación Arturo López Pérez Santiago; Hospital Universitario La Fe Valencia España ;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La LMA subtipo CBF (Core Binding Factor en inglés) se caracteriza por la presencia de las siguientes mutaciones: t(8;21)(q22;q22)/ RUNX1/RUNX1T1 o la inv(16) (p13.1q22)/t(16;16) (p13.1;q22)/ MYH11-CBFB. Pertenece a una entidad propia en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se ha asociado a un pronóstico favorable, principalmente con el uso de altas dosis de citarabina post remisión, aunque las tasas de recaída son del 30-50%. El GRELAM-Chile (Grupo de Estudio de Leucemias Agudas Mieloides) ha analizado por primera vez las características de los pacientes chilenos con LMA-CBF incorporados al registro epidemiológico de LMA de PETHEMA.

Objetivo: Describir las características clínicas y evolución de los pacientes adultos con LMA-CBF en Chile.

Metodología: registro epidemiológico retrospectivo y prospectivo de pacientes adultos con LMA del grupo español PETHEMA. Se analizaron los pacientes con LMA-CBF provenientes de los 3 sistemas de salud de nuestro país. Todos los centros cuentan con aprobación de sus respectivos comités de ética científicos. Resultados: 73 pacientes fueron analizados, diagnosticados entre agosto 2008 y junio 2023. 63% varones, mediana de edad al diagnóstico de 35,7 años (15,5-73,5). 76,7% pertenecen al sistema de salud público. 58,9% con t (8,21). El 90,5% con ECOG 0-2, 93% LMA de novo. El subtipo FAB más frecuente fue el M4 (39%). El 79,5% informó cariotipo compatible con subtipo CBF. La asociación con mutación de FLT3 fue menor al 10%. 53% tiene estudio de mutación de C-Kit (33,3% estaba mutado).85% recibió quimioterapia de inducción, sólo 9,7% asociada a Gemtuzumab Ozogamicin (GO). La RC/RCi fue del 72,6%. El esquema de consolidación más utilizado fueron las altas dosis de citarabina. El 16,4% recibió un TPH alogénico (58,3% haploidéntico). Se informó un 22% de recaída, con una mediana de 16 meses (0-151) y Supervivencia Libre de Recaída (SLR) a 1 año, 3 años y 5 años de 79%, 73%, 73%, respectivamente; sin diferencias en subtipos moleculares (p 0.07). La mediana de Supervivencia Global fue de 13 meses (0-178) con 67%, 44% y 44% de SG a 1 año, 3 años y 5 años, respectivamente; una vez más sin diferencias en subtipos moleculares (p 0,14).

Conclusión: Éste es el primer análisis de datos de pacientes chilenos con LMA-CBF. Los resultados en cuanto a características clínicas de la población son similares a los reportados en la literatura. Llama la atención que el porcentaje de recaídas es menor a lo informado en otros grupos (Begna y cols, Blood Cancer Journal 2022), aunque el seguimiento de nuestra serie es más corto. La SG es menor a la reportada por este grupo de la Clínica Mayo. Si bien no hubo diferencias significativas entre los grupos moleculares, el número de pacientes puede haber influido en esto. Por último, el uso de nuevas drogas como GO es excepcional, lo cual debería ser incorporado en el arsenal terapéutico prontamente. Fuente de financiamiento: no hay

FOLIO 67

DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA DE CÉLULAS VELLUDAS TRAS UN ACCIDENTE DE TRÁNSITO EN PACIENTE CON ESPLENOMEGALIA MASIVA NO TRAUMÁTICA Y PANCITOPENIA.

Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Paula Rojas, Daniela Zambrano, Ximena Valladares, Macarena Roa, Patricia Graffigna, Caludia Gajardo, Verónica Lizama, Gabriela Espinoza, Karen López, Camila Peña
Residente de Hematología Hospital del Salvador; Unidad de Hematología Clínica, Hospital del Salvador;
Caso Clínico

Introducción: Existen múltiples causas de esplenomegalia, entre ellas infecciones, neoplasias, enfermedades infiltrativas e hipertensión portal. La Leucemia de Células Velludas (LCV) es una causa conocida de esplenomegalia, presentándose en un 80-90% de los casos, a menudo masiva. Por otro lado, el bazo es el órgano sólido más comprometido en traumatismos abdominales. Presentamos el caso de un hombre con hallazgo de esplenomegalia masiva y pancitopenia tras un accidente de tránsito sin evidencia de traumatismo esplénico. Caso clínico: Un hombre de 32 años, obeso con I.M.C. 41 kg/m2 y sin otros antecedentes mórbidos fue trasladado a Urgencias luego de protagonizar un accidente de tránsito de alta energía. Ingresa con signos vitales estables, policontuso, con hematoma y dolor en cadera derecha además esplenomegalia de 15 cm bajo el reborde costal. Los exámenes de laboratorio demostraron pancitopenia con hemoglobina 5,5 g/dL, leucocitos 5.350/mm3 (R.A.N. 1.390/mm3, R.A.L. 520/mm3, R.A.M. 3.440/mm3) y plaquetas 25.000/mm3. Al interrogatorio dirigido refirió historia de síndrome anémico y equimosis de aparición fácil durante el mes previo. Se realizó tomografía axial computarizada que evidenció luxación anterior de la articulación coxofemoral derecha y esplenomegalia de 26 cm de longitud, sin signos de lesión traumática del bazo ni de estructuras adyacentes. Se estudió con frotis de sangre periférica y mielograma, en que se vio presencia de linfocitos medianos con vellosidades. Citometría de flujo de sangre periférica con 84% de linfocitos, compatible con LCV. Biopsia de médula ósea lo confirmó. Se manejó con soporte transfusional y, tras confirmar el diagnóstico, se inició de quimioterapia con Cladribina 0.1 mg/kg/día endovenosa durante 7 días. Actualmente con citopenias recuperadas, en remisión.

Discusión: Nos pareció importante reportar este caso infrecuente, tanto por la edad del paciente (menor a lo reportado), como por la forma de presentación. La LCV es una neoplasia crónica de células B poco frecuente, con una mediana de edad de 55 años al diagnóstico, ejemplificando nuestro caso el amplio rango etario existente. Si bien la monocitopenia es un marcador específico de esta enfermedad, las características de las células neoplásicas pueden hacer que contadores automatizados las identifiquen como monocitos, como posiblemente ocurrió en este caso, hecho que destaca la importancia de la visualización del frotis de sangre periférica para un correcto diagnóstico. Los traumatismos de alta energía pueden complicar una esplenomegalia subyacente con hematomas o laceraciones en un bazo con una cápsula más delgada y una gran porción caudal no protegida por la parrilla costal. Afortunadamente, ninguno de estos eventos ocurrió a nuestro paciente.

FOLIO 68

EXPERIENCIA CLÍNICA DE TRATAMIENTO CON IMATINIB EN PACIENTE CON DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN FASE CRÓNICA DURANTE EMBARAZO.

Karla Hernández, Jose González, Valeska Vega, Magdalena Abbott, Francesca Guidotti, Mercedes Mijares, Sandra Aranda, Waldo Leiva
Medico internista unidad de Hematooncologia HSJD; Hematólogo unidad de Hematooncologia HSJD ; QF unidad de Hematooncologia HSJD ; Hematólogo unidad de Hematooncologia HSJD; Hematólogo de Hematooncologia HSJD ; Jefa de unidad de Hematooncologia HSJD ; Gineco-obstetra Hospital clínico universidad de chile;
Caso Clínico

Introducción: La leucemia mieloide crónica (LMC) es una neoplasia de las células madre hematopoyéticas, caracterizada por tener la t(9;22) que origina el gen fusión BCR/ABL, blanco terapeútico de los inhibidores de la tirosina kinasa (ITK), terapia de elección. Se presenta entre los 45 y 55 años mayormente. En mujeres en edad fértil, infrecuentemente, puede debutar durante el embarazo. El tratamiento no está definido y las decisiones terapéuticas se basan en recomendaciones de expertos. El interferón alfa no atraviesa la placenta y no inhibe la síntesis de ADN en el feto. El uso de ITK es controvertido. Imatinib generaría teratogenia, sobre todo durante la organogénesis. Se presenta el caso de una mujer embarazada con debut de LMC al inicio del 1er trimestre de embarazo.

Caso clínico: Mujer de 30 años sin antecedentes mórbidos, G5P4A1. Hermano tuvo leucemia promielocitica aguda. Cursa embarazo, a las 8 semanas se pesquisa hemoglonina 11 g/dl leucocitos 93760 /% con desviación izquierda, eosinofilos 2%, basofilos 2%, blastos 2% (aspecto mieloides) plaquetas 437000. LDH 418. Se detecta BCR/ABL p210 en sangre periférica. ECO abdominal: esplenomegalia 17,9cm. Sokal: riesgo bajo. Citometría en sangre periférica 2% blastos mieloides. Por ecografía obstétrica: 9 sem+ 5 días. Paciente rechaza interrupción de embarazo, en primer trimestre se decide no utilizar ITK. Inicia peginterferón a2 180 Microgramos semanales por 4 semanas. Se indico tromboprofilaxis con dalteparina. No logra remisión hematológica a las 13 semanas de embarazo, se cambia a imatinib 400mg. Dos semanas tras el cambio logra remisión hematológica, a los 3 meses QR BCR/ABL en sangre periférica 20,5%. Tiene parto vaginal a las 39 semanas sin incidentes, recien nacido femenino de 3715 g, Apgar 9, sin complicaciones.

Discusión: En pacientes con LMC, la leucocitosis y trombocitosis durante el embarazo, pueden provocar trombosis, sangrado, insuficiencia placentaria y retraso del crecimiento intrauterino. El uso de ITK se desaconseja sobre todo en el primer trimestre, prefiriendose el interferon y leucoaféresis. En el 2do trimestre se puede utilizar hidroxiurea, pero aumenta el riesgo de preeclampasia. Los ITK son teratogénicos y abortivos. Existen reportes de pacientes con LMC que no suspenden ITK durante el embarazo sin mayores efectos adversos. Anomalías congénitas con imatinib se observaron principalmente cuando se usa durante la organonesis. En nuestro caso se utilizo imatinib a partir del 2do trimestre de embarazo por nula respuesta a interferon, logrando rápidamente la buscada respuesta hematológica sin complicaciones materno/fetales.

FOLIO 69

SÍNDROME NEFRÓTICO IMPURO SECUNDARIO A INFILTRACIÓN RENAL EN UN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA.

Carolina Romero, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Gonzalo Méndez, Gonzalo Correa, Mauricio Espinoza, Camila Peña
Residente Hematología Hospital del Salvador; Hematología Clínica Hospital del Salvador; Laboratorio Inmunocel; Sección Nefrología Hospital del Salvador;
Caso Clínico

Introducción: La leucemia linfática crónica (LLC) es la leucemia más común en adultos. Se caracteriza por la acumulación progresiva de linfocitos B maduros, que infiltran médula ósea, sangre periférica, ganglios linfáticos y bazo. El compromiso extranodal es menos frecuente. Describiremos el caso de un paciente con LLC con complicaciones secundarias a infiltración renal. Caso clínico: Paciente masculino de 69 años a quien se le pesquisa linfocitosis en contexto de hospitalización por neumonía. En el hemograma inicial presenta anemia leve, con linfocitos de 56030/mm3 y plaquetas normales. LDH 271 U/L, creatinina 1,09 mg/dL. Al frotis linfocitos maduros y sombras de Grumprecht. Inmunofenotipo de sangre periférica compatible con LLC. TAC TAP con pequeñas adenopatías supra e infra diafragmáticas y esplenomegalia leve. Se diagnostica LLC Binet C y Rai III, y se decide observación inicial. En los controles ambulatorios se constata en buenas condiciones, sin síntomas B. A los 7 meses del diagnóstico, se presenta al control en regulares condiciones, con cefalea de 2 semanas de evolución, pálido, hipertenso (PA 210/100 mmHg) y con edema de extremidades inferiores. En el laboratorio anemia moderada, linfocitos de 24490/mm3 y plaquetas normales. Creatinina 2,9 mg/dL, orina completa con >100 GR por campo, 20% dismórficos, proteinuria (>500mg/dL) e índice proteinuria/creatininuria de 10,8 g/g. Ecografía renal normal. Serologías de autoinmunidad negativas, y ausencia de componente monoclonal en sangre. La biopsia renal (figura 1) revela glomerulonefritis por depósito de IgG-lambda con patrón proliferativo intracapilar y lesión membranoproliferativa. Tejido renal, capsular renal y adiposo perirrenal con infiltrado linfoide atípico de inmunofenotipo CD20, CD5 y CD43 positivos, compatible con infiltración por linfoma linfocítico. Se inicia tratamiento con esquema Rituximab-Clorambucilo, tras lo cual la creatinina se estabiliza en 1,8 mg/dL.

Discusión: La insuficiencia renal se encuentra en el 7,5% de los pacientes con LLC al diagnóstico, aunque su etiología generalmente se atribuye a otras comorbilidades. En una cohorte de 4024 pacientes con LLC, solo el 1,2% fue estudiado con biopsia renal. Al igual que en el caso de nuestro paciente, el principal diagnóstico histológico fue glomerulonefritis membranoproliferativa (40%). Le siguieron infiltración por LLC (12%), enfermedad de cambios mínimos (10%) y nefritis intersticial aguda (8%). Otras causas son: amiloidosis, nefropatía por cilindros de cadenas livianas y glomerulonefritis membranosa. En el caso de nuestro paciente, fue fundamental contar con la confirmación histológica del compromiso renal por LLC, ya que previamente se consideró que no había indicación de tratamiento.

Conclusión: Si bien el compromiso renal por LLC no es frecuente, se debe tener presente esta manifestación de enfermedad para diagnosticarla y tratarla oportunamente.

FOLIO 70

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA: UNA VÍA FINAL COMÚN CON DISTINTOS ORÍGENES. UNA SERIE DE CASOS.

Valentina Goldschmidt , María Josefina Saieg, Boris Silva, Joaquín Díaz, Francisco Samaniego
Hematóloga, Servicio de Hematología, Centro de Responsabilidad del Adulto, Hospital Padre Hurtado; Departamento de Hemato Oncologi?a FALP; Médico internista, Centro de Responsabilidad del Adulto, Hospital Padre Hurtado; Interno Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo; Hemato?logo, Servicio de Hematologi?a, Centro de Responsabilidad del Adulto, Hospital Padre Hurtado; Departamento Hemato Oncologi?a, Cli?nica Alemana de Santiago; Hemato?logo, Servicio de Hematologi?a, Centro de Responsabilidad del Adulto, Hospital Padre Hurtado.; Departamento de Medicina, Hospital Cli?nico Universidad de Chile;
Caso Clínico

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es una condición rara y potencialmente mortal caracterizada por una disregulación del sistema inmune, con hiperinflamación y liberación masiva de citoquinas. La mediana de edad al diagnóstico es de 50 años. Presenta alta mortalidad (41%-68% en adultos). Puede desencadenarse por diversas causas, como inmunodeficiencias, autoinmunidad, infecciones y neoplasias. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y de laboratorio (HLH 2004). Presentamos una serie de 5 casos diagnosticados entre 2021 y 2023.

Caso 1: Mujer 36 años, con lupus eritematoso sistémico activo, tuberculosis miliar y HLH.
Caso 2: Mujer 27 años, con Enfermedad de Still de reciente diagnóstico y síndrome de activación macrofágica.
Caso 3: Mujer 31 años con mielodisplasia y HLH por micobacterias atípicas.
Caso 4: Mujer 53 años portadora de virus de inmunodeficiencia humana y HLH por Enfermedad de Castleman.
Caso 5: Hombre 46 años con enfermedad celíaca con HLH por Linfoma no Hodgkin de linfocitos T (tabla1).

Discusión: esta serie representa como la HLH puede ser gatillada por diferentes patologías, que convergen en un cuadro inflamatorio descontrolado, cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el acceso a exámenes complejos. El tratamiento en adultos es controvertido, basándose en tratar el desencadenante asociado a corticoides con otros inmunosupresores. Es indispensable el manejo en unidades de cuidados intensivos, por un equipo multidisciplinario, dado que convergen patologías infecciosas, reumatológicas, hematológicas. En nuestra serie utilizamos retrospectivamente el H-score, que considera parámetros más accesibles que los criterios HLH 2004, con el cual pudimos estimar la probabilidad diagnóstica de manera acertada.

Conclusión: es relevante mantener un alto índice de sospecha de HLH, en pacientes con cuadros inflamatorios severos. Impresiona interesante el uso inicial del H-SCORE para racionalizar el uso de estudios de difícil acceso.

FOLIO 71

LINFOCITOSIS ABSOLUTA PARANEOPLÁSICA EN DEBUT DE CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

Fernanda Jiménez, Sofía Hermosilla, Paula Andrea Aedo, Javier Zelada
Interna Medicina, Universidad de los Andes; Becada Hematología, Universidad de los Andes;
Residente Hematología Adultos, Clínica Universidad de los Andes;
Caso Clínico

Introducción La linfocitosis absoluta puede deberse a múltiples etiologías como viral, inflamatoria o neoplásica. Dentro de las causas neoplásicas diversos estudios han mostrado el rol pronóstico del recuento absoluto de linfocitos (RAL) y el índice neutrófilo-linfocito (INL) en patologías como el cáncer de mama metastásico (CMM), donde un INL elevado se considera de mal pronóstico y un INL bajo se considera de mejor pronóstico, con sobrevida más prolongada. Caso Clínico Paciente femenino de 57 años. Derivada a hematología por hallazgo de bicitopenia y transaminasas elevadas. Hemograma: Hgb 8.7 g/dL, leucocitos 11.800 x mm3 (linfocitos 63% y neutrófilos 30%), frotis con linfocitos de morfología nuclear variada con cromatina laxa y presencia de nucléolos, plaquetas 28.000 x mm3, VHS 51. Reticulocitos 3.2%, Coombs directo (-), LDH 399, Bilirrubina total 0.19, GOT 88, GPT 84, GGT 258, FA 265, INR 1.25. PCR en 6.13, creatinina 0.96, cinética de hierro y ferritina inflamatoria. TAC con contraste revela adenopatía axilar derecha con nódulo en mama ipsilateral y extensas áreas blásticas en médula ósea, principalmente en cuerpos vertebrales. PET CT con extenso reemplazo sustitutivo hipermetabólico de la médula ósea, en ausencia de compromiso esplénico o ganglionar. Citometría de flujo de aspirado medular descarta clonalidad. Biopsia de médula ósea evidencia metástasis de adenocarcinoma, biopsia de adenopatía axilar y de nódulo mamario compatibles con adenocarcinoma mamario RE95, RP95, Her2-, Ki67 10%. Se concluye presencia de mieloptisis por cáncer de mama etapa IV.

Discusión En este caso se diagnosticó un CMM con un RAL de 7.434. Este suele ir disminuyendo y el INL elevándose a medida que avanza la enfermedad. Un estudio retrospectivo demostró el rol pronóstico independiente del RAL elevado en CMM, con mediana de sobrevida mayor en comparación al grupo con RAL bajo. Se ha ido avanzando progresivamente en la utilidad de estos índices como factores pronósticos, siendo fundamental en este tipo de casos tener presente el RAL elevado, dado su pronóstico favorable.

FOLIO 72

PEMBROLIZUMAB COMO TERAPIA DE MANTENCIÓN POST TRASPLANTE AUTÓLOGO EN LINFOMA DE LA ZONA GRIS.

Fernanda Jiménez, Sofía Hermosilla, Paula Andrea Aedo, Javier Zelada
Interna Medicina, Universidad de los Andes; Becada Hematología, Universidad de los Andes;
Residente Hematología Adulto, Clínica Universidad de los Andes;
Caso Clínico

Introducción Los linfomas de la zona gris (LZG) corresponden a linfomas de células B no clasificables, con características intermedias de linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) y de linfoma de Hodgkin clásico (LHc). Se presentan en adultos entre la 3era y la 4ta década de vida y son más frecuentes en hombres. Tienen un curso clínico más agresivo, habitualmente con masa bulky, y alta tasa de recaída.

Caso Clínico: Paciente masculino de 27 años, el año 2018 inicia cuadro de sudoración nocturna y adenopatías cervicales persistentes, se diagnostica LHc tipo esclerosis nodular, etapa IV B con masa bulky retroperitoneal, abdominal y mediastínica. Completa 6 ciclos de ABVD, PET-CT interino y post tratamiento sin evidencia de enfermedad residual. En noviembre de 2020 se realiza PET-CT de control que evidencia conglomerado adenopático cervical hipermetabólico bajo izquierdo y mediastínico anterosuperior. Biopsia compatible con LHc, tipo esclerosis nodular. Es tratado con ICE, completando 2 ciclos. PET-CT de control evidencia persistencia de masa mediastínica prevascular hipermetabólica. Se toma nueva biopsia compatible con linfoma de células B, inclasificable, con características intermedias entre LH y LDCGB, compatible con LZG. Recibe 2 ciclos de R-ESHAP; PET/CT (-) consolidando con trasplante autólogo de médula ósea (condicionamiento con BEAM). Luego se decide realizar mantención con Pembrolizumab por 1 año, completada en febrero de 2023, con PET-CT posterior en RC (Deauville 1), actualmente en seguimiento clínico.

Discusión:cla No hay guías estandarizadas para el manejo de los LZG, menos en los casos recaídos y derivados de otros linfomas. Escasean las recomendaciones de manejo dada su baja incidencia y dificultad diagnóstica. En este caso, se utilizó como terapia de mantención post TAMO Pembrolizumab, con la finalidad de disminuir el riesgo de recaída, dado la sobreexpresión de PDL-1 de estos linfomas y su buen perfil de seguridad. Presentamos este caso, si bien, con poco seguimiento, pero con una buena tolerancia y respuesta a Pembrolizumab, pudiendo ser a futuro, este régimen, una recomendación post-TAMO en estos linfomas.

FOLIO 73

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA DIAGNOSTICADA ENTRE EL 2012 Y 2023 EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Paula Rojas, Monserrat Ariste, Nelson Lobo, Virginia Monardes, Pamela Bustamante, Ximena Valladares, Maria Soledad Undurraga, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Grafffigna, Verónica Lizama, Daniela Zambrano, Camila Peña
Becado Universidad de Chile; Hospital Salvador ; Sección biología molecular laboratorio hematología Hospital Del Salvador; Unidad Hematología Hospital Leonardo Guzmán de Antofagasta; Sección hematología Hospital Del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Leucemia mieloide crónica (LMC) es una neoplasia mieloproliferativa caracterizada por presentar la traslocación (9;22). Se presenta en promedio a los 65 años. Existen pocos estudios de esta patología en pacientes adolescentes y adultos jóvenes (AYA), dado a la baja prevalencia que la presenta a esta edad. Se describe que en este grupo la LMC sería más agresiva.

El objetivo de este estudio fue la caracterización clínica de pacientes AYA con LMC en nuestro centro.

Metodología: estudio observacional, descriptivo de las características clínicas y la respuesta a tratamiento a inhibidores de tirosin kinasa de 26 pacientes entre 15 y 39 años diagnosticados entre Septiembre de 2012 y abril 2023. Se calcularon las medidas de tendencia central para los resultados, media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil según distribución de variables. Resultado: Se diagnosticaron 98 casos de LMC con una edad media de 53 años, y el grupo AYA correspondió al 26,8% de los pacientes. De estos, un 73,1% fueron hombres. Al momento del diagnostico el 100% de los pacientes presentó síntomas, siendo los más frecuentes fatiga y baja de peso. El 92,31% presentó esplenomegalia, con una media de tamaño de 11,3 cms BRC. Se observó anemia en la mayoria de los casos, con una media de hb de 9,84 mg/dL, hiperleucocitosis en el 84,62% (mediana leucocitos 224.070mm3), de los cuales el 18,18% se asoció a leucoestasis. El 11,54% estaba en crisis blástica, de los cuales el 50% falleció antes de los 6 meses por complicaciones. El score de Sokal de los pacientes en fase crónica fue: 40,91% bajo, 22,73% intermedio, 36,36% alto. La mayoría presentó un EUTOS bajo (68,18%). En el 100% se encontró el transcrito p210 del gen fusión ABL:BCR1, pero el 11,54% también presentó el p190, el 100% de éstos fue en pacientes estaban en crisis blástica. Anormalidades cromosómicas adicionales en las células Phi(+) se observó en un 30,77% de los casos. Como primera linea de tratamiento el 23,08% recibió Imatinib, 34,61% Dasatinib, 42,31% Nilotinib. El 29,41% del total de los pacientes tuvo falla de tratamiento a los 3 meses. A los 12 meses el 40% logró al menos una respuesta molecular mayor. El 41,67% de los pacientes pasó a segunda línea de tratamiento, los motivos fueron: resistencia en el 70%, intolerancia en el 20% y decisión clínica en el 10% de los casos. De los que presentaron resistencia el 28,57% tuvo la mutación T315I y el 14,29% presentó una mutación en ABL. Se planteó transplante en 6 pacientes, se llevó a cabo en 2 de ellos, uno recayó antes del año y el otro falleció por complicaciones post transplante.

Discusión: Tal como se describe en diferentes estudios, nuestros pacientes AYA presentaron características más agresivas al compararlos con lo descrito en la literatura en pacientes mayores.

Conclusión: Estos pacientes AYA con LMC deben ser seguidos estrictamente dado las características más agresivas de su enfermedad.

FOLIO 74

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO CON LESIONES CUTÁNEAS COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN T/NK EXTRANODAL INTESTINAL.

Paula Rojas, Nelson Lobo, Monserrat Ariste, Cecilia Jeraldo, Pablo Villegas, Ximena Valladares, Macarena Roa, Claudia Gajardo, Patricia Graffigna, Veronica Lizama, Daniela Zambrano, Gabriela Espinoza, Karen Lopez, Camila Peña

Becado Universidad de Chile; Hospital Del Salvador ; Becada Universidad de Chile; Hospital Del Salvador ; Servicio de anatomía patológica Hospital del Salvador; Sección hematología Hospital Del Salvador;

Caso Clínico

Introducción. El síndrome hemofagocítico (SHF), se produce por una sobreactivación de linfocitos T e histiocitos, resultando en una hiperinflamación severa. Se manifiesta clínicamente por fiebre asociado a citopenias, hiperferritininemia y visceromegalia. Frente a su diagnóstico en adultos se debe buscar la causa. El inicio precoz del tratamiento es fundamental, dado su elevada mortalidad. Presentamos el caso de un paciente con un SHF con compromiso cutáneo, en el cual finalmente se diagnosticó LNH T/NK intestinal. Caso clínico. Paciente dio consentimiento para relatar su caso. Hombre de 46 años, con antecedente de policonsumo, hospitalización reciente por obstrucción intestinal de resolución quirúrgica, trombosis de vena mesentérica superior y tromboembolismo pulmonar. Reingresó por cuadro febril persistente, compromiso del estado general, tos, lesiones papulomaculares en piel y mucosa genital, edema facial y extremidades inferiores. Signos vitales estables, hemoglobina (Hb) 7.8 mg/dL, leucocitos 3090 mm3, recuento absoluto de neutrófilos (RAN): 2100 mm3, plaquetas: 210000 mm3, pruebas hepáticas con patrón colestásico, bilirrubina normal, función renal conservada. Tomografía computada: neumonía multifocal, lesión cavitada derecha, hepatomegalia, engrosamiento parietal yeyuno. Además, focos inflamatorios en tejido adiposo subcutáneo. PET CT: foco hipermetabólico esplénico, óseo e imágenes nodulares dermoepidermicas sin correlación tomográfica. Engrosamiento parietal colon descendente con aumento del metabolismo, asociado a adenopatías mesentérica, retro peritoneales hasta 21 x 8 mm, mediastínicas e hiliares de hasta 16 x 13 mm con aumento del metabolismo. La biopsia de la cirugía previa mostró ulcera de intestino delgado con fibrosis cicatricial estenosante. Evolucionó con mayor compromiso: Hb: 7.7 mg/dL, leucocitos: 2440 mm3, RAN: 1680 mm3, plaquetas: 414000 mm3, ferritina: 7735, triglicéridos: 356, fibrinógeno: 266.7, LDH: 1734, GOT: 97. Se sospechó SHF, con Hscore: 96-98% probabilidad. Mielograma mostró hemofagocitosis. Se realizó Biopsia de piel que también mostró hemofagocitosis. Se inició manejo con dexametasona e inmunoglobulina IV, logrando mejorar la clínica. El estudio infeccioso y reumatológico resultó negativo. Evolucionó con nuevo cuadro de abdomen agudo por perforación intestinal de resolución quirúrgica. La biopsia intestinal mostró Linfoma no Hodgkin (LNH) T/Nk EBER (+). Se indicó 6 ciclos SMILE, con resolución de su cuadro. Actualmente en seguimiento en remisión completa.

Discusión: Los linfomas asociados a SHF se caracterizan por un comienzo y progresión rápida, con un mal pronóstico, siendo la sobrevida mucho menor en los linfomas T/NK. El inicio precoz de una quimioterapia intensiva es crucial para mejorar la sobrevida, por lo que es de suma importancia lograr el diagnóstico lo antes posible. El hallazgo de hemofagocitosis cutánea es infrecuente.

FOLIO 75

COMPROMISO EXTRA MEDULAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA, EN UN PACIENTE CON TRICOLEUCEMIA EN RECAÍDA.

monica maturana, Daniela Albornoz, Alvaro Pizarro, Fernanda Matamala
Hematologo; Medico Internista;
Caso Clínico

Compromiso extra medular como presentación atípica, en un paciente con tricoleucemia en recaída Introducción; La tricoleucemia es una enfermedad clonal maligna de linfocitos B maduros, que presentan característicamente prolongaciones citoplasmáticas en su morfología. Es una entidad poco frecuente, más prevalente en el sexo masculino, con una incidencia mundial de 0.3 en hombres y de 0.1 en mujeres por cada 100.000 habitantes. Sin datos epidemiológicos en Chile. Su presentación clínica puede ser heterogénea, y en su forma atípica puede haber compromiso óseo lítico simulando un mieloma múltiple, fenómenos de autoinmunidad, e infiltración de órganos extra hematopoyéticos. El diagnóstico se realiza mediante el análisis de la morfología de sangre periférica, citometría de flujo e inmunohistoquímica de tejidos. Descripción del caso; Se presenta caso de paciente masculino de 68 años, sin comorbilidades, que en el 2015 en contexto de citopenias, esplenomegalia y síntomas B, se diagnosticó una leucemia de células velludas por citometría de flujo en sangre periférica y biopsia de médula ósea. Fue tratado inicialmente por intensificación sintomática con cladibrine, bien tolerado, con remisión sintomática, pero persistencia de citopenias leves y esplenomegalia. En Julio del 2022 paciente presento cefalea persistente y pérdida de la agudeza visual. En el estudio por imágenes se evidenció una lesión expansiva de 52 x 35 x75 mm en el espacio masticatorio derecho con compromiso intracraneano e intraorbitario derecho. Se realizo biopsia intra oral de tumor de fosa media derecha, con hallazgos de marcadores de células B, asociado a CD25 y CD11c compatible con infiltración extra medular por tricoleucemia. Se decidió administrar esquema de recaída con Cladribine asociado a Rituximab. Además, recibió radioterapia de intensidad modulada sobre lesión retro maxilar derecha de 2500 cGy por 5 fracciones, logrando remisión sintomática completa. Actualmente en seguimiento clínico y laboratorio.

Discusión; La infiltración del sistema nervioso central (SNC) en la leucemia de células vellosas (LCV) es una complicación poco común. Está presente entre un 2 a 8% de las LCV. Los síntomas pueden incluir cefalea persistente, trastornos en la agudeza visual, convulsiones y alteraciones cognitivas, entre otros. Ante la sospecha del compromiso del SNC se puede realizar estudio liquido céfalo raquídeo, imágenes y estudio histológico dirigido. El tratamiento debe estar basado en el control de la enfermedad, pudiendo incluirse quimioterapia sistémica e intratecal, radioterapia y en algunos casos, trasplante de médula ósea.

En conclusión se presenta un paciente con leucemia de células velludas cuya manifestación de recaída extra medular es poco frecuente logrando una favorable respuesta clínica con esquema de quimioterapia y radioterapia.

FOLIO 76

OPTIMIZACIÓN DE LA PROFILAXIS DE INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA (IFI) EN PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA (LA) Y TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH).

Diego Reyes, Blaz Lesina, Vivianne Torres, Calderon Susana, Alberto Fica, Lilian Pilleux
Unidad de Farmacia, Hospital Base Valdivia.; Unidad de Hematología del Instituto de Medicina, Universidad Austral de Chile. ; Servicio de Medicina, Hospital Base Valdivia. ; Servicio de Medicina, Hospital Base Valdivia. ; Instituto de Medicina, Universidad Austral de Chile. ; Unidad de Hematología del Instituto de Medicina, Universidad Austral de Chile. ; Servicio de Medicina, Hospital Base Valdivia. ;
Resumen – Investigación Científica

La infección por hongos es causa importante de morbimortalidad en pacientes en quimioterapia intensiva por LA y TPH, con alta mortalidad a pesar de diagnóstico temprano y tratamiento agresivo. Existen estrategias de minimización del riesgo: cambios estructurales, protocolos de atención y uso de antifúngicos profilácticos. Conocer la prevalencia de IFI por hongos filamentosos(HF) en unidades de hematología intensiva(UHI) permite evaluar el riesgo existente e impacto de cambios en medidas preventivas. Luego de un análisis en UHI del Hospital Base Valdivia(HBV) se implementaron intervenciones que resultaron favorables, por lo que decidimos comunicar nuestra experiencia. Material y Método: Análisis retrospectivo de casos de IFI por HF ocurridos en UHI-HBV entre enero 2017-junio 2023, utilizando como fuente registros digitales de uso de antifúngicos, clasificándose según consenso 2020. El 2017 se contaba con 14 camas: 2 individuales con aire filtrado y presión positiva, y 12 en salas comunes sin aire filtrado. Se inició TPH autólogo en mayo 2018 y alogénico en junio 2022. La profilaxis antifúngica consistió en fluconazol hasta mayo 2021, posterior a lo cual se implementaron: filtros HEPA portátiles en salas comunes, profilaxis antifúngica con voriconazol + monitoreo de niveles séricos y nebulización con anfotericina para casos con riesgo de interacciones con QMT (neuro y/o hepatotoxicidad).

Resultados: Se identificaron 33 casos de IFI por HF, 2 casos confirmados, correspondientes a fungemia por Aspergillus fumigatus sin compromiso pulmonar y otro en piel (biopsia con cultivo negativo), pudiendo ser Aspergillus o Fusarium. Las categorías de IFI probada y probable(n=12) se asociaron a LLA(6), LMA(4) y LNH(2)(Tabla 1). Las QMT asociadas fueron esquemas de inducción o rescate en 85%. 7 pacientes fallecieron durante el tratamiento de la IFI (21,9%), siendo 2 casos atribuibles a IFI, ambos hemoptisis masiva, y 2 casos en que contribuyó. Las imágenes pulmonares fueron nódulo sólido(24), condensación o cuña(6), cavitación(2) y creciente(1). La distribución temporal (Figura1) presentó una frecuencia anual variable con tendencia a la disminución (2-10 casos/año), no estadísticamente significativa. Los casos observados posterior a junio 2021 fueron 3(2 LMA y 1 LLA), quienes presentaban niveles voriconazol: 1 óptimo y 1 subterapéutico, el tercero lo había suspendido por RAM, sin ninguna muerte atribuible o contribuyente a la IFI.

Conclusiones: Las IFI por HF en nuestra unidad se asociaron a LMA con mayor frecuencia, conocida como la condición de mayor riesgo, seguido por LLA y LNH. La letalidad fue de 22% siendo en más de la mitad la IFI causal o contribuyente. Los casos confirmados no tuvieron compromiso pulmonar y estuvieron asociados a fungemia e infección cutánea. La imagen pulmonar “creciente”, fue infrecuente. Posterior a la implementación de las medidas descritas se observó una reducción de casos, sin muertes atribuibles o contribuyente a la IFI por HF.

FOLIO 79

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA GLOBAL DE PACIENTES CHILENOS CON LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA SECUNDARIA. RESULTADOS DEL GRELAM-CHILE EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE LMA-PETHEMA.

Mónica Romero , Marcela Espinoza, Joaquin Jérez , Hernán López, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Carolina Guerra, Sebastián Hidalgo, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Ernesto Castaño, José Viñuela, Verónica Pérez, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Pilar León, Bernardita Rojas, Paola Aravena, Patricia Fardella, María Soledad Urquieta, Belkys Linares, Robert Holloway, Felipe Ramírez, Constanza Flores, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos

Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Clínica Dávila Santiago ; Fundación Arturo López Pérez Santiago; Hospital Salvador Santiago ; Clínica Alemana Santiago ; Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar; Hospital Regional de Temuco ; Hospital Sótero del Rio Santiago; Hospital de Arica; Hospital Clínico Universidad de Chile Santiago ; Hospital van Buren Valparaíso ; Clínica Las Condes Santiago ; Hospital Naval Viña del Mar ; Hospital DIPRECA Santiago ; Hospital La Serena; Hospital Base Valdivia ; Hospital Universitario La Fe Valencia España;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Leucemia Aguda Mieloblástica secundaria (LMAs) es el 20-30% de las LMA y comprende un grupo de gran heterogeneidad, generalmente de mal pronóstico, con pacientes de mayor edad al diagnóstico y mayores comorbilidades, lo que puede limitar el acceso a terapias intensivas/curativas. El Grupo de Estudio de Leucemias Mieloides Agudas GRELAM-Chile, ha decidido conducir el primer análisis multicéntrico en este grupo de pacientes.

Objetivos: Analizar las características clínicas y SG de los pacientes chilenos adultos con LMAs . Material y Método: Registro epidemiológico multicéntrico retrospectivo y prospectivo de pacientes chilenos con diagnóstico de LMA > 15 años, incorporados en el Registro epidemiológico de LMA del grupo PETHEMA. Los datos son ingresados a la plataforma online de dicho grupo. Todos los centros cuentan con sus respectivos Comités de ética científicos aprobados. Resultados: Se analizaron 158 pacientes con LMAs, correspondientes al 19,7% del total de pacientes con LMA ingresadosal registro online, diagnosticados entre febrero 2010 y mayo 2023. El 35,4% fueron secundarias a Síndrome Mielodisplásico (SMD), 25,3% a tumores sólidos (mayoritariamente cáncer de mama) y 12,7% a neoplasia mieloproliferativa crónica/leucemia mieloide crónica; aunque cabe destacar un 26,6% de causas no precisadas. El 56,3% son varones, mediana de edad al diagnóstico de 61,5 años (15-90), siendo el 73,6% > 60 años. El 42,2% con ECOG 3-4. 38,7% no tiene estudio citogenético realizado. De los pacientes con cariotipo al diagnóstico, 58% fue anormal. El 41,4% tiene estudio de NPM1 (23,5% mutado), 48% de FLT3-ITD (18% mutado) y 16% otras mutaciones presentes (JAK 2 y BCR/ABL, principalmente). En cuanto a la terapia, 33,6% no fue tratado. De los que recibieron terapia, el uso de antraciclinas + citarabina fue del 37% y el uso de agentes hipometilantes o nuevas drogas como inhibidores de BCL2 no superó el 10%. Sólo 30,7% alcanzó RC/RCi tras quimioterapia, con una tasa de resistencia/respuesta parcial de 35,6% y 4,5% de muerte en inducción. El 37% tuvo evaluación de Enfermedad Residual Medible (ERM) tras inducción, siendo alta en el 52,6% de los casos. Hubo 30,3% de recaídas. El acceso a Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico fue del 10,9% (100% de sangre periférica y 82% haploidéntico). La mediana de Supervivencia Global (SG) fue de 7 meses, con 30% de SG a 1 año y 15% a 2 años.

Discusión: Los datos obtenidos demuestran un porcentaje menor de pacientes con LMAs de lo reportado en la literatura, La mediana de edad es algo menor que la publicada por el grupo PETHEMA (Martínez-Cuadrón D y cols, Blood Advances, 2022). En cuanto al acceso a quimioterapia intensiva, fue similar al informado por otros grupos internacionales, pero el uso de agentes hipometilantes y nuevas drogas es escaso en nuestra realidad, lo mismo que el acceso a TPH alogénico. Financiamiento: no hay.

FOLIO 80

EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE BIOSIMILARES DE RITUXIMAB EN ADULTOS CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS.

Paula Melipillán , Casandra Jara, Mauricio Chandía
Farmacia Oncológica, Hospital Regional de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El empleo de biosimilares de rituximab en la terapéutica de enfermedades oncohematológicas es un fenómeno creciente que tiene como objetivo optimizar el uso de recursos y acercar la terapia a una mayor cantidad de pacientes, asegurando una eficacia y seguridad similares a la del fármaco original. }

El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de seguridad de biosimilares de rituximab en una serie de pacientes adultos con neoplasias hematológicas.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se obtuvo de los registros de farmacia la identificación de todos los pacientes que recibieron al menos un ciclo de biosimilar de rituximab endovenoso y que tenían diagnóstico de alguna hemopatía maligna, durante el período comprendido entre Octubre/2020 a Octubre/2022. Las características demográficas de la población en estudio se registraron considerando la fecha de la primera infusión del fármaco. Se consideraron los eventos adversos (EA) descritos en la historia clínica del paciente o que estuviesen reportadas en el sistema de vigilancia integrada nacional (SVI) y se categorizaron según los criterios de terminología común para eventos adversos del National Cancer Institute (NCI-CTCAE, versión 5.0). El presente estudio contó con la aprobación del Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Concepción. Resultados: Se identificó un total de 66 pacientes, con una edad promedio de 63 años, de los cuales 28 fueron mujeres (42%). El diagnóstico principal de indicación de uso de rituximab fue Linfoma no Hodgkin en 56 pacientes (85%), leucemia linfática crónica (7 casos, 10%) y leucemia linfoblástica aguda B (3 casos, 5%). Durante el período del estudio, se administraron 99 ciclos de infusión de Rituximab de dos productos biosimilares diferentes disponibles en el Hospital. El biosimilar 1 lo recibieron 18 pacientes (12%) y el biosimilar 2 48 (88%). Se registró un total de 18 EA de cualquier grado (27% del total de pacientes). La proporción total de EA para el biosimilar 1 fue 22% y para el biosimilar 2 29% (p= 0,32). Los principales EA descritos fueron los relacionados con la infusión (14%) y dermatológicos (8%), todos de grado 1-2. Sólo un 3% de los eventos catalogados fueron grado 3-4, uno de los cuales fue neutropenia febril (1,5%) y síndrome confusional (1,5%). Un paciente falleció a consecuencia de un síndrome de lisis tumoral (1,5%).

Conclusión: En nuestra serie, los EA encontrados son en su mayoría leves y relacionados con la infusión del biosimilar o reacciones cutáneas. Ambos tipos de biosimilares de Rituximab tienen una frecuencia de EA similar, por lo cual pueden ser empleados en forma intercambiable sin comprometer la seguridad del paciente.
Financiamiento: Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

FOLIO 81

EXPERIENCIA CLÍNICA DE USO DE BRENTUXIMAB-VEDOTIN COMO TERAPIA DE LINFOMA DE HODGKIN RECAÍDO O REFRACTARIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Catalina Vidal, Fernanda Figueroa, Vania Briones, Vicente Micolich, Mauricio Chandía
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El linfoma de Hodgkin es una neoplasia de células B de buen pronóstico, pero con mala respuesta a quimioterapia en casos refractarios o recaídas. Brentuximab vedotin es un anticuerpo monoclonal antiCD30 aprobado para su uso en estos casos. El presente trabajo tiene como objetivo describir la experiencia clínica de los pacientes tratados con brentuximab vedotin bajo la modalidad de uso compasivo.

Metodología: estudio retrospectivo sobre información clínica de pacientes diagnosticados de linfoma de Hodgkin refractario o en recaída y tratados con brentuximab-vedotin en un hospital público chileno en el periodo 2015-2021. Resultados: Se identificaron 7 pacientes, 5/7 de sexo masculino, con una mediana de edad de 35 años (21-50). Cinco casos fueron celularidad mixta y 2 esclerosis nodular. Cuatro estaban en etapa II, 1/7 en etapa III y 3/7 en etapa IV. La mediana de líneas de tratamiento previas fue 4 (3-5) y en 2 casos la recaída fue postrasplante. La administración fue ambulatoria por vía periférica con una mediana de dosis 150 mg y 10 ciclos. En un caso se necesitó ajuste de dosis por toxicidad. Cuatro pacientes lograron remisión completa y 3/4 fueron a trasplante autólogo de médula ósea.

Conclusión: brentuximab vedotin es un medicamento ambulatorio de baja toxicidad que puede optimizar el tratamiento de pacientes con linfoma de Hodgkin recaído-refractario. Financiamiento: no hay

FOLIO 82

ESTIMACIÓN DE LA FRECUENCIA DE CASOS POCO PROBABLES DE LEUCEMIA AGUDA MIELOBLÁSTICA CON DOBLE MUTACIÓN DE CEBPA MEDIANTE EL EMPLEO DEL SCORE INMUNOFENOTÍPICO DE MARCOLIN

Elisabet Millar, Kimberly Ramírez, Juan Carlos Rivera, Mauricio Chandía
Carrera de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: la doble mutación del gen CEBPA (CEBPA-dm) se observa en aproximadamente 10% de las leucemias agudas mieloblásticas (LMA) al diagnóstico y se asocia a un pronóstico favorable. El GES considera el estudio de CEBPA-dm, pero éste no se realiza por su alto costo y complejidad técnica, por lo cual adquiere relevancia el diseño de estrategias de cribado para la selección de pacientes para realizar el estudio. Las LMA con CEBPA-dm tienen un inmunofenotipo caracterizado por la coexpresión de antígenos inmaduros (CD34, CD117, HLA-DR) con otros de maduración asincrónica (CD15, CD65, CD64, cyMPO) y expresión aberrante de CD7. El score inmunofenotípico de Marcolin permite estimar su presencia con un alto valor predictivo negativo (100%), en pacientes con puntaje <6 (64% del total de pacientes en la serie original). El objetivo del presente estudio es la aplicación del score de Marcolin para estimar la prevalencia de casos poco probables de CEBPA-dm en una serie de pacientes con LMA.

Metodología: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvo de la base de datos del laboratorio de citometría de flujo información acerca de pacientes con diagnóstico de LMA y estudio inmunofenotípico que incluyó los marcadores contemplados en el score de Marcolin (HLA DR, CD7, CD13, CD15, CD33, CD34 y CD14), considerándose poco probable la presencia de CEBPA-dm con un puntaje <6. No se realizó confirmación de la presencia de CEBPA-dm por biología molecular en la serie analizada.

Resultados: Se identificaron 94 pacientes, de los cuales 50 fueron hombres (53%), con una mediana de edad de 56 años (20-85). Al diagnóstico, la mediana de hemoglobina fue 8,2 g/dL (5,2-13,1); recuento de leucocitos 14.500 células/uL (0,45-344,1), plaquetas 44.000 células/uL (6000-256.000) y el porcentaje de blastos en sangre periférica o médula ósea 70% (3-97). El número de pacientes con los diferentes puntajes de CEBPA-dm se correlacionó significativamente con el número obtenido en el estudio original (r2: 0,72; p<0,05). El score de Marcolin fue <6 en 64 pacientes (67%). En el resto de la serie, el puntaje fue de 7 en 9 (10%) y 6 en 22 casos (23%). En este último grupo, el 64% tenían CD7 positivo.

Conclusión: El score de Marcolin <6 estima en nuestra serie una frecuencia de casos poco probables de LMA con CEBPA-dm similar a la reportada en la literatura. El uso de esta información puede ayudar al diseño de un sistema de cribado para la reducción de costos asociados al estudio CEBPA-dm en LMA al momento del diagnóstico.

FOLIO 83

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOFENOTÍPICAS DE LEUCEMIAS AGUDAS LINFOBLÁSTICAS B CON EXPRESIÓN DE CRLF-2 AL DIAGNÓSTICO Y FIN DE INDUCCIÓN

Esperanza Pinto, Florencia Carrasco, Mateo Díaz, Mauricio Chandía
Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: la leucemia aguda linfoblástica B Philadelphia like (LLA-B Phi-Like) es una entidad de mal pronóstico con un perfil de expresión génica similar al de la LLA-B Philadelphia positiva sin la portación del gen de fusión BCR::ABL1 y se caracteriza por la activación de varias vías de kinasas y otras alteraciones moleculares. La sobreexpresión de CRLF2 es el resultado de algunas de estas modificaciones y puede observarse en aproximadamente un tercio de las LLA-B y en la mitad de los casos de LLA-B Phi like. La detección de CRLF2 por citometría de flujo ha sido utilizada como marcador de la presencia de LLA-B Phi-like por algunos autores, encontrándose en forma no consistente ciertas asociaciones clínicas e inmunofenotípicas.

El objetivo del presente trabajo es la descripción de las características clínicas e inmunofenotípicas de una serie de pacientes con LLA-B al momento del diagnóstico y al final de la inducción en quienes se estudió la presencia de CRLF2 por citometría de flujo.

Metodología: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtuvo de la base de datos del laboratorio de citometría de flujo información acerca de pacientes con diagnóstico de LLA-B o leucemia aguda de linaje ambiguo con fenotipo linfoide B (LALA) y estudio inmunofenotípico que incluyó un tubo para detección de de CRLF2 en PE, asociado a CD19 y CD45. No se realizó confirmación del diagnóstico de LLA-B Phi-like por otras técnicas. Resultados: Se identificaron 36 pacientes, estudiados en el periodo comprendido entre noviembre 2021 y mayo 2023. En la serie global, 24 de los casos fueron hombres (66,7%), con una mediana de edad de 30 años (1-78). Al diagnóstico, la mediana de hemoglobina fue 8,35 g/dL (3,6-13,0); recuento de leucocitos 7700 células/uL (600-191900), plaquetas 61000 células/uL (7000-365000) y el porcentaje de blastos en sangre periférica o médula ósea 90% (12-100). La expresión de CRLF2 fue detectada en 11 pacientes (30%) y fue mayor al 90% de las células en todos los casos. De estos, 10/11 fueron diagnosticados con LLA-B y 1 fue diagnosticado con LALA linfoide B/mieloide. En 2 de los 11 casos CRLF2+ hubo positividad para BCR::ABL1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mediana de valores de edad, hemoglobina, recuento de leucocitos, hemoglobina y plaquetas entre los pacientes CRLF2 positivo y negativo. Asimismo, no hubo diferencias en la frecuencia de positividad para CD20, CD13 o CD33 y valores absolutos de enfermedad mínima residual a los días 15 y 30 entre ambos grupos.

Conclusión: en nuestra serie se observa una frecuencia de positividad para expresión de CRLF2 en LLA-B medida por citometría de flujo similar a la reportada en la literatura. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas e inmunofenotípicas estudiadas entre pacientes con y sin expresión del marcador. Financiamiento: Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

FOLIO 84

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES BLÁSTICAS EN CHILE: REPORTE DE 10 CASOS

Vicente Micolich, Peña Camila, Fernanda Figueroa, Vania Briones, Catalina Vidal, Mauricio Chandía
Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital del Salvador, Santiago; Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Servicio de Hematología, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (NCDPB) es una hemopatía maligna poco frecuente y de mal pronóstico, con reportes de casos aislados en la realidad nacional. Produce compromiso cutáneo y de médula ósea y frecuentemente es confundida con otras patologías al diagnóstico. El presente trabajo tiene como objetivo describir las características clínicas de 10 pacientes diagnosticados en 2 centros asistenciales chilenos.

Metodología: Se obtuvo en forma retrospectiva información clínica e inmunofenotípica de pacientes diagnosticados de NCDPB en los centros participantes en el periodo 2013-2021.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes, el 80% de sexo masculino, con una mediana de edad de 66 años (15-81). Los diagnósticos iniciales de derivación más frecuentes fueron linfoma T (4/10) y leucemia aguda mieloblástica (3/10). La mayoría presentó afección cutánea (7/10) y compromiso de médula (7/10) y en menor frecuencia adenopatías, esplenomegalia y hepatomegalia. En el hemograma se observó anemia y leucopenia, con blastos en frotis en 5/10. Se indicó CHOP en 8/10 casos con remisión en 5/8 y en un caso HyperCVAD seguido de trasplante alogénico de médula ósea. La mediana de sobrevida fue de 10 meses (IC 95% 4,2 – 15,8 meses) con 9/10 fallecidos. Se documentó recaída en sistema nervioso central en 2 casos.

Conclusiones: la NCDPB es una patología poco frecuente que se presenta en la realidad nacional de forma similar a lo descrito en la literatura. Es susceptible de responder a quimioterapia inicial asociada a terapia intratecal.

FOLIO 86

LOS PACIENTES CON IGVH 1-69; 1-02; 3-30; 4-39 NO MUTADO Y CON EXPRESIÓN ELEVADA DE LA ENZIMA AID NECESITAN UN TRATAMIENTO MUCHO MÁS PRECOZ

Ana Ines Landoni, Jorge Souto, Victoria Remedi, Gimena Dos Santos, Sabrina Ranero, Cecilia Guillermo, Carolina Oliver, Victoria Irigoin, Lilian Diaz, Rita Uria, Eugenia Paique, Juliana Queirol, Maria Elena Marquez, Jorge Gonzalez, Guillermo Dighiero, Raul Gabus, Marcelo Navarrete, Florencia Palacios, Pablo Oppezzo
Escuela de Medicina. Universidad de Magallanes; Centro Asistencial Docente y de Investigación. Universidad de Magallanes; Instituto Pasteur de Montevideo, Uruguay;
Resumen – Investigación Científica

La heterogeneidad clínica y molecular es una característica distintiva de la leucemia linfática crónica (LLC). El problema práctico de su heterogeneidad es que su progresión no se puede predecir y sigue siendo una necesidad clínica. El estado mutacional de IgVH es el factor pronóstico molecular más fiable. Se ha descrito también que la enzima AID se sobreexpresa en la sangre periférica de pacientes con mal pronóstico clínico y que su expresión es predominante en laLLC no mutada (U-CLL). El papel de AID en esta leucemia y cómo su expresión está implicada en la evolución de la enfermedad sigue siendo controversial. Para profundizar en esta pregunta, estudiamos la expresión de AID en relación con el reordenamiento de IgVH. En una cohorte de 270 pacientes, analizamos el estado mutacional de IgVH, la hibridación fluorescente in situ (FISH) y la expresión de ARNm de AID mediante TaqMan Quantitative-PCR en SP en el momento del diagnóstico. A continuación, se evaluó el impacto pronóstico en el tiempo hasta el primer tratamiento (TTFT) con el reordenamiento IgVH y los niveles de expresión de AID. Nuestra primera observación fue que los pacientes con AID positivo del grupo no mutado expresan mayoritariamente los reordenamientos IgHV_1-02; 1-69; 3-30 y 4-39. En cambio, la U-CLL AID negativa, así como la contraparte LLC mutada (M-CLL) que expresa o no AID, permanece distribuida entre los diferentes reordenamientos IgVH. Impulsados por estos hallazgos, nos centramos en estos 4 reordenamientos IgHV no mutados (1-02; 1-69; 3-30 y 4-39, en adelante, Subgrupo_1) y comparamos el impacto pronóstico en TTFT con aquellas U-CLL, que expresan AID o no, pero que portan diferentes reordenamientos IgHV del Subgrupo_1, (en adelante, mencionado como Subgrupo 2).Se realizaron Forest plot del ratio de riesgo evaluado para la asociación con TTFT mediante análisis univariado y multivariado. Nuestros resultados mostraron que el grupo U-CLL que expresaba AID con reordenamientos BCR correspondiente al Subgrupo_1 mantenía un ratio de riesgo más alto en el modelo final. A continuación, realizamos curvas de Kaplan-Meier analizando el TTFT entre los diferentes grupos (U-CLL/AIDpos/Subgrupo_1; U-CLL /AIDneg/Subgrupo_1; U-CLL /AIDpos/ Subgrupo_2; U-CLL /AIDneg/Subgrupo_2). Nuestros resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la TFTT entre los diferentes subgrupos de pacientes, indicando que: U-CLL/AIDpos/ Subgrupo_1 necesitaba un tratamiento más temprano (Prom. TFTT= 7 meses, n=44), en comparación con: U-CLL /AIDpos/Subgrupo_2, (Prom. TFTT= 26 meses, n=27, p=*); U-CLL /AIDneg/Subgrupo_2, (Prom. TFTT= 37 meses, n=39, p=***), y U-CLL /AIDneg/Subgrupo_1, (Prom. TFTT= 48 meses, n=26, p=****), prueba Log-rank (Mantel-Cox).

En conclusión nuestros resultados muestran la relevancia de evaluar la expresión de AID en sangre periférica de pacientes con LLC en relación con el perfil mutacional IgVH con el objetivo final de identificar el U-CLL/ AIDpos/Subgrupo_1.

FOLIO 87

LENALIDOMIDA-RITUXIMAB: UNA ALTERNATIVA EN PACIENTES CON LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B RECAÍDO/REFRACTARIO. REPORTE DE UN CASO

Catalina Moya, Daniel Ernst , Joaquín Díaz
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.; Servicio de Hematología, Departamento de Oncología, Clínica Alemana de Santiago.; Laboratorio de Citometría de Flujo, Laboratorio Clínico, Clínica Alemana de Santiago.; Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo.; Servicio de Hematología, Departamento de Oncología, Clínica Alemana de Santiago.;
Caso Clínico

Introducción: Las metas terapéuticas en pacientes con Linfoma No Hodgkin Difuso de Células Grandes B (LDCGB) recaídos o refractarios no elegibles a trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, después de la segunda recaída deben considerar las preferencias del paciente, disponibilidad y toxicidad de las drogas.

El objetivo es el control de la enfermedad para mejorar sobrevida y calidad de vida. La Lenalidomida es una droga inmunomoduladora que combinada con el anticuerpo monoclonal anti-CD20 Rituximab ha demostrado respuesta de hasta 41% en este escenario, sin embargo, suele considerarse poco dada su eficacia limitada. Se ha observado variabilidad en las respuestas según célula de origen favoreciendo a los linfomas no centro germinal. Su escasa toxicidad posiciona a LR como un protocolo paliativo atractivo en pacientes frágiles. Reportamos el caso de un paciente tratado con LR en 3° línea para un LDCGB, logrando importante y sostenida respuesta. Caso Clínico: Previo consentimiento del paciente se extrajeron datos del registro electrónico. Paciente masculino de 76 años con antecedentes de tabaquismo suspendido (IPA=55) y Macroglobulinemia de Waldenström con mutación MYD88 confirmada, tratada en el año 2015 con protocolo RCD (Rituximab, Ciclofosfamida y Dexametasona). Logró remisión parcial, con esplenomegalia residual y manteniendo componente monoclonal IgM. En 2020 ante progresión de adenopatías se diagnostica transformación histológica a LDCG fenotipo célula B activada (ABC), doble expresor MYC/BCL2 en etapa avanzada. Recibe protocolo R-CHOP por 6 ciclos logrando remisión completa por PET-CT. En 2022 presenta recaída de LDCGB de componente principal de partes blandas subcutáneo y recibe como protocolo de segunda línea POLARGO (Polatuzumab, Rituximab, Gemcitabina, Oxaliplatino). En evaluación de fin de tratamiento presenta enfermedad progresiva (Deauville 5) ausente en evaluación interina. Se define junto al paciente su inelegibilidad a terapias de mayor intensidad y se escoge como 3° línea protocolo LR con énfasis en mejorar la calidad de vida. Tras 2 ciclos de tratamiento destaca buena evolución clínica y tolerancia a LR con marcada reducción de masas subcutáneas tanto al examen físico como en imágenes (Fig.1), la que se mantiene tras 6 meses de tratamiento. Discusión: Aquí presentamos un caso con considerable beneficio clínico al protocolo LR. Si bien por su eficacia limitada este protocolo es subutilizado, puede beneficiar a pacientes frágiles en terapias con intención paliativa. Es probable que en nuestro paciente el beneficio se explique en parte por el fenotipo de célula de origen (no centro germinal) y por su subtipo genético que incluye la mutación MYD88, para la que se conoce mayor toxicidad con Lenalidomida a nivel celular. Este caso refleja lo compleja y heterogénea que es esta enfermedad, y la necesidad de entender mejor sus mecanismos para personalizar la terapia.

FOLIO 88

EVALUACIÓN DEL ESPACIO CLONAL EN LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA UTILIZANDO IMMUNEREAD, UN MÉTODO DE AMPLIFICACIÓN BALANCEADA Y SECUENCIACIÓN DE TERCERA GENERACIÓN

Jorge González , Julieta Sepúlveda, Lindybeth Sarmiento, Jorge Torres, Diego Alvarez, Maria Elena Marquez, Hermy Alvarez, Daniela Cardemil, Roberto Uribe, Pablo Oppezzo, Marcelo Navarrete
Hospital Clinico de Magallanes, Punta Arenas, Chile.; Departamento de Ingeniería en Computación. Universidad de Magallanes; Centro Asistencial Docente y de Investigación. Universidad de Magallanes; Instituto Pasteur de Montevideo, Uruguay; Escuela de Medicina. Universidad de Magallanes; Centro Asistencial Docente y de Investigación. Universidad de Magallanes;
Resumen – Investigación Científica

La leucemia linfática crónica (LLC) se caracteriza por la presencia de linfocitos B clonales en sangre periférica. Las células B leucémicas expresan un reordenamiento VDJ único, y el estado de hipermutación somática (HS) y el uso del gen V sirven como marcadores pronósticos. La citometría de flujo es el método estándar para la identificación de células B clonales. Los avances en las tecnologías de secuenciación permiten la detección del conjunto total de reordenamientos VDJ. En este trabajo evaluamos un método novedoso llamado ImmuneREAD para obtener información sobre la composición clonal en muestras de LLC basado en la secuenciación paralela de lectura larga de genes IGHV. Un total de 50 pacientes con LLC y 13 donantes sanos (DS) fueron procesados mediante InmuneREAD. Desarrollamos un sistema bioinformático para determinar el Espacio Clonal (EC), la HS y analizar el repertorio B no clonal. El EC se determinó por la relación entre las lecturas sobreexpresadas y las lecturas del repertorio de células B no clonal. La HS se evaluó en las lecturas sobreexpresadas para caracterizar los casos como mutados o no mutados. El reordenamiento obtenido se validó mediante PCR BIOMED-2 y secuenciación Sanger. El método permitió detectar clones sobreexpresados en todas las muestras de LLC. El promedio de lecturas IGVH detectadas fue de 123.170. Utilizando datos de IGVH de DS y datos de clonalidad de citometría de flujo, establecimos un valor de corte de 0,25 para definir una expansión clonal. El EC tuvo un valor medio de 0,68 para las muestras de LLC, con un EC de 0,70 para la LLC mutada (M-CLL) y de 0,67 para la LLC no mutada (U-CLL). Además, se identificó biclonalidad en una muestra (VH1-69, CS: 0,63, IGHV5-51, CS: 0,27). La HS obtenida para cada reordenamiento predominante tuvo una sensibilidad del 91%, una especificidad del 100% y una correlación de 0,8 (p

FOLIO 90

MICRONÚCLEOS Y DOBLE DIMINUTOS CON AMPLIFICACIÓN DE MYC EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SIN CARIOTIPO COMPLEJO. REPORTE DE CASO.

Carolina Infante, Andrea Encina, Paulina Cornejo, Rafael Benavente
Hospital del Salvador, Laboratorio Especializado de Citogenética, Santiago, Chile.; Hospital del Salvador, Unidad de Hematología Intensiva, Santiago, Chile; Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento Medicina Interna, Santiago, Chile.;
Caso Clínico

Los pacientes con Leucemia mieloide aguda (LMA) suelen presentar características morfológicas distintivas (bastones de Auer, displasia), y/o alteraciones citogenéticas (translocaciones, monosomías o cariotipos complejos). Sin embargo, existen otras alteraciones menos estudiadas, como los micronúcleos o los doble diminutos (dmin) y que pueden estar relacionadas a amplificación de genes. Presentamos el caso de un paciente con LMA y dmin con amplificación de MYC sin otras alteraciones citogenéticas. Reporte del caso Paciente hombre de 63 años, con malestar general y dificultad respiratoria. El exámen físico evidenció palidez de piel y mucosas. El hemograma mostró anemia, leucocitosis y trombocitopenia. El mielograma con displasia multilineal y 40% de blastos de estirpe mieloide, el 7% con micronúcleos. El análisis citogenético de médula ósea mostró un cariotipo de 46 cromosomas y de 1 a 33 dmin (46,XY,1~33dmin[25]) (Fig. 1C). El estudio de hibridación fluorescente in situ (FISH) se realizó utilizando células fijadas y sondas break-apart para MYC (8q24.21) y KMT2A (11q23), mostrando amplificación de MYC en los dmin (Fig. 1A). Se realizó el diagnóstico de LMA con cambios relacionados a mielodisplasia. Se le administró un tratamiento de inducción “7+3” (Citarabina y daunorrubicina) logrando respuesta completa con recuperación hematológica incompleta. No se tuvo acceso a trasplante de células hematopoyéticas. Se administraron tres altas dosis de citarabina para la consolidación. Al completar los ciclos de consolidación, las citopenias persistieron, y un nuevo mielograma mostró 1% de blastos y displasia multilineal. Recibió siete ciclos de azacitidina. A 24 meses después del diagnóstico, el paciente presenta citopenias persistentes con requerimientos transfusionales cada dos semanas, pero sin recaída hematológica. El paciente dio su consentimiento para este reporte.

Discusión Los dmin corresponden a estructuras de cromatina acéntricas, causados por un quiebre no reparado del ADN. La presencia de estos son considerados un hallazgo inusual en LMA y suelen estar asociados a amplificación de genes. Por su parte, los micronúcleos son pequeños compartimentos de ADN delimitados por membranas, separados del núcleo. Se cree que provienen de la separación de los cromosomas durante la mitosis o fragmentos acéntricos. Según nuestro conocimiento, este es el primer caso reportado en el que los micronúcleos y doble diminutos aparecen en ausencia de otras alteraciones citogenéticas y en relación al pronóstico, la amplificación de MYC, está asociada con una corta sobrevida global, incluso en pacientes con trasplante alogénico. Financiamiento Esta publicación no ha recibido ningún financiamiento.

FOLIO 91

FACTORES PRONÓSTICOS DE LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B EN POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES

Macarena Molina, Raimundo Gazitua, Paula Aedo, Luis Toro
FALP; CLC; FALP; FALP; FALP; U. Andes; U. Chile; CLC;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el linfoma más frecuente en población adulta mayor de 60 años (AM60), correspondiendo al 60% de todos los linfomas en esta población, la cual presenta menores tasas de respuestas a tratamiento y sobrevida con respecto a otros grupos etarios, principalmente determinado por la carga de comorbilidades.

El objetivo de este estudio es evaluar los principales factores pronósticos asociados a respuesta a tratamiento, sobrevida libre de progresión (SLP) y a sobrevida global (SG) en un grupo de pacientes mayores de 60 años tratados en un servicio hematológico chileno.

Pacientes y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, en AM60 con diagnóstico de LDCGB presentados en el comité hematológico de nuestra institución entre el 1 de enero de 2018 y el 1 de junio de 2023. Se evaluó la respuesta a tratamiento según criterios de Chenson, SLP y SG por grupo etario. Se describieron las variables: sexo, edad, índice de comorbilidad de Charlson, índices pronósticos (R-IPI y CNS-IPI) y célula de origen (COO). Se excluyeron pacientes con transformación de Richter y de Linfoma Folicular. Análisis estadístico realizado con Microsoft Excel y Stata v.18. Resultados: Se analizaron 94 pacientes, mediana de seguimiento 20,5 meses [1-79], mediana de edad de 74 años [60-92]. 63% de la cohorte fueron mayores de 70 años. Medianas de SLP y SG 17,8 y 20.5 meses respectivamente. 49% recibieron esquema RCHOP, de los cuales 69% lograron Respuesta completa (RC) (p 0,04) v/s 57% con dosis reducida (p 0,11). Respecto a COO, los linfomas derivados del centro germinal (CG) tuvieron una SG superior a los pacientes con Célula B Activada (CBA), con una SG de 23,5 meses v/s 10 meses respectivamente. Así mismo, 7 Pacientes presentaron LDCGB "Doble Hit" con una SG de sólo 10 meses. El 27% de la cohorte presentó recaída (mediana a los 18 meses). La SG en recaídos fue de 15,8 versus 27 meses en no recaídos. Se registraron 30% de efectos adversos (EA), de los cuales 55% correspondieron a polineuropatía. Sólo 3 presentaron AE grado 3-4 (infecciones). En grupo RCHOP mini sólo el 6% presentaron EA.

Discusión: Las principales diferencias en logro de RC se evidencian en ECOG, R-IPI y CNS- IPI. No se observaron diferencia de SLP y SG por grupos etarios 60-89 años, sexo ni por índice Charlson. La SG fue similar entre los grupos de RCHOP versus los esquemas con dosis reducida (20,5 meses). Concordante a lo reportado en la literatura, la SG disminuye en pacientes recaídos, con histología CBA y Linfomas "Doble Hit".

Conclusión: La edad y comorbilidades no son determinantes en el tratamiento ni en el desenlace de los pacientes con LDCGB. El esquema RCHOP mini, se presenta como un esquema seguro y eficaz en el grupo de adultos mayores con LDCGB.

FOLIO 98

PREVALENCIA DE MUTACIONES JAK2, CALR Y MPL EN PACIENTES CON NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS PHI-NEGATIVO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Eliu Elgorriaga, Susana Pineda, Vanessa Medina, Cristian Reyes, Rodolfo Rojas
Laboratorio Patología molecular, Hospital Regional de Concepción; Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.; Laboratorio Patología molecular, Hospital Regional de Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción Las neoplasias mieloproliferativas (NMP) phi negativas son un grupo heterogéneo de trastornos clonales, caracterizados por la sobreproducción celular de una o más líneas mieloides, en ausencia del gen fusión BCR-ABL; además, estos pacientes poseen un mayor riesgo de trombosis y progresión a leucemia mieloide aguda. Comprenden la Policitemia Vera (PV), Trombocitemia esencial (TE) y Mielofibrosis (MF). En su diagnóstico se han incorporado marcadores moleculares como las mutaciones en los genes JAK2, CALR y MPL, que han permitido comprender su etiopatogenia y crear algoritmos diagnósticos y pronósticos, siendo consideradas, junto a parámetros clínicos, como criterios mayores de diagnóstico según la clasificación de la organización mundial de la salud (OMS). Pacientes y métodos Análisis retrospectivo en pacientes con NMP phi negativas atendidos en el Hospital Regional de Concepción (HRC) entre los años 2015 y 2023. Se incluyeron aquellos pacientes con solicitud de análisis molecular del gen JAK2 (mutación V617F) y que tuvieran clínica y hemograma concordantes con NMP según criterios OMS 2016. En aquellas muestras JAK2 negativo, se evaluó mediante PCR alelo específico, la presencia de mutaciones en CALR (Tipo 1 y 2) y MPL (W515L/K). Resultados En el periodo evaluado se encontraron 214 pacientes con NMP, siendo 129 pacientes TE, 57 con PV y 20 con MF, encontrando 8 Neoplasias mieloproliferativas no clasificables (NMP-NC). Del total de pacientes el 62% (132/214) fueron positivos para la mutación V617F de JAK2, con un 77% en PV, 57% en TE, 50% en MF y 5 positivas en NMP-NC. De los 69 pacientes negativos para JAK2 (excluyendo los 13 pacientes con PV), se identificaron 10% mutaciones en CALR (22/214), predominando las de tipo 1 (16 pacientes); de ellas 18 CALR positivo en TE (13,9%) y 4 en MF (20%). En el gen MPL, se encontraron 19 mutaciones W515L y 2 W515K, siendo estas últimas de pacientes con TE; del total de MPL, 16 pacientes eran TE (12%), 4 pacientes con MF (20%) y un paciente con NMP-NC (12%). Los casos triple negativos fueron 17% para TE (22/129), 10% MF (2/20) y 2 de 8 NMP-NC.

Conclusión La frecuencia de las mutaciones V617F en JAK2 para TE y MF coinciden con lo reportado en la literatura (50-60%), pero discrepan para PV que en este trabajo presenta solo 77%, tendencia que ya ha sido informada por otros estudios chilenos y latinoamericanos. Con respecto a la frecuencia de las mutaciones en CALR y MPL, estas no concuerdan con lo informado en la literatura, siendo en este trabajo menores para CALR y mayores para MPL, resultados que podrían deberse a una realidad local diferente debido a factores étnicos y ambientales. En el caso de los triples negativos si hay concordancia con lo reportado en literatura.

FOLIO 99

SEÑALIZACIÓN AUTÓNOMA DEL RECEPTOR DE CÉLULAS B Y ABERRACIONES GENÉTICAS EN LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA: FENOTIPO DE LINFOCITOSIS B MONOCLONAL EN HERMANOS DE PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

Julieta Sepulveda-Yanez, Marvyn Koning, Janneke Eken, Ruben De groen, Diego Alvarez-Saravia , Cornelis van Bergen, Roberto Uribe-paredes, Kostas Stamatopoulos, Marcelo Navarrete, Hendrik Velkeen

Centro para la Investigación y Tecnología de Hellas, Grecia; Instituto Karolinska, Estocolmo; Universidad de Magallanes, Chile; Leiden University Medical Center, Países Bajos;

Resumen – Investigación Científica

La expansión clonal de las células B que expresan CD5, comúnmente designadas como linfocitosis monoclonal de células B (LMB), es una condición precursora de la leucemia linfocítica crónica (LLC). Los mecanismos que impulsan la expansión subclínica de las células B de LMB y la progresión a LLC, que ocurre en aproximadamente el 1% de los individuos afectados, son desconocidos. Un receptor de células B (BCR, por sus siglas en inglés,) que señaliza de manera autónoma es esencial para la patogénesis de LLC.

El objetivo de este estudio fue la caracterización funcional del BCR de LMB en hermanos de pacientes con LLC y la comparación de variantes genéticas en parejas de hermanos LMB-LLC. El screening de la sangre periférica mediante citometría de flujo detectó de 0.2 a 480 células de fenotipo LLC clonal por uL (mediana: 37/uL) en 34 de 191 (17.8%) hermanos de pacientes con LLC. El BCR clonal aislado de células de fenotipo LCC altamente purificadas indujo una robusta movilización de calcio en células pre-B murinas deficientes en BCR en ausencia de antígeno externo y sin cross-linking experimental. Esta señal de BCR autónoma fue menos intensa que la señal originada de los BCR de su hermano con LLC. De acuerdo con el genotipado por el arreglo de polimorfismos de un solo nucleótido, el exoma completo y la secuenciación de panel dirigida, se encontraron alelos de riesgo de LLC con alta y similar prevalencia en pacientes con LLC y hermanos LMB. Del mismo modo, la prevalencia de variantes genéticas recurrentes asociadas con LLC fue similar entre las muestras de LLC y LMB emparejadas. Sin embargo, las variaciones en el número de copias y las variantes pequeñas eran frecuentemente subclonales en las células LMB, lo que sugiere su adquisición durante la expansión clonal subclínica. Estos hallazgos apoyan un modelo patogénico de LLC por etapas en el que la señalización autónoma de BCR conduce a una expansión (oligo)clonal no maligna de las células B CD5+, seguida de una progresión maligna a LLC tras la adquisición de variantes genéticas patogénicas.

FOLIO 100

MIELOMA MULTIPLE (MM) ASOCIADO A ENCEFALOPATÍA POR ANTICUERPOS ONCONEURONALES ANTI-SOX1 (SRY-LIKE HIGH MOBILITY GROUP BOX 1).

Lilian Pilleux, Rodrigo Navia , Andrés Roldán
Unidad de Hematología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile; Servicio Medicina, Hospital Base Valdivia; Servicio de Medicina, Hospital Base Valdivia. ; Instituto de Especialidades, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, ; Servicio de Neurología, Hospital Base Valdivia. ;
Resumen – Investigación Científica

Los anticuerpos(Ac) onconeuronales son responsables de una serie de síndromes neurológicos paraneoplásicos(SNP) que ocurren en menos de 1% de los pacientes con cáncer. Su patogenia sería autoinmune, consecuencia de la similitud entre antígenos tumorales y sistema nervioso. Los Ac anti-SOX1 están presentes en 3-5% de los SNP, asociándose a cáncer de pulmón de células pequeñas en 85%, pudiendo manifestarse como miastenia de Lambert-Eaton, degeneración cerebelosa, encefalitis límbica y neuropatía. Se presenta caso de un paciente que debuta con cuadro neuropsiquiátrico de rápida instalación, demostrándose en su estudio un MM, sin compromiso óseo o renal. Caso clínico: Hombre de 75 años debuta con súbito cuadro de desorientación, pérdida de memoria y cambios conductuales. Antec: depresión y tabaquismo suspendido hace 3 meses. Evaluado por neurólogo se solicitan exs: Hb 16, GB 7450, PQ 179.000, VHS 9, perfil bioquímico y TSH normales, ANA, FR, PSA, CEA, CA-125 y Ca-15.3 negativos, IgG 3889, IgA 80%. Citometría flujo MO: neoplasia células plasmáticas(10,2%). PET/CT cuerpo entero: sin focos hipermetabólicos significativos. IF sangre: comp M IgG kappa. Serología VHB, VHC y VIH neg. Controlado por neurólogo se realiza PL, panel encefalitis viral, Ac antineuronales paraneoplásicos y RM cerebro. LCR: Normal, panel viral neg, Ac anti SOX 1 positivo moderado, RM cerebro: normal. Se decide inicio QMT CyborD. Recibe 1° ciclo al mes 7 de evolución. Luego de 2 ciclos se observa mejoría conductual, de la atención y memoria. Luego de 3 ciclos el comp M ha bajado un 80%(0,6 g/dL) y la IgG ha normalizado(857).

Discusión: Las proteínas SOX1 son factores de transcripción que participan en el desarrollo neuronal y se expresan en diversas células del organismo, incluyendo células hematopoyéticas. En una serie de 520 casos de SNP se describe 1 de neoplasia hematológica (linfoma de Hodgkin). Nuestro caso sería el primero reportado asociado a Mieloma Multiple. La determinación de Ac-antiSOX1 por inmunoblot presenta una sensibilidad de 100% y especificidad de 99%, que en conjunto con la detención de la progresión e incluso mejoría del SNP a escasos meses de iniciado el tratamiento específico en nuestro caso, respaldan el rol causal de la neoplasia de células plasmáticas.

FOLIO 101

AVANCES EN DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN MEDIANTE CITOMETRÍA DE FLUJO MULTIPARAMÉTRICA EN LA MACROZONA AUSTRAL

Carolina Pérez- Troncoso , Iindybeth Sarmiento Varon, Wolfrang Henriquez, Jorge Gonzalez-Puelma, Julieta Sepulveda-Yanez, Marcelo Navarrete
Centro Asistencial Docente e Investigación, Universidad de Magallanes, Chile.; Centro Asistencial Docente e Investigación, Universidad de Magallanes, Chile.; Facultad de Medicina, Universidad de Magallanes, Chile.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción. Los citómetros de flujo multiparamétricos (CMF) en hematología e inmunología permiten un análisis preciso y rápido de diferentes patologías. En el 2021, en Magallanes la región más austral de Chile, se implementó con el apoyo del Laboratorio de Citometría del Hospital Grant Benavente/Universidad de Concepción el primer laboratorio de CMF en el Centro Asistencial Docente CADI- UMAG. Equipado con dos citómetros DXFlex y CytoFlex S de Beckman Coulter, este último evalúa 13 parámetros celulares simultáneamente, posibilitando exámenes para diagnóstico e investigación.

Objetivo. Reportar la casuística de la implementación de un laboratorio de citometría de flujo en la región de Magallanes y Antártica chilena, en el diagnóstico y manejo de patologías hematológicas.

Metodología: Entre 01/09/2021 y 25/07/2023 se analizaron 480 muestras, de las cuales 205 corresponden a diagnóstico clínico y 275 a muestras de investigación. Los proyectos de investigación contaron con la aprobación del Comité de Ética Científico y su respectivo consentimiento informado. Resultados. Los tipos de muestras analizadas fueron de sangre periférica (444), médula ósea (33), líquido cefalorraquídeo (1), ganglio linfático (1) y lavado broncoalveolar (1) (Tabla 1). De las muestras analizadas el 40% corresponden a mujeres con edad promedio 50 años y el 60% a hombres con edad promedio de 49 años. En el 2021 se realizaron 22 análisis, mientras que en el 2022 y 2023 se realizaron 114 y 69 respectivamente. Incrementamos cinco veces nuestra capacidad diagnóstica respecto a 2021. Se realizó diagnóstico de trastornos inmunológicos y hematológicos benignos (n=12) y malignos (n=14). Se detectaron células B malignas con restricción de cadenas livianas en leucemia linfocítica crónica (n=4), linfoma folicular (n=1), linfoma marginal(n=1) y células plasmáticas neoplásicas (n=5). Mediante CMF se apoyó proyectos de investigación evaluación de marcadores fenotípicos de ABCs (Figura 1), cuantificación de poblaciones linfocitarias y cuantificación de plaquetas activadas de la comuna de Punta Arenas.

Discusión. Antes de la implementación del laboratorio de CMF, Magallanes carecía de capacidad para realizar diagnóstico clínico e investigación citométrico. Estos avances tecnológicos han sido fundamentales para reducir los tiempos de espera (1 o 2 días), mejorando el acceso a un diagnóstico oportuno y personalizado en la comprensión y manejo de enfermedades hematológicas y oncológicas en la macrozona Austral. Este avance impacta la calidad de atención médica, evitando desplazamientos innecesarios y costosos para buscar atención especializada fuera de la región. Financiamiento: Proyecto Fondecyt 1230298.

FOLIO 102

SARCOMA MIELOIDE DE CÚPULA VAGINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Mundaca, Romina Rojas
Hematólogo. Hospital Regional Antofagasta; Docente Facultad Medicina Universidad Antofagasta;
Becada Medicina Interna. Universidad Antofagasta;
Caso Clínico

El sarcoma mieloide (SM) es una masa tumoral de blastos mieloides que se desarrollan en un sitio anatómico diferente a la médula ósea. De presentación variada, independiente de su localización, gran porcentaje puede progresar a leucemia mieloide aguda (LMA) o presentarse en concomitancia con ella. Se presenta el caso de una mujer de 49 años. Histerectomizada por sospecha de miomatosis uterina gigante, con biopsia no concluyente, se decide seguimiento imagenológico ambulatorio. A los 3 meses consulta por dolor pélvico y sangrado de cúpula vaginal. Se toma biopsia de cúpula que sugiere lesión linfoide. Inmunofenotipo MPO+ CD34+ CD33+ CD43+ CD45+ CD117+, compatible con sarcoma mieloide. Tomografía de abdomen y pelvis (Figura 1) con masa centrada en pelvis lateralizada a derecha. Se descarta posibilidad quirúrgica al no evidenciar lesión exofítica. Estudio medular sin blastos. Biología molecular positiva para t(8:21) RUNx/RunX1T1 con detección débil, pero con FISH negativo para translocación. Se plantea diagnóstico de SM de cúpula vaginal/ leucemia aleucémica, con indicación de inicio de Protocolo 7+3 (Citarabina + Daunorrubicina), que completa sin incidentes. Evoluciona con remisión imagenológica en control con resonancia de pelvis, en estudio medular solamente 1% blastos, por lo que se plantea para dosis de consolidación de daunorrubicina y citarabina. Actualmente evaluando la posibilidad de someterse a trasplante de precursores hematopoyéticos alogénicos. El SM se considera una manifestación poco frecuente de la LMA. Con incidencia variable de 2.5-9.1% de los pacientes con historia de LMA, y una incidencia de 0.6-0.8% de SM aislado. La presentación clínica depende de la ubicación del SM y en su mayoría son signos y síntomas secundarios a efecto de masa o infiltración tumoral. En el caso del compromiso ginecológico, la presentación clínica más frecuente es metrorragia en un 82%, y dolor pélvico en un 29% de los casos (más frecuente en compromiso vaginal). El diagnóstico se apoya en el estudio imagenológico con tomografía o resonancia magnética, asociado a estudio de inmunofenotipo, citogenética y biología molecular. Resultan frecuentemente positivos en inmunofenotipo CD68/KP-1, MPO, CD117, CD99, CD 68/PG-M1, CD34, CD13, CD33, CD43. El 54-70% se presentan con anomalías citogenéticas, la más estudiada es la t(8:21) RUNx/RunX1T1. La estrategia de tratamiento resulta limitada por la falta de estudios clínicos aleatorizados, por lo que se suele usar protocolos sistémicos para LMA, considerando el riesgo de concomitancia o asociación con SM. Respecto a la presentación ginecológica, es una entidad poco frecuente, y los escasos reportes al respecto indican que una terapia intensiva precoz con protocolos símil para LMA tendrían buenos resultados, por lo que es una patología para tener presente en el diagnóstico diferencial de una masa uterina, con el objetivo de acortar tiempos de espera entre diagnóstico e inicio de tratamiento.

FOLIO 105

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON CLONES GRANDES DE HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA (HPN) EN CHILE, ENTRE LOS AÑOS 2018-2023

Karen Figueroa, Carolina Soto, Rocío Gutiérrez, Luis Alvear, Paulina Cortés, Romina Guzmán , Margarita Reyes, Macarena Roa
Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN) , es una enfermedad poco frecuente, clonal y adquirida de la célula troncal hematopoyética (CTH), caracterizada por mutaciones somáticas del gen PIG-A (fosfatidil-inositol-glucano de clase A), implicado en la síntesis de glucosilfosfatidilinositol (GPI), que sirve de anclaje de proteínas de membrana que protegen de la acción del complemento que se puede detectar en la mayoría de las células hematopoyéticas maduras. Los síntomas específicos son variados entre persona y persona , sin embargo existen algunos síntomas que se pueden asociar a clones grandes de HPN. Entre los que se pueden encontrar: Hemoglobinuria, anemia, fatiga, taquicardia, dolores de cabeza, dolor torácico o abdominal, disnea y trombosis. Estos síntomas de HPN son extremadamente raros en niños pequeños y más comunes en adolescentes y adultos.

Materiales y métodos Se realizó un estudio retrospectivo de los casos estudiados en el Hospital del Salvador provenientes de todo Chile, entre enero 2018 y abril de 2023, con sospecha diagnóstica de HPN con un total de 744 casos. El estudio se realizo mediante un panel de anticuerpos monoclonales conjugados con fluorocromos para análisis de Glóbulos rojos (CD59, BD) y Granulocitos (FLAER-1, Cedarlane y CD24, BD) en muestras de sangre periférica adquiridas en citómetro de flujo FACS CANTO II Becton&Dickinson (BD), analizados con BD FACSDiva Software v6.1. Para realizar el análisis se consideraron los casos que presentaban positividad para clones pequeños y clones grandes de HPN.

Resultados: Se identificaron 266 pacientes, con una mediana de edad de 43 años, 47 % eran hombres . De estos, 55 casos presentaron clones mayores a 10%, en 39 pacientes se pudo recopilar data completa, los síntomas con mayor frecuencia observados en ellos fueron : 97% Anemia (38), 38% trombocitopenia (15), 43% hemólisis (17), 43% ictericia (17) y 43% neutropenia (17).

Conclusión: La citometría de flujo es hoy en día la técnica de laboratorio de elección para proporcionar un diagnóstico preciso, sensible, estandarizado y ampliamente aplicable en HPN, además de permitir monitoreo del tamaño del clon, clasificación y cuantificación de las células con deficiencia en GPI. En este estudio se pudo observar una mayor prevalencia de clones tipo II versus tipo III, tanto en el anticuerpo FLAER como en CD24 en granulocitos. Se ha correlacionado el tipo y tamaño del clon celular con las presentaciones clínicas de las enfermedades asociadas como anemia, trombocitopenia, neutropenia, ictericia y hemólisis, se pueden asociar a una alta probabilidad que estos pacientes sean positivos para clones grandes de HPN. Estos síntomas pueden orientar al clínico a realizar el estudio de HPN.

FOLIO 106

PRESENCIA DE ANTÍGENOS T EN LEUCEMIAS PROMIELOCÍTICAS AGUDAS EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR ENTRE 2018 A 2022.

Rocío Gutiérrez, Luis Alvear, Karen Figueroa, Paulina Cortés, Carolina Soto, Romina Guzman, Alvaro Sandoval, Macarena Roa
Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

INTRODUCCIÓN La leucemia promielocítica aguda se caracteriza por una proliferación de promielocitos anormales en médula ósea con traslocación t(15;17), un 65% de los casos tienen la isoforma bcr1, 31% bcr3 (asociados a M3v) y 3% bcr2. El inmunofenotipo se caracteriza por una expresión de CD33, CD13, CD64, CD117 y baja o nula de HLA-DR, CD34, CD11b y CD15. Existen algunos marcadores adicionales con relevancia clínica y/o pronóstica, como la positividad de CD56 (10% de los casos) asociado a peores resultados y la de CD2 (25%) asociado a presencia de la mutación FTL3-ITD. Además, se ha observado la expresión de antígenos T, especialmente en la variante microgranular, lo cual revela alteraciones en las vías de transcripción, que se observa en la infidelidad de linaje, demostrada por la presencia de dichos antígenos. Tal expresión aberrante de marcadores linfoides, tiene un alto valor clínico, ya que la LPA M3v se asocia frecuentemente a leucocitosis, que confiere un mayor riesgo clínico.

Objetivo: Describir y caracterizar el inmunofenotipo de Leucemias promielocíticas agudas con expresión de marcadores linfoides T en pacientes diagnosticados en el Hospital del Salvador.

Metodología: Estudio descriptivo transversal para caracterizar el inmunofenotipo de los pacientes con LMA entre enero de 2018 y diciembre de 2022. Se evaluó morfológicamente los extendidos de sangre periférica y médula ósea, en donde se clasificaron como LPA tipo M3v o M3, y se empleó citometría de flujo utilizando panel de anticuerpos de 8 colores en citómetro de flujo FacsCanto II; marcadores de linaje mieloide: cMPO, CD13, CD33, CD11b, CD15 y marcadores de linaje T: CD3, cCD3, CD2 y CD7. Los resultados fueron analizados en Software Infinicyt y FacsDiva. Se obtuvieron resultados de biología molecular a través de la base de datos del laboratorio. Se realizó análisis estadístico mediante test X2 en una tabla de 2x2. Un valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. RESULTADOS Entre el año 2018 y 2022 se encontraron 170 casos de LPA, con una mediana de 36 años, de las cuales 51% fueron mujeres. El diagnóstico de LPA se realizó en todos los pacientes por RT-PCR, por morfología e inmunofenotipo (CD34 (-/+d); HLA-DR (-), CD13 (+), CD33 (+)). Dentro de las LPA M3v el antígeno CD2 fue positivo en 39 pacientes (89%) y el antígeno CD7 estuvo presente en 21 pacientes (25%), en el 75% de ellas, se encontró positividad para el transcrito bcr3.

Conclusión: La LPA es una enfermedad poco frecuente, pero con una presentación clínica potencialmente mortal. El inmunofenotipo de LPA M3v, se asocia a recuentos leucocitarios elevados, que determinan mayor riesgo. En nuestros pacientes, la expresión de antígenos linfoides T CD2 y/o CD7, se correlaciona fuertemente con la presencia de una morfología microgranular, de un transcrito bcr3 positivo, y a su vez, de mutaciones del FLT3-ITD, lo cual se correlaciona con los datos reportados en la literatura.

FOLIO 107

DETERMINACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS E INCIDENCIA DE LAS REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICOS Y TERAPIAS DIRIGIDAS EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS DEL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Matias perez, Ignacio sanchez
UNAB;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las neoplasias hematologicas son un grupo enfermedades malignas que afecta a las células hematopoyéticas ubicadas en al sangre y tejidos hematopoyético, que son tratados con distintos tratamientos dependiendo de las características de la neoplasia, algunos de estos tratamientos son la quimioterapia y terapias dirigidas. Estos tratamientos presentan una gran variedad y cantidad de efectos adversos que pueden ser mas frecuentes dependiendo de las características de la población debido a la presencia o ausencia de factores de riesgos.

Objetivos: Determinas las características e incidencia de las reacciones adversas medicamentosas en tratamiento quimioterapéuticos y terapias dirigidas en pacientes con neoplasias hematológicas del hospital del salvador.

Material y Metodos: Se realizo un seguimiento diario a 43 pacientes con alguna neoplasias hematológicas con tratamientos quimioterapéuticos y/o terapias dirigidas desde noviembre del 2021 a abril del 2022, este seguimiento constaba de revisión de fichas clínicas y terapia farmacológica. Para determinar causalidad se utilizaron algoritmo de Naranjo y de Karch & Lasagna y para determinar gravedad y órganos/sistema afectado se utilizaron los CTCAE. Para el análisis estadístico se presentaron los análisis descriptivos como promedio, mediana y rango según corresponda y los resultados se expresaron en n%, se utlizo un intervalo de confianza del 95%

Resultados: Se obtuvo una población total de 43 pacientes en donde el 55,8% eran mujeres y el 44,2 eran hombres y la edad promedio fue de 56,5 años. Se determinó que el 86,05% pacientes desarrollaran RAMs y se lograron detectar e identificar 150 RAMs, en donde el 92,0% de ellas fueron causadas por citotóxicos y el 8,0% causadas por terapias dirigidas. Al obtener la distribución de las RAMs según las características de la población se determinó que las pacientes de sexo femenino, con edades entre 18 y 54 años, con comorbilidades, sin polifarmacia y con IMC entre 18,5-24,9 desarrollaron una mayor cantidad de RAMs. Las RAMs de tipo gastrointestinal, sangre y sistema linfático, de piel y tejido subcutáneo fueron las más frecuentes y los grupos farmacológicos que provocaron más RAMs fueron las antimetabolitos, agentes alquilantes y las antraciclinas, siendo el metotrexato, citarabina, ciclofosfamida y doxorrubicina los fármacos que más desarrollaron RAMs y las mayorías de las RAMs observadas durante el estudio presentaron una gravedad de grado 1-2.

Discusión: Lo expresado por nuestros pacientes fue similar a lo descrito en al mayorías de los puntos discutidos, en donde hay una mayor tendencia de RAMs en pacientes de sexo femenino, con edades entre 18 y 54 años, con comorbilidades, sin polifarmacia y con IMC entre 18,5-24,9 y que los pacientes hematooncologicos en tratamientos con quimioterapia y/o terapia dirigida presentaron una alta incidencia de desarrollar RAMs, estimada 86,05% y una tasa de 4,05 RAMs. sin financiamientos

FOLIO 108

ENFERMEDAD DE ERDHEIM CHESTER, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza Toledo, Carlos Torres, Daniela Albornoz, Marichel Gutierrez, Fernanda Matamala, Monica Maturana
Becado Medicina Interna HCSBA; Medico internista HCSBA;
Caso Clínico

Introducción; La enfermedad de Erdheim-Chester (ECD) es un desorden histiocítico raro con manifestaciones clínicas, que van desde lo indolente hasta el compromiso multisistémico. Aproximadamente 1500 casos han sido descritos desde que se describió por primera vez como granulomatosis lipoidea en 1930. Recientemente fue reconocido como un desorden neoplásico y su patogenia radica en mutaciones activantes de la vía MAPK (80% de los pacientes con ECD). Dentro de sus hallazgos el compromiso de huesos largos está descrito en un 80-95%. Caso Clínico; Hombre de 58 años, previamente sano, consultó por una hernia inguinal complicada que requirió manejo quirúrgico. En el estudio se solicitó una tomografía computada de abdomen que evidenció múltiples lesiones líticas con masa de partes blandas adyacentes a la columna vertebral de aspecto secundario. Posteriormente se realizó una resonancia magnética (RM) que informó múltiples procesos expansivos de aspecto neoplásico paravertebrales, sacroiliacos y fracturas vertebrales. Al interrogatorio señaló un año de lumbago mecánico con irradiación a la extremidad inferior derecha, que impedía la marcha y bipedestación. Niega fiebre, sudoración nocturna o baja de peso objetivada. Se realizó biopsia de la lesión sacroilíaca, cuyo informe fue compatible con histiocitosis, sugiriendo investigar ECD. Hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos no apoyan diagnóstico de carcinoma. Cardio RM sin evidencia de infiltración y RM de cerebro con focos isquémicos supratentoriales en sitios atípicos con estudio embólico negativo, por lo que se asume compromiso vascular por ECD. Estudio de mutación BRAF V600 no detecta mutaciones BRAF ni NRAS. La biopsia de médula ósea fue compatible con ECD. Dado el extenso compromiso óseo recibió tratamiento con Interferón Alfa (12 dosis). Sin embargo, el control imagenológico evidenció progresión de las lesiones, por lo cual recibió 2 ciclos de quimioterapia con Cladribina. Posteriormente se pesquisa masa cervical, por lo que se cambió esquema a Ciclofosfamida/Vincristina/Prednisona, completando hasta el momento 1 ciclo.

Discusión; Se presenta el siguiente caso clínico de ECD ya que representa un desafío diagnóstico al enfrentarnos a un paciente de sexo masculino y mediana edad con lesiones líticas. A pesar que el principal compromiso de estos pacientes es óseo, dada su rareza, la ECD no resulta ser la primera hipótesis diagnóstica. Además posterior al diagnóstico requiere una evaluación imagenológica en búsqueda de compromiso sistémico y molecular obligatoria buscando la mutación del gen BRAF V600. El descubrimiento de la mutación BRAF V600 permitió esclarecer la vía de activación constitutiva de las MAPK que otorgó nuevos target terapéuticos moleculares. En el caso de nuestro paciente al no presentar esta mutación, y no disponer de inhibidores MEK y mTOR; se debió manejar con terapias convencionales inmunosupresoras y quimioterapéuticas.

FOLIO 109

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN MIELOMA MÚLTIPLE: PISTAS CLÍNICAS QUE ORIENTAN A AMILOIDOSIS SISTÉMICA SECUNDARIA. A RAÍZ DE UN CASO.

Olga Reyes, Fernanda Matamala, Monica Maturana
Becado Medicina Interna HCSBA; Medico Internista HCSBA;
Caso Clínico

Presentamos el caso de un hombre de 52 años, que presenta desde fines del 2021 un Síndrome consuntivo, baja de 40 kgs con hipoingesta por disfagia lógica y xerostomía, con cambio de hábito intestinal y episodio único de pérdida de conciencia tipo vasovagal. Inició estudios en extrasistema con Colonoscopía 17/01/22: pólipos inflamatorios; EDA 09/02/22: Candidiasis esofágica tercio distal, pangastropatía erosiva; Serología VIH (-); TC TAP 11/2/22:Focos de vidrio esmerilado bilateral, engrosamiento inespecífico de la pared auricular izquierda, lesiones líticas en esqueleto axial (obs mieloma), masa de partes blandas en hueso ilíaco derecho; Cadenas livianas libres: Razón K/L 0.004 (VN 0.22-1.77). En nuestro centro se realizó EFP+IFx (28/3/22):peak monoclonal IgA lambda, Mielograma (28/3/22): células plasmáticas 36%. Se diagnosticó MM IgA lambda y se indicó hospitalización. A su ingreso destacó macroglosia, hiperpigmentación cutánea abdominopélvica y axilar bilateral. Refirió parestesias en EEII hace más de 1 año, asociando último mes paraparesia bilateral simétrica. ECG con bajo voltaje. Anemia moderada N/N arregenerativa, VHS 34, falla renal, hiponatremia leve, hipercalcemia leve, hipoalbuminemia, proteinuria con RAC 427, IPC 6. Por estos hallazgos pesquisados a su ingreso, se plantea Amiloidosis vs POEMS. Hematología decide iniciar esquema CyBorD en paralelo a estudios complementarios. Ecocardiograma 19/4/22: engrosamiento paredes y válvulas cardiacas, con FE preservada y SLG alterado sugestivo de amiloidosis. EFP+IFx en orina 19/4/22: proteinuria mixta predominio glomerular. No se realizó EMG por no disponibilidad. Estudio endocrino sin hallazgos relevantes (bajando probabilidad de POEMS). Finalmente, Biopsia cutánea axilar y abdominal (21/4/22), Biopsia mucosa gástrica/duodenal y colorrectal (22/4/22) compatibles con amiloidosis. La amiloidosis es un grupo raro de enfermedades en que proteínas mal plegadas se depositan patológicamente en el extracelular. Los síntomas digestivos como forma de inicio son infrecuentes. Algunos estudios señalan que la afectación histológica gastrointestinal se da en un 8% de los casos, y son clínicamente evidentes tan sólo en un 1%. La amiloidosis gástrica es un hallazgo infrecuente y un reto diagnóstico durante la práctica médica. Cerca del 75% corresponde a amiloidosis primaria y sólo un 5% a secundaria. Aunque los depósitos de material amiloide en el tracto gastrointestinal son prácticamente constantes, las manifestaciones clínicas son infrecuentes. Sin embargo, puede llegar a ser una manifestación prominente y dar lugar a hemorragia digestiva recidivante o malabsorción. La xerostomía, debida a la infiltración amiloide de las glándulas salivales, es frecuente y puede constituir una de las manifestaciones iniciales. Destaca en el caso expuesto el debut con baja de peso, síntomas gastrointestinales y xerostomía, con un diagnóstico inicial de Mieloma múltiple, confirmándose posteriormente una amiloidosis secundaria.

FOLIO 110

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADA EN MORFOLOGÍA SANGUÍNEA PARA ESTABLECER RIESGO DE COVID-19 SEVERO EN PACIENTES CHILENOS

Neftalí Guzmán, Benjamín González , Ricardo Barrientos , Ruber Hernández-García, Felipe Garrido, Francisco Quiñones, Andrés San Martín, Mauricio Sáez, Pablo Letelier
Laboratorio de Investigación en Salud de Precisión, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile. ; Laboratorio de Investigaciones Tecnológicas en Reconocimiento de Patrones, Universidad Católica del Maule, Chile; Laboratorio de Investigaciones Tecnológicas en Reconocimiento de Patrones, Universidad Católica del Maule, Chile. ; Laboratorio Clínico, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción Diversas alteraciones hematológicas han sido asociadas a cuadros severos de COVID-19, además de la presencia de alteraciones de la morfología sanguínea en sangre periférica.

Objetivo: Entrenar y validar una herramienta de Inteligencia artificial mediante una red neuronal convolucional (CNN), basada en morfología sanguínea, para establecer riesgo de COVID-19 severo en pacientes chilenos. Material y Método Un total de 200 pacientes adultos, con diagnostico de COVID-19 confirmado por qRT-PCR, admitidos en un hospital público del sur de Chile, fueron incluidos en el estudio, el que fue aprobado por el Comité de Etica respectivo. La severidad del cuadro clínico fue definida de acuerdo a WHO Clinical Progression Scale agrupando a los pacientes en moderado y severo. Todas las muestras fueron colectadas por métodos estandariados dentro de las primeras 24 horas de la admisión hospitalaria. La preparación del extendido de sangre periférica y la tinción May-Grünwald-Giemsa fueron realizados utilizando equipo automatizado y diferencial leucocitario fue realizado mediante sistema Cellavision DM1200 en un total de 200 células por muestra. Los datos fueron distribuidos en tres conjuntos: entrenamiento, validación y de prueba, para el desarrollo de una red neuronal convolucional, por medio de un modelo SingleNet de capas convolucionales (CV) (Conv2D), capas de Pooling (CdP) (MaxPooling2D y GlobalAveragePooling2D) y capas Fully Connected (FC) (Dense). Adicionalmente, se utilizaron capas de activación (Relu) en todos los modelos probados y activación final por Sigmoid o Softmax y Dropout en el apartado de Fully Connected. Finalmente, la métrica Accuracy y el análisis de curvas ROC (Receiver–operating characteristic) fueron utilizados para evaluar la precisión del modelo. Resultados La precisión de los modelos evaluados para predecir severidad del cuadro clínico fue de 0,65 (Modelo 1; escala grises; CV 4; FC 3, Softmax; Batch 64); 0,76 (Modelo 2; escala grises; CV 4; FC 3, Sigmoid; Batch 64); 0,76 (Modelo 3; escala RBG; CV 5; FC 3, Softmax; Batch 128); 0,79 (Modelo 4; escala RGB; CV 5; FC 4, Sigmoid; Batch 128); 0,71 (Modelo 5; ResNet; Softmax, Batch 64). Para el mejor modelo evaluado (Modelo 4) se observó un área bajo la curva (AUC) de 0,79.

Conclusión El modelo entrenado, basado en la morfología sanguínea en sangre periférica al momento de la admisión hospitalaria, presenta una adecuada precisión para la predicción de COVID-19 severo. Los resultados potencialmente permitirían por primera vez para población chilena, establecer una herramienta de apoyo a las decisiones clínicas basada en el uso de inteligencia artificial, lo que impactaría en un mejor manejo clínico de los pacientes. Financiamiento: Proyecto VIPUCT-2022REG-NG-01, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado Universidad Católica de Temuco.

FOLIO 111

MANEJO DE AZACITIDINA Y VENETOCLAX EN SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS. DISCUSIÓN ABIERTA BASADA EN EXPERIENCIAS DEL MUNDO REAL.

PRISCILA WERNICKE, LETICIA RAPAN, YANINA CRESPO, SANTIAGO TOLEDO, LORYS MARTINEZ, DAIANA DELGADO, MARCELO IASTREBNER
Sanatorio Sagrado Corazon;
Caso Clínico

Introducción: Los agentes hipometilantes (AHM) continúan siendo el "standard of care" en síndrome Mielodisplásico (SMD) de Alto Riesgo (AR). Sin embargo, existe necesidad de contar con tratamientos alternativos, principalmente luego de la falla a los mismos. Diversos estudios han demostrado sinergismo entre la combinación de Azacitidina/Venetoclax (A/V).

El objetivo de esta presentación es exponer las dificultades encontradas en el manejo de esta terapéutica en el mundo real y generar una discusión al respecto.

Metodología: se describen toxicidades, ajuste de dosis, uso de profilaxis antibiótica, soporte transfusional y hospitalización ocurridos durante el tratamiento de un caso "tipo" y una reciente experiencia internacional.

Caso Clínico: Femenina de 82 años, en contexto de astenia, anemia severa y neutropenia, se diagnosticó SMD-DML (Displasia Multilínea - OMS 2016) de AR (IPSSR 5.7), blastos del 2% y cariotipo complejo. Inició Eritropoyetina (EPO) semanal y transfusiones de glóbulos rojos (GR). Al 4to mes, mostró progresión, recategorizándose a SMD-EB2 (OMS 2016), muy alto riesgo (MAR) (IPSSR 8.5). Inició Azacitidina 75mg/m2 7 días + Venetoclax 400mg 14 días, EPO, GCSF, profilaxis antiviral sin profilaxis antifúngica. Al 6to mes, logró desaparición de blastos, sin respuesta de GR. Intercurrió con infección respiratoria que requirió descenso de venetoclax a 200mg/día y ajuste de ambas drogas a 5 días. Completó 14 ciclos totales. Alcanzó 22 meses de sobrevida global (SG) con calidad de vida aceptable. EXPERIENCIA INTERNACIONAL: En la publicación reciente del GLAM (Grupo Latinoamericano de Mielodisplasia) se evaluaron retrospectivamente 28 pacientes, en tratamiento off-label con A/V reportados en el registro Latinoamericano de SMD, en 3 esquemas: 14, 21 y 28 días/ciclo, mostrando incremento en SG en respondedores vs no respondedores, 28.6 a 8.8 meses respectivamente (p=0.014) y alta eficacia como terapia puente con mielosupresión manejable.

Discusión: La combinación A/V está aprobada en nuestro país y el mundo para pacientes añosos/ comórbidos con Leucemia Mieloide Aguda (LMA); extrapolándose dichos resultados, se probó en SMD, aunque, no está estandarizado aún su uso, ni cómo enfrentar las toxicidades relacionadas. La mielotoxicidad como principal efecto adverso asociado, conlleva requerimiento de soporte transfusional y aparición de intercurrencias infecciosas que, frecuentemente, implican hospitalización y deterioro de la calidad de vida, obligando al ajuste de dosis de una/ambas drogas con el riesgo de eventual evolución de la enfermedad. Con respecto a la profilaxis antibiótica, más aún, la cobertura antifúngica, existe inconsistencia y heterogeneidad en la literatura nacional e internacional con respecto a la necesidad y elección de la misma. Faltan datos para establecer si el comportamiento de los SMD AR/MAR forma parte del mismo espectro de LMA o si existe un patrón de comportamiento y manejo diferente.

FOLIO 113

SINDROME POEMS EN CHILE, DESCRIPCIÓN DE 17 CASOS.

Camila Peña, Caroline Del Castanhel, Jacqueline Montaña, Javiera Donoso, Hernán López-Vidal, Joaquín Ferreira, Sergio Portiño, Jose Luis Viñuela, Pilar León, Yaima Gutierrez
Hematóloga Hospital del Salvador; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematóloga Instituto Nacional del Cancer; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematóloga Hospital de Ancud; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematóloga Clínica Alemana; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematólogo Clínica Dávila; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematólogo Hospital Base Osorno; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematóloga Clínica Universidad Los Andes; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematólogo Hospital Sótero del Río; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hematóloga Hospital Van Buren; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile); Hospital Regional de Temuco; Grupo de estudio de mieloma múltiple (GEMM-Chile);
Resumen – Investigación Científica

Introducción. El síndrome POEMS es un trastorno paraneoplásico infrecuente resultante de un desorden de células plasmáticas. El acrónimo hace referencia a: Poliradiculoneuropatía, Organomegalia, Endocrinopatía, desorden de células plasmáticas Monoclonal y cambios en la piel. Otros síntomas incluyen papiledema, sobrecarga de volumen extravascular, lesiones óseas osteoescleróticas, trombocitosis y eritrocitosis, aumento del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), entre otros. Un 15% se asocia a Enfermedad de Castleman (EC). Generalmente presenta un curso crónico con una sobrevida superior a los 10 años. El manejo recomendado incluye lenalidomida-dexametasona y trasplante autólogo. No existe datos locales.

El objetivo fue evaluar las características demográficas, clínicas y de tratamiento de pacientes con síndrome POEMS en Chile. Material y método. Estudio multicéntrico retrospectivo. Se invitó a los integrantes del grupo de estudio de Mieloma Múltiple (GEMM-Chile). Se definió POEMS según criterios diagnósticos específicos. Se llenó una planilla adhoc, buscando características demográficas, clínicas y de tratamiento. Se realizó estadística descriptiva. Resultados. Se analizaron 17 casos, 1 asociado a EC. Un 65% de sexo masculino, con mediana de edad de 59 años. Entre el inicio de síntomas y diagnóstico hubo una media de 15 meses. Todos reportaron neuropatía periférica y 16 gammapatía monoclonal. De estos, 2 fueron plasmocitomas solitarios. La paraproteina más frecuente fue IgG Lambda en 7 casos, luego IgA Lambda en 5 casos y 4 de cadenas livianas Lambda. Se reportó organomegalia en 65%, endocrinopatía en 24% (sin contar DM ni hipotiroidismo), cambios en la piel en 59%, sobrecarga de volumen en 53%, (29% ascitis, 29% derrame pleural) y papiledema en 24%. En 4 casos se midió el VEGF, con una media de 312 pg/ml. Poliglobulia se reportó en 35%, trombocitosis en 29%. Lesiones osteoescleróticas sólo en 3 pacientes. 4 recibieron RT, 1 exclusiva. De los regímenes de tratamiento, 35% recibió melfalán + dexametasona o prednisona, 24% CyBorD y 24% Lenalidomida+dexa. Respuesta hematológica ? que RP se obtuvo en 53%, pero no se tuvo el dato en 5 pacientes. 65% tuvo respuesta neurológica parcial. En 4 pacientes se realizó trasplante autólogo. De estos, 3 lograron RC y 1 MBRP. Sólo 1 paciente ha fallecido, con una mediana de seguimiento de 22 meses (3 a 68 meses).

Discusión. Las características demográficas y clínicas fueron similares a lo descrito internacionalmente, excepto que notamos menor tasa de lesiones osteoescleróticas y endocrinopatías. En sólo 24% se realizó VEGF para diagnóstico y seguimiento, debido a que hasta hace poco no se disponía de este estudio en Chile. La sobrevida es alta, sin embargo, el manejo realizado no es el recomendado en la mayoría de los casos.

Conclusión. Se reportan los primeros datos de una cohorte chilena de síndrome POEMS. Se requiere mayor acceso a VEFG y a mejores tratamientos, incluido el trasplante.

FOLIO 114

INMUNOFENOTIPIFICACIÓN DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA EN LOS PACIENTES DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS, DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL BASE VALDIVIA (HBV) 2014-2023

Diego Soto, Enriqueta Beltran, Nadia Vasquez, Cristian Carrasco, Elizabeth Flores, Vivianne Torres, Lilian Pilleux

Residente Hematología Universidad Austral de Chile; Hospital Base Valdivia; Hospital Base Valdivia; Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile; Hospital Base Valdivia; Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La leucemia linfocítica crónica (LLC) es la leucemia crónica más común en los países occidentales y representa el 30% de todos los casos de leucemia en los Estados Unidos y Europa. Un estudio chileno reciente (Cabrera ME et. al., 2021) mostró una incidencia de LLC en la población chilena de 1,17/100.000 personas por año con una sobrevida global del 56% a 5 años. En 2018, la IIWCLL define el inmunofenotipo de las células LLC como la co-expresión del antígeno de superficie CD5 junto con los antígenos de células B CD19, CD20 y CD23. Durante los últimos años se han sometido a estudio otros marcadores buscando aumentar la sensibilidad y especificidad de la citometría de flujo (CMF), como CD43 y CD200. El HBV es el centro derivador de patologías hematológicas malignas de la macrozona sur de nuestro país y desde el año 2014 se inició el algoritmo diagnóstico con los paneles estandarizados de anticuerpos, según las guías EuroFlow 2012.

Objetivo general: Describir el perfil inmunofenotípico de los pacientes con LLC de la Región de Los Ríos, diagnosticados en el HBV, durante el periodo enero 2014 a marzo 2023.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva. La población incluida corresponde a la totalidad de pacientes con LLC, diagnosticados en el Laboratorio de CMF del HBV durante el periodo de enero 2014 a marzo 2023. Se incluyeron los pacientes de 15 años o más, con residencia en la Región de Los Ríos, y que contaran con la data completa del análisis de CMF. El análisis se realizó en el citómetro FACS Canto II según los paneles estandarizados de EuroFlow; ALOT, LST, seguidos de los tubos 1 y 2 para neoplasias linfoproliferativas crónicas B. Los datos fueron analizados con el programa SPSS de Windows, versión 15. Resultados: Desde enero de 2014 a marzo de 2023 se presentó un total de 44 casos de LLC. El diagnóstico inicial se realizó a través de sangre periférica en 32 pacientes (72,7%). La media para la confirmación del diagnóstico, desde la toma de muestra hasta el informe final de CMF, fue de 3,4 días. Dentro de los marcadores diagnósticos realizados se observa CD5, CD19 y CD200 positivos y CD10 negativo en todos los pacientes. También destacan los marcadores CD20, CD45 y CD23 con porcentajes altos de positividad (97,7%; 97,7% y 83,7% respectivamente). Predominó la restricción de cadena liviana kappa con un 55,8%. El marcador CD38 no presentó asociación estadística con la condición de vivo o muerto (p=0,15).

Discusión: En este estudio pudimos documentar el perfil inmunofenotípico de la LLC en la Región de los Ríos. Predominó el uso de sangre periférica. El tiempo de respuesta para obtener resultado y diagnóstico por CMF fue bajo. El criterio diagnóstico CLLflow, resultó como el score con mayor positividad. Este score incluye el marcador CD200. La co-expresión de CD43/CD200 tuvo una relación inversamente proporcional a la presencia de duda diagnóstica.

FOLIO 115

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA EN LOS PACIENTES DE LA REGIÓN DE LOS RÍOS, DIAGNOSTICADOS EN EL HOSPITAL BASE VALDIVIA (HBV) 2014-2023

Diego Soto, Enriqueta Bertran, Nadia Vasquez, Cristian Carrasco, Elizabeth Flores, Vivianne Torres, Lilian Pilleux

Residente Hematología Universidad Austral de Chile; Hospital Base Valdivia; Hospital Base Valdivia; Hospital Base Valdivia; Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile; Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile; Hospital Base Valdivia;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La leucemia linfocítica crónica (LLC) se considera la leucemia más frecuente en adultos, con predominio masculino y una edad media de presentación de 72 años. Su incidencia mundial es variable, por ejemplo, la incidencia ajustada por edad en Estados Unidos y Europa es de 4,2 y 4,9/100.000 personas por año, respectivamente. En contraste, en Asia, la incidencia es mucho más baja, de 0,11 a 0,48/100.000. Un estudio chileno reciente (Cabrera ME et. al., 2021) mostró una incidencia calculada de LLC en la población chilena de 1,17/100.000, con una sobrevida global del 56% a 5 años.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico y determinar la incidencia y sobrevida global de los pacientes con LLC de la Región de Los Ríos, durante el periodo enero 2014 a marzo 2023.

Materiales y métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva. La población incluida corresponde a la totalidad de pacientes con LLC, diagnosticados en el HBV durante el periodo mencionado, de 15 años o más, con residencia en la Región de Los Ríos. Para el cálculo de supervivencia se tomaron los datos hasta el 20 junio de 2023. Los datos de población chilena y población indígena chilena se obtuvieron del Censo Nacional 2017. El análisis de datos se realizó en SPSS de Windows, versión 15. El análisis de sobrevida se realizó mediante el método de Kaplan-Meier. Comparaciones de sobrevida entre grupos se realizaron mediante el método de log-rank. Resultados: Desde enero de 2014 a marzo de 2023 se presentó un total de 44 casos de LLC, de los cuales el 9% fue en pacientes indígenas chilenos. Predominó el sexo masculino por sobre el sexo femenino (63,6 vs 36,4%), con una media de edad de 71,5 años al diagnóstico. La incidencia ajustada por edad fue de 2,03/100.000 habitantes por año y en la población indígena chilena de 0,77/100.000 habitantes por año. Con una mediana de seguimiento de 31,1 meses (2-114), se produjeron 16 muertes (36,4%) en toda la cohorte. La mediana de sobrevida global durante el periodo de seguimiento fue de 78,7 meses (IC 95%: 39-118) y la SG a 5 años fue del 53,1% (gráfico 1).

Discusión: En este estudio pudimos documentar el perfil epidemiológico de la LLC en la Región de los Ríos. La edad promedio (71,5 años) y mayoría de casos masculinos, se correlaciona con la información de cohortes de países occidentales. La incidencia estimada fue de 2,03/100.000 habitantes por año. La sobrevida global a 5 años fue del 53,1%, sin embargo, está muy por debajo de la sobrevida de global de países desarrollados occidentales como Canadá y el Reino Unido donde la sobrevida global a 5 años alcanza el 83 y 85%, respectivamente. En conclusión, la incidencia global de LLC en los pacientes del HBV es inferior a la de otros países occidentales y similar a la documentada por Cabrera et. al.. La razón de esta diferencia es poco conocida. Sin embargo, la SG a 5 años es un 30% menor que es lo países antes mencionados.

FOLIO 120

HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA: VALORES DE REFERENCIA DE RUTINA

Carolina Prieto, Carlos Apablaza, Monica Stevenson, Nicolás Díaz, Haydee Gallardo
Laboratorio Hospital Dipreca ; Laboratorio Hospital Dipreca;
Resumen – Investigación Científica

La hemoglobina reticulocitaria es un parámetro de contadores hematológicos de 4ta generación. Evidencia la capacidad erotropoyética de los últimos días y es útil en la evaluación de deficiencia absoluta y funcional de hierro y en el seguimiento de pacientes con terapia suplementaria oral o endovenosa. Los valores de referencia se utilizan para evaluar la condición de los pacientes y existen diferencias entre fabricantes en dichos valores, dado que tienen metodologías específicas para su cuantificación que se expresan en pg como el promedio de la cantidad detectada en los reticulocitos circulantes. Es una buena práctica de laboratorio, revisar los valores de referencia del fabricante antes de poner en uso un parámetro a informar en rutina. Se midieron 33 muestras de personas sanas con hemogramas normales, a los que se les determinó la hemoglobina reticulocitaria con el contador Mindray BC6200, para verificar el intervalo del fabricante con muestras de la población adulta de nuestro hospital. Resultados: edad promedio 45.5 (26-69) años; mujeres:hombres de 1:1,46; el promedio fue 27,65pg (24.9-29) todos dentro del intervalo del fabricante que señala ser de 24,9-33,6 pg, con lo cual verificamos que el intervalo es válido para nuestra población de pacientes.

Conclusión: el informe de resultados de hemoglobina reticulocitaria se debe acompañar de un intervalo de referencia para su interpretación clínica y en nuestro caso el aportado por el fabricante es un intervalo válido. Este es uno de los aspectos a verificar previo al uso en rutina como buena práctica de laboratorio.

FOLIO 121

LEUCEMIA DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES: ESTUDIO DE 21 CASOS DIAGNOSTICADOS ENTRE 2018 - 2023 EN HOSPITAL DEL SALVADOR.

Paulina Cortés, Luis Alvear, Karen Figueroa, Rocio Gutierrez, Romina Guzman, Carolina Soto, Margarita Reyes, Macarena Roa
Hospital del Salvador;
Resumen – Investigación Científica

Introducción La leucemia de linfocitos grandes granulares (LLGG) es un desorden linfoproliferativo crónico poco frecuente, constituye el 2-5% de estos síndromes. Se caracteriza por el aumento de linfocitos con gránulos citoplasmáticos (>2x10^3/uL) por más de 6 meses, citopenias e inmunofenotipo de tipo efector citotóxico: CD3+, CD8+, CD57+, TCRab+. Su origen podría deberse a una estimulación inmune sostenida junto con desregulación del proceso de apoptosis. En general la LLGG es de curso indolente y se presenta después de los 60 años. En Chile, la LLGG se ha descrito brevemente en 3 casos dentro de un estudio de síndromes linfoproliferativos entre 1999 - 2001.

Los objetivos de este trabajo son recopilar los casos de LLGG diagnosticados por citometría de flujo entre 2018 y 2023, para su caracterización.

Materiales y métodos Entre el 2018 y mayo del 2023 se identificaron 21 casos con diagnóstico definitivo o sospecha de LLGG T/NK por citometría de flujo. Para el estudio de inmunofenotipo, las muestras se procesaron de acuerdo a los protocolos generales de EuroFlow. Los paneles utilizados, de acuerdo a la morfología e información clínica, fueron: -LST: CD19/CD20/CD3/CD38/CD4/CD45/CD5/CD56/CD8/Kappa/Lambda/TCRgd -Panel T: CD3/CD45/CD2/CD25/CD4/CD8/CD7 -Panel NK: CD16/CD45/CD57/CD56/CD3/CD19/CD7 El estudio se realizó en el equipo BD FACSCanto II y se utilizó el software Infinicyt para el análisis. Resultados Entre el 2018 y mayo del 2023 se diagnosticaron 158 casos de neoplasias de estirpe T y dentro de estas, 13% fueron LLGG T/NK. La información de cada paciente se muestra en la tabla n°1. El promedio de edad fue de 68 años y predominó el sexo masculino (2:1). Todos los casos presentaron linfocitosis y la presencia de citopenias fue un hallazgo común con: 74% de neutropenia (promedio: 1.170/uL), 33% trombocitopenia (Promedio: 200.278 / uL) y 60% Anemia (Promedio: 11,5 g/dL). En el estudio morfológico predominaron los linfocitos heterogéneos, algunos de mayor tamaño, con gránulos citoplasmáticos. En cuanto a los antecedentes médicos: un 35% presentó esplenomegalia, 14% derrame pleural y un 10% artritis reumatoide. Solo 1 caso contó una neoplasia previa. Los marcadores más expresados fueron: CD3+, CD8+, CD7+, CD57+ y CD38+. Un 24% correspondió al subtipo NK, CD3(-). 1 caso resultó LLGG-T CD4-/CD8- y 3 LLGG-T gamma/delta.

Discusión: Nuestros resultados se asemejan a lo descrito en la literatura. El inmunofenotipo más característico fue CD8+ (44% con expresión débil), CD7+, CD57+ y TCRab+, la expresión de CD5 resultó parcial o negativa en un 81%. El estudio de inmunofenotipo junto con el antecedente de citopenias ayudó en la identificación de LLGG. El estudio de clonalidad es una parte importante para el diagnóstico, en nuestro laboratorio se añadió el marcador TRBC1 el 2023 y se usó en 2 casos, los cuales presentaron una población monoclonal. En el caso de las LLGG NK sería relevante incorporar el estudio de KIR para complementar su diagnóstico.

FOLIO 123

LOS MASTOCITOS EN LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS. UN ESTUDIO CITOMORFOLÓGICO DEL GRUPO LATINOAMERICANO DE SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS (GLAM).

Matilde Boada, Inés Gervaz , Juan Serrano, Marcelo Iastrebner, Cecilia Canessa, Santiago Toledo, Noelia Barone, Lilian Diaz, Renée Crisp, Elsa Nuncifora, Cecilia Guillermo, Sofía Grille
Unidad Hematología Especializada, IPS Cúcuta. Note de Santander Colombia; Servicio de Hematología. Sanatorio Sagrado Corazón. Buenos Aires, Argentina; Departamento de Laboratorio Clínico. Medica Uruguaya. Montevideo, Uruguay; Departamento de Hematología. Medica Uruguaya. Montevideo, Uruguay; Hospital Nacional. Prof. A. Posadas. Haedo, Argentina; Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina; Unidad Académica de Hematología. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela. Montevideo Uruguay.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Los Mastocitos son un grupo de células hematológicas que participan en la respuesta inmune innata y tienen un rol clave en algunos procesos patológicos como las reacciones de hipersensibilidad. Presentan característicamente gránulos metacromáticos y pueden residir en diferentes tejidos dentro de estos la médula ósea (MO). Se ha descripto la presencia de mastocitos en la MO de pacientes con Síndromes Mielodisplásicas (SMD) tanto constituyendo una neoplasia de mastocitos asociada (Mastocitosis) así como un epifenómeno. Existe escasa evidencia sobre las implicancias de esto.

Nuestro objetivo fue evaluar la presencia de Mastocitos en MO en pacientes con SMD utilizando la tinción de Azul de Toluidina.

Metodología: Se realizó un estudio transversal que incluyó cuatro centros en Argentina, Colombia y Uruguay. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SMD. Los aspirados de MO fueron evaluados usando tinción de azul de Toluidina. Se reportó la presencia de mastocitos de forma porcentual y los datos clínicos de los pacientes fueron extraídos por revisión de las historias clínicas. El trabajo fue aprobado por los comités de ética institucionales de cada centro participante.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes de Uruguay (44%), Colombia (33%), y Argentina (23%). La mediana de edad fue de 69 años (59-82). La relación Hombre:Mujer de 0.9:1 . Los diagnósticos de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2016 incluyeron: 56% SMD con diasplasia multilínea (SMD-DM),), 16% SMD con exceso de blastos 2 (SMD-EB2), 11% SMD con displasia unilínea (SMD-DU), 7% con SMD inclasificable, 5% SMD con exceso de blastos 1 (SMD-EB1), 2% SMD con DM y sideroblastos en anillo (SMD-DM-SA), 2% SMD 5q-, 2% Leucemia Mielomonocítica Crónica. Respecto a los grupos de riesgo R-IPSS, 33% de los pacientes fueron de riesgo bajo, 21% intermedio, 21% alto, 7% muy bajo y 5% muy alto. La evaluación con Azul de Toluidina mostró presencia de mastocitos en 63% de las muestras con una media de 3.7+/-4.4%. En ninguno de los pacientes se realizó diagnóstico de Mastocitosis. No existió correlación entre la categoría diagnóstica, ni el grupo de riesgo y la presencia de mastocitos.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que frente a la búsqueda sistemática en pacientes con SMD se evidencia una elevada presencia de Mastocitos en MO aun en ausencia de criterios diagnósticos de Mastocitosis. Si bien en nuestra serie, la presencia de Mastocitos no se correlacionó con el diagnóstico o el grupo de riesgo, el trabajo sienta las bases para próximas investigaciones con foco en la caracterización de los mastocitos en SMD.

FOLIO 124

INOTUZUMAB OZOGAMICINA EN ADULTOS CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Marcela Espinoza, Hernán López-Vida., Andrés Castañeda, José Tomás Gazmuri
Clínica Dávila;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Inotuzumab Ozogamicina (InO) es un anticuerpo monoclonal anti-CD-22 conjugado con calicheamicina, un antibiótico citotóxico usado en Leucemia Linfoblástica Aguda B. El conjugado es internalizado y produce rotura del ADN con subsecuente apoptosis. InO ha mostrado mejores resultados que quimioterapia convencional. Pacientes y Métodos: Presentamos resultados de un centro privado con una pequeña cohorte de 13 pacientes diagnosticados con leucemia linfoblástica aguda B (LLA-B) que recibieron InO sin relación con estudio clínico. Resultados: De los 13 pacientes, 9 fueron hombres, la edad media fue 38 años (rango 16-64). 10 pacientes menores de 55 años. 9 pacientes recaídos y 3 refractarios; un paciente con diagnostico debut de LLA B. En relación con la enfermedad recaída, 7 pacientes usaron InO como primer rescate y 2 como segundo rescate. En enfermedad refractaria 1 paciente usó como primer rescate y 2 como segundo o más. El recuento de glóbulos blancos fue de 1500 a 285000 mm3. Recuento de sangre periférica de 50-80%. Antes de la administración de InO todos los pacientes mostraron bilirrubina menor a 2 mg/dL y ALT valor medio de 34 U/dL. El tipo de leucemia más común fue CALLA en 8 pacientes, LLA Philadelphia positiva en 2, Crisis blástica linfoide: 1, LLA pre-B: 1 y traslocación (8;22):1 .10 pacientes tenían positividad para CD -22 en citometría y 3 negativo. No hubo relación entre la intensidad de CD22 y la tasa de respuesta. 11 pacientes recibieron InO como monoterapia y 2 asociados con Mini HyperCVAD - InO. 7 pacientes recibieron 1 ciclo y 6 pacientes recibieron 2 ciclos de InO. EL promedio de dosis recibida fue 2,7 mg/m2. 7 (53%) pacientes en remisión completa más enfermedad mínima residual negativa después del tratamiento. 4 pacientes progresaron y en 2 se perdió el seguimiento. 3 pacientes recibieron trasplante alogénico post Inotuzumab y dos aún esperan en remisión complete (RC). 1 paciente recayó mientras esperaba trasplante alogénico y falleció. 4 pacientes recibieron inotuzumab como recaída post trasplante. Todos estos pacientes tuvieron enfermedad progresiva y fallecieron. En relación a la enfermedad veno oclusiva hepática (VOD), 1 paciente desarrollo durante el tratamiento con InO. No hubo pacientes con VOD y trasplante alogénico. La sobrevida global fue 38 meses , sobrevida libre de progresión 4,1 meses. 56% de los pacientes fallecieron (7): 4 enfermedad progresiva, 1 accidente cerebro vascular hemorrágico, 1 shock séptico y 1 suicidio.

Conclusión: Se muestra experiencia local usando este nuevo fármaco en LLA B. Pacientes que usaron InO como puente al trasplante parecen tener buenas tasas de remisión. No hay buenos resultados cuando se usa en recaída post trasplante. No habría relación entre la intensidad de CD22 y la tasa de respuestas. La incidencia de VOD es baja. Las tasas de respuesta son comparables a otras experiencias de mundo real. Esta pequeña muestra podría ser el inicio de un estudio multicéntrico en Chile.

FOLIO 126

REVISIÓN DE CASOS DE LEUCEMIA AGUDA CON INMUNOFENOTIPO COMPATIBLE A LEUCEMIA AGUDA DE LINAJE AMBIGUO EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Luis Alvear, Paulina Cortés, Karen Figueroa, Rocío Gutiérrez, Romina Guzmán, Carolina Soto, Macarena Roa, Álvaro Sandoval, Margarita Reyes
Laboratorio de Citometría de flujo, Hospital del Salvador.; Laboratorio de biología molecular, Hospital del Salvador.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción Las Leucemias agudas de linaje ambiguo, son aquellas que, o fallan al demostrar evidencia de compromiso por algún linaje, como también muestran evidencia de compromiso a de más de uno. Diversos estudios internacionales, describen que el 2 a 3% de los casos de Leucemia aguda, corresponden a esta entidad, siendo el subtipo Mieloide/B el más común, con el 59% de los casos. En Chile, no existen estudios actuales, que determinen la prevalencia de estas patologías, ni que detallen antígenos expresados de forma frecuente.

Objetivos. Determinar la prevalencia y perfil antigénico de las Leucemias agudas de linaje ambiguo.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 2306 casos estudiados con diagnóstico de Leucemia aguda entre enero del 2018 y abril del 2023, identificando 44 (1,9%) casos con fenotipo compatible a Leucemia de linaje ambiguo (LALA), según criterio de clasificación WHO 2017 y 2022. El estudio se realizó en un citómetro FACSCanto II con panel de anticuerpos para Leucemia aguda de 8 colores, screening (ALOT, panel EuroFlow), Linfoide T (CD1a, CD2, CD4, CD5 y CD8), Linfoide B (CD20, cyCD22) y marcadores monocíticos (CD64, CD11c, CD14 y lisozima). Los resultados fueron analizados en Software FACSDiva y/o Infinicyt. Resultados De 2306 pacientes con diagnóstico de Leucemia aguda, se identificaron 44 casos (1,9%) con diagnóstico de Leucemia aguda de linaje ambiguo; no se observó mayor prevalencia en un sexo determinado, pero sí gran heterogeneidad en la edad de estos pacientes, abarcando desde los, hasta los 79 años, con un promedio de 47. Dentro de la caracterización de estas LALA se logró identificar que: 30 casos (68,18%) correspondieron a estirpe Mieloide/Linfoide B, 13 (29,54%) a estirpe Mieloide/Linfoide T, y 1 (2,27%) a estirpe Mieloide/B/ T. De ellos, 34 no presentan alteraciones genéticas detectadas mediante biología molecular, 6 presentan alteración t(9;22), 2 NPM1 MutA, 1 t(8;21), 1 FLT3 – ITD. Un total de 17 pacientes presentan cariotipo complejo, 1 cariotipo normal. En 26 casos no se logró obtener datos citogenéticos y/o moleculares. Al tiempo de la recopilación de datos 29 de los 44 pacientes se encuentran fallecidos, con sobrevida promedio de 27,31 semanas (0,93 – 148,76).

Conclusiones: Es posible observar una prevalencia muy similar a la descrita en la literatura internacional. Respecto a la caracterización inmunofenotípica de las LALA, se observó una mayor frecuencia de estirpe Mieloide/ Linfoide B; siendo de gran importancia contar con un un panel de screening con diseño adecuado. Se pudo corroborar el mal pronóstico en pacientes con esta enfermedad, lo cual puede deberse a las múltiples lesiones genéticas presentes en estos pacientes.

FOLIO 128

UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO CITOGENÉTICO Y MOLECULAR EN PACIENTES CHILENOS ADULTOS CON LMA. ANÁLISIS DEL GRELAM-CHILE EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE LMA-PETHEMA.

Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Yaima Gutiérrez, Marisa Capurro, Pilar Léon, Bernardita Rojas, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián Hidalgo, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Ernesto Castaño, José Viñuela, Francisco Samaniego, Juan Sánchez, Verónica Pérez, Belkys LInares, Robert Holloway, Paola Aravena, Patricia Fardella, Felipe Ramírez, Constanza Flores, María Soledad Urquieta, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos

Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Hospital Salvador Santiago; Clínica Dávila Santiago; Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar; Clínica Alemana Santiago; Hospital Regional de Temuco; Hospital van Buren Valparaíso; Fundación Arturo López Pérez Santiago; Hospital Base de Valdivia; Hospital Sótero del Río Santiago; Hospital Clínico Universidad de Chile Santiago; Hospital de Arica; Hospital DIPRECA Santiago; Clínica Las Condes Santiago; Hospital La Serena; Hospital Naval Viña del Mar; Hospital Universitario La Fe Valencia España;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: En las últimas décadas ha habido un gran progreso en las técnicas de diagnóstico para el estudio de pacientes con Leucemia Mieloide Aguda (LMA). El año 2022 se publicaron las últimas recomendaciones de la European Leukemia Network (ELNet) que establecen las determinaciones a realizar en esta población al diagnóstico. Pero el costo de éstas no es un tema menor para aquellos países menos desarrollados como el nuestro, lo que finalmente decanta en una menor disponibilidad de estas nuevas técnicas y, por lo tanto, en una menor factibilidad de clasificar a nuestros pacientes según lo recomendado.

Objetivos: Determinar el uso de técnicas de diagnóstico citogenético y molecular en pacientes adultos chilenos con LMA. Material y Método: Análisis retrospectivo de datos de pacientes chilenos adultos con LMA incluidos en el registro multicéntrico epidemiológico del grupo español PETHEMA, ingresados en la plataforma online de dicho registro. Se revisaron datos con respecto al uso de las siguientes técnicas al diagnóstico: citogenética (cariotipo), determinación por PCR de los genes NPM1 y FLT3-ITD. Además, se comparó por sistema de salud: público (incluye pacientes de Fuerzas Armadas FF. AA) versus privado, en distintos bloques temporales (bloque1: 1999-2014; bloque2: 2015-2014; bloque3: 2020-2023) Resultados: Se analizaron datos de 802 pacientes, diagnosticados entre los años 1999-2023. En el bloque1 (203 pacientes), las determinaciones de cariotipo en sistema público fueron del 47,1% versus el 83,3% en sistema privado; mientras que el estudio molecular de NPM1 se realizó en 3,8% versus 36,3% de los pacientes y FLT3-ITD fue 10,5% versus 33,3%, respectivamente. En el bloque2 (311 pacientes), las determinaciones de cariotipo en sistema público fueron del 69,3% y 69,7% en sistema privado; mientras que el estudio molecular de NPM1 fue 47,2% versus 55% y FLT3-ITD fue 59,2% versus 50%, respectivamente. En el bloque3, las determinaciones de cariotipo en sistema público fueron del 72% y el 76% en sistema privado; mientras que el estudio molecular de NPM1 fue 83,4% versus 78,4% y FLT3-ITD fue 85% versus 80%, respectivamente. El estudio molecular de CEBPA se realizó a menos del 2% de los pacientes. No se informa determinación molecular de IDH1/IDH2. En cuanto a Next Generation Sequencing (NGS), su uso es excepcional. El uso de técnicas como FISH es menor al 5% global.

Discusión: En este estudio se demuestra el aumento progresivo del uso de técnicas diagnósticas (cariotipo y determinación de NPM1 y FLT3-ITD) desde el año 2015 a la fecha, siendo su aplicación actual similar en los 2 sistemas de salud comparados. Sin embargo, no se cumple con un mínimo de determinaciones que permita subclasificar desde el punto de vista genético-molecular a nuestros pacientes, según lo recomendado el 2022 por la ELNet. El acceso a técnicas más modernas de diagnóstico molecular como NGS es excepcional.
Financiamiento: no hay.

FOLIO 129

LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA VERSUS MIELOFIBROSIS PRIMARIA CON MONOCITOSIS: UNA ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Verónica Lizama, Pablo Villegas, Carolina Behrens, Juan Galindo, Karla Mellado, Margarita Reyes, Macarena Roa, Camila Peña, Ximena Valladares
Anatomía Patológica, Hospital del Salvador; Laboratorio de Biología Molecular Oncológico, Hospital del Salvador; Laboratorio de Citogenética, Hospital del Salvador; Laboratorio de Citometría de Flujo, Hospital del Salvador; Laboratorio de Citometría de Flujo, Hospital del Salvador; Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Hematología Clínica, Hospital del Salvador; Caso Clínico

Introducción: La monocitosis persistente es típica de la leucemia mielomonocítica crónica (LMMC), pero también se encuentra en 21% y 16% de los casos de policitemia vera y mielofibrosis primaria (MFP), respectivamente, prediciendo un mayor riesgo de transformación leucémica y menor sobrevida global. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico inicial de LMMC, cuyo estudio citogenético y de secuenciación de nueva generación (NGS) apoyan una MFP con monocitosis. Caso Clínico: Hombre de 67 años con antecedente de daño hepático crónico por alcohol, que consulta por cuadro de 6 meses de evolución de síndrome anémico y baja de peso. Examen físico: enflaquecido, pálido, con bazo palpable 6 cm bajo reborde costal. Hemograma: Hb 7,9 g/dL, GB 25430, RAN 13300, RAM 8850, plaquetas 129000 /mm3. Frotis de sangre periférica (SP): neutrófilos displásicos, monocitos atípicos y 3% de blastos. En el perfil bioquímico destaca LDH 1497 U/L. Citometría de flujo (CF) de SP: 6% de blastos de estirpe mieloide con diferenciación monocítica parcial; 34% de monocitos, de los cuales el 98% son de tipo clásico (MO1). PCR de BCR/ABL p190 y p210 y mutación JAK2 V617F negativas. El mielograma y la CF de médula ósea (MO) revelan monocitos y blastos en porcentaje similar a la SP, concluyendo LMMC tipo 2. Cariotipo: hallazgo de 2 clones anormales relacionados de 46 cromosomas, el primero (75%) con deleción intersticial del brazo q en un cromosoma 13, del(13)(q12q31); el segundo (17%) con la alteración antes mencionada y un cromosoma 6 en anillo. NGS panel mieloide: mutaciones TET2 (VAF 86,3%) y MPL (VAF 92,4%), ambas probablemente patogénicas. La biopsia de MO (figura 1) muestra celularidad cercana al 100%, aumento de la trama reticular (grado +2) y numerosos megacariocitos atípicos; inmunohistoquímica: CD34-, CD61+ en numerosos megacariocitos, CD71+ en escasa células eritroides, MPO+ en abundantes células mieloides.

Discusión: El diagnóstico diferencial entre LMMC y MFP con monocitosis es difícil. La CF permite diferenciar la LMMC de otras causas de monocitosis (tanto reactivas como neoplásicas), con alta sensibilidad y especificidad. En el caso de nuestro paciente, la CF es compatible con LMMC, pero el hallazgo de una mutación driver asociada a NMP hace poco probable este diagnóstico. Tanto en LMMC como en MFP el cariotipo es frecuentemente normal, sin embargo, la presencia de la del(13)(q12-22) es muy sugerente de MFP (WHO 2022). Este segmento está contenido en la deleción de nuestro paciente. Si bien un subgrupo de pacientes con LMMC presenta fibrosis de MO, estos casos se asocian a la mutación JAK2 V617F, que nuestro paciente no presenta. La mutación somática de TET2 es más frecuente en LMMC (60%), pero también se encuentra en 10 a 15% de las MFP.

Conclusión: Al sospechar LMMC, es importante considerar el diagnóstico diferencial de neoplasia mieloproliferativa con monocitosis. Este última entidad parece ser más probable en el caso de nuestro paciente.

FOLIO 130

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SECUNDARIA A TERAPIA EN PACIENTES CON NEOPLASIA SÓLIDA PREVIA. ESTUDIO GRELAM-CHILE DEL REGISTRO LMA-PETHEMA

Marcela Espinoza Zelada, Mónica Romero, Jerez Joaquín, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Matías Sánchez, Natalia Aranguiz, Miguel López, María Carolina Guerra, Sebastián Hidalgo, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Hernán López-VIdal, Juan Sánchez, Francisco Samaniego, Marisa Capurro, Paola Aravena, Patricia Fardella, Ernesto Castaño, José Viñuela, Pilar León, Bernardita Rojas, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos

Clínica Dávila; Hospital Guillermo Grant Benavente; Fundación Arturo López Pérez; Hospital Del Salvador; Clínica Alemana; Hospital Gustavo Fricke; Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Hospital Hernán Henríquez Aravena; Clínica Las Condes; Clínica MEDS; Hospital Sótero del Río; Hospital Carlos Van Buren; Hospital Universitari i Politècnic la Fe;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La leucemia mieloide aguda secundaria a tratamiento (LMA -t) puede ser directa consecuencia de eventos inducidos por quimioterapia, radiación o inmunosupresión. El pronóstico es peor en comparación que con la LMA de novo. En general, tienen citogenética desfavorable. Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con LMA secundaria a tratamiento de otra neoplasia sólida (LMA ts) del registro epidemiológico multicéntrico de LMA del grupo español PETHEMA. Se excluyeron neoplasias hematológicas previas. Resultados: De un total de 802 pacientes chilenos con diagnóstico de LMA incorporados en la plataforma online del registro de PETHEMA, 158 de ellas son LMA secundarias y 50 LMA ts. Comparado con la LMAs, en los pacientes con LMA ts hay un predominio de mujeres (44% vs 56% respectivamente). Edad media de 62 años al dignóstico de la LMA. La media de recuento de GB es 42.600/mm3. recuento de blastos en sangre periférica 37,3%, LDH 987 U/L. Cariotipo anormal en 57%. El tipo morfológico más frecuente M5 en 10 casos. Sólo dos pacientes con FISH anormal (MLL y TP53. El tipo de neoplasia primaria más frecuente fueron: cancer de mama (32 casos) y próstata (5 casos). El tipo de tratamiento recibido en la neoplasia primaria fue: quimioterapia (46%) y radioterapia (42%). Dentro de la quimioterapia previa recibida: antraciclinas (8 pacientes) y alquilantes (7 pacientes). El esquema de inducción más frecuente fue antraciclina/Citarabina 36%. El 46% recibió sólo soporte o no fue rtatado y 3% recibió azacitidina/venetoclax. En relación con las respuestas a tratamiento tras la primera inducción, el 30% alcanzó respuesta completa, 10% respuesta parcial, 10% resistencia. Se reportó un 2% de muerte en inducción. 10 pacientes tuvieron evaluación de Enfermedad mínima residual sólo en 3 de ellos ésta fue negativa. En cuanto a la sobrevida de los pacientes, fue mejor con la combinación antraciclina/citarabina que con otros tratamientos, incluyendo azacitidina/Venetoclax (p0,05).

Conclusiones: Por primera vez se obtienen resultados nacionales en Chile en LMA-t. Los pacientes que reciben inducción con antraciclina/citarabina tuvieron más tasas de respuesta completa y mejores sobrevidas. El tener previamente cáncer de mama pudiese tener sobrevidas más cortas, pero no resultó significativa en nuestra serie analizada. En general, se trata de una entidad de mal pronóstico, en la que el trasplante alogénico podría tener algún rol en mejorar la sobrevida de este grupo de pacientes.

FOLIO 135

LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES T ALK NEGATIVO

Génesis Velástegui, Ricardo Mosquera, María Buenaño, Patricio Hidalgo, Rafael Loachamín
Médico General; Médico residente de hematología; Médico Hematólogo; Médico Trasplantólogo; Médico Hematólogo; Jefe de Servicio Hematología; Médico Hematólogo;
Caso Clínico

Resumen El linfoma anaplásico de células grandes T ALK negativo es una entidad poco frecuente de linfoma no Hodgkin extremadamente agresivo y de rápida evolución por lo que la falta de diagnóstico oportuno, así como el retraso en la decisión terapéutica pueden llegar a empeorar el pronóstico y disminuir las posibilidades de sobrevida de los pacientes quienes la padecen. Caso Clínico Paciente masculino de 68 años que debuta en enero 2022 con masa en región mandibular inferior derecha y cervical derecha. En enero 2022 se realiza una ecografía cervical donde se evidencia la presencia de un nódulo anecoico, irregular, avascular de 14x19mm en región parotídea derecha y una punción con aguja fina de parótida derecha con resultado positivo para malignidad sugestivo de adenocarcinoma. En junio 2022 se realiza una tomografía simple y contrastada de cuello donde se identifica lesión nodular en lóbulo superficial de parótida derecha y conglomerados adenomegálicos metastásicos en región submaxilar derecha, así como adenopatías supraclaviculares y cervicales posteriores ipsilaterales. Se realiza tomografía simple y contrastada de macizo facial donde se identifica una lesión nodular hipoecoica, con realce periférico que mide 2 x 2 x 2.1 cm, en región submaxilar derecha se presentan varias imágenes nodulares adyacentes, de contornos lobulados que miden 6.9 x 3.3 x 4.8 cm, toma contacto con la glándula submaxilar derecha, con vasos y bulbos carotideos, causando leve compresión de la yugular interna derecha. En septiembre del 2022 se realiza biopsia percutánea de conglomerado adenomegálico en el nivel IV derecho con impresión diagnóstica de linfoma de células grandes, anaplásico, ALK negativo, inmunohistoquímica con CD3 (t) y CD30 positivo, CD10 negativo, ALK negativo con lo cual se realiza diagnóstico de linfoma de células grandes, anaplásico, ALK negativo de la región parotídea derecha. En octubre 2022 se realiza tomografía de cuello con evolución tomográfica desfavorable por incremento de tamaño de lesión tumoral en un 100%. El 26 de octubre 2022 paciente inicia tratamiento con quimioterapia CHOEP hasta completar 3 ciclos el 09 de diciembre 2022. Se realiza estudio tomográfico de control el 25 de diciembre 2022 donde se evidencia disminución del tamaño de masa tumoral de aproximadamente 92%, con lo que se considera evolución tomográfica favorable. El paciente recibe ciclo 4 de CHOEP el 04 de enero 2023 hasta completar 6 ciclos el 22 de febrero 2023. Posterior a ello se realiza estudio de PET/CT interim donde de evidencia respuesta favorable por lo que se presenta caso a comité de enfermedades oncohematológicas y se autoriza consolidación de tratamiento con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos.

FOLIO 138

SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS TP53 MUTADOS EN LATINOAMÉRICA. DATOS DE LA VIDA REAL DE UN TRABAJO COLABORATIVO.

Matilde Boada, Ana Basquiera, Jorge Arbelbide, Elvira Velloso, Marcelo Iastrebner, Ana Inés Catalán, Sofía Grille

Cátedra de Hematología. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. ; Servicio Hematología y Oncología Trasplante de Médula Ósea Hospital Privado Universitario de Córdoba. Argentina; Hematología, Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina ; Hematologia, FMUSP. San Pablo, Brasil. ; Hematología, Sanatorio Sagrado Corazón. Buenos Aires, Argentina.; Laboratorio de Citometría de Flujo y Biología Molecular. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. ; Cátedra de Hematología. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. ; Laboratorio de Citometría de Flujo y Biología Molecular. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad d;

Resumen – Investigación Científica

Introducción Las mutaciones en TP53 asocian pronóstico adverso y resistencia a tratamientos en pacientes con Síndromes Mielodisplásicos (SMD). Las nuevas clasificaciones 2022 de la Organización Mundial de la Salud y el Consenso Internacional han incluido los SMD con mutación en TP53 como una entidad particular. La falta al momento actual de un estándar de cuidado definido dificulta su manejo clínico.

Nuestro objetivo es evaluar las características clínicas de pacientes con SMD TP53 mutados en Latino América.

Metodología: Se realizó un trabajo retrospectivo de cohortes que incluyó pacientes con diagnóstico de SMD en los últimos 15 años, provenientes de 5 centros en Argentina, Brasil y Uruguay. Las características demográficas, y clínicas incluyendo estratificación de riesgo, tratamientos recibidos, seguimiento y evolución fueron recolectadas por medio de revisión de historias clínicas. El trabajo fue aprobado por los comité de ética institucionales de cada centro. Resultados Se incluyeron 32 pacientes de Argentina (62.5%), Uruguay (25%) y Brasil (12.5%). La mediana de edad fue 69.5 (58.5 – 74.7). El ratio Hombre:Mujer fue 0,4:1. En la figura 1, A y B se pueden ver las categorías diagnósticas de acuerdo a la Clasificación OMS 2016 y la estratificación de riesgo de acuerdo al R-IPPS. El diagnóstico de alteraciones en TP53 fue realizado por medio de NGS (75%) con un VAF promedio de 33.1±21.4% correspondiendo 59.3% a alteraciones multi-hit , Inmunohistoquímica (15.6%), secuenciación Sanger (6.3%) y FISH (3.1%). En 28.6% se evidenció cariotipo complejo. El promedio de blastos medulares fue de 5.3±5.5%. Los tratamientos administrados incluyeron Hipometilantes (62.5%), factores de crecimiento (18.8%), tratamiento de soporte (9.4%), combinaciones con venetoclax (6.3%) y quimioterapia (3.1%). La tasa global de respuesta fue 34.6%. En 25% se realizó TPH alogénico. La sobrevida media fue de 27.8±5.3 meses (Figura 2 A) siendo la principal causa de muerte la progresión (50%). La presencia de 10% de blastos en médula ósea o superior se asoció con una reducción significativa en la sobrevida (Figura 2 B).

Conclusiones: La resistencia a los tratamientos disponibles así como la ausencia de un estándar de cuidado definido hacen que el abordaje de los SMD TP53 mutados represente un desafío en todo el mundo. Latinoamérica es una región altamente heterogénea respecto al acceso a herramientas diagnósticas y escasos ensayos clínicos lo que complejiza aún mas el abordaje. Nuestros datos de vida real muestran tasas de respuesta global y sobrevida concordantes a lo reportado en series internacionales. Destacamos que los pacientes con 10% de blastos o superior presentan un pronóstico aún mas adverso dentro de este grupo. Se necesitan trabajos prospectivos que nos permitan realizar un adecuado diagnóstico de situación.

FOLIO 139

TORMENTA TROMBÓTICA: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ASPERGILOSIS INVASORA EN UN PACIENTE NO INMUNOSUPRIMIDO.

Juan Sanchez, Israel Triviño, Francisco Samaniego, Guillermo Conte, Nestor Gonzalez, Nicolas Rodriguez, Francisco Sepulveda
HCUCH; SOCHIHEM;
Caso Clínico

Introducción: La tormenta trombótica es un cuadro caracterizado por eventos tromboembólicos múltiples en diversos lechos vasculares ocurridos en corto periodo de tiempo. Dentro de sus etiologías están el SAF catastrófico, PTT atípico, HIT, y el Sind. de Trousseau. Se ha descrito asociado a infecciones graves, estados postoperatorios y proinflamatorios, encontrándose anticuerpos antifosfolípidos positivos en ciertos casos, sin embargo, en un número significativo no se identifica un estado de hipercoagulabilidad previo. El pilar del tratamiento consiste en terapia anticoagulante, tratamiento etiológico cuando se identifica y en algunos casos terapias inmunomoduladoras. Se presenta el caso de un paciente inmunocompetente con eventos tromboembólicos arteriales y venosos, en cuyo estudio etiológico se demostró aspergilosis invasora como infección gatillante de microangiopatía trombótica. Caso: Paciente de 58 años hospitalizado por abdomen agudo. Ingresa a urgencia con lesiones purpúricas no palpables en abdomen, región extensora de piernas, gangrena húmeda, flictenas hemorrágicas, ausencia de pulso en pie izquierdo, equimosis del primer ortejo de pie derecho y región interdigital ipsilateral. TAC de abdomen documenta infarto y rotura esplénica asociado a trombosis aguda de la vena porta y sus ramas con hemoperitoneo. Evoluciona con shock, compromiso de conciencia y necesidad de VMI. Se realiza laparotomía con esplenectomía y drenaje de hemoperitoneo. Se traslada a UCI con falla multiorgánica, asociado a trombocitopenia, esquistocitos en sangre periférica, que plantea diagnóstico de MAT, sospecha de SAF catastrófico, se indica bolos de metilprednisolona y gammaglobulina endovenosa. Estudio complementario: ADAMTS-13 de 46%. Por infiltrados pulmonares se realiza LBA: galactomanano en sangre positivo y cultivo reporta Aspergillus fumigatus. JAK2 negativo, estudio HPN negativo, considerando evaluar otros diagnósticos diferenciales en paciente inmunocompetente con enfermedad micótica grave se estudia de manera completa con inmunología, VIH(-), Multiplex viral(+) enterovirus, PCR Herpes (-), Pneumocystis jyrovecii(-), Recuento de inmunoglobulinas normales, estudios autoinmunes (-), hipocomplementemia. Biopsias realizadas Bazo: Tejido esplénico con infarto hemorrágico, trombos intraluminales; Muñón pierna izquierda: calcificación distrófica, Trombosis intravascular de vasos sanguíneos superficiales y profundos. Se inicia tratamiento antifúngico logrando control de disfunciones, mejoría clínica progresiva y de todas sus disfunciones, dado de alta 3 meses posterior a su ingreso.

Discusión: Este caso muestra una presentación inusual y grave de infección inhabitual en inmunocompetente. Además, ilustra el desafío diagnóstico/terapéutico de las microangiopatías trombóticas que requieren de un manejo agresivo junto con un estudio etiológico amplio que permita identificar y tratar específicamente la causa subyacente, llevando finalmente a la resolución del cuadro.

FOLIO 142

"ENFERMEDAD POR CRIOAGLUTININAS: ESTUDIO COMPLETO, TRATAMIENTO SECUENCIAL EXITOSO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO"

Guillermo Conte, Juan Sanchez, Francisco Samaniego, Nestor Gonzalez, Israel Triviño, Nicolas Rodriguez, Francisco Sepulveda
Hospital Clínico Universidad de Chile; SOCHIHEM; Hospital Clínico Universidad de Chile;
Caso Clínico

Introducción: La enfermedad por Crioaglutininas es una gammapatía monoclonal de significado clínico en la cual autoanticuerpos reconocen antígenos eritrocitarios cuando se exponen a bajas temperaturas, causando hemolisis y síntomas gatillados por frio. Es infrecuente y se debe a una proliferación clonal de linfocitos B en la medula ósea. Métodos: Se presentan dos casos clínicos, estudio, tratamiento y seguimiento a largo plazo. Caso 1: Hombre de 74 años debuta en 2020 con síndrome anémico, lívido reticularis y acrocianosis gatilladas por frío. Laboratorio evidencia anemia hemolítica, Coombs directo C3d ++++, IgM kappa monoclonal, crioaglutininas título 1024 y medula ósea con Linfocitosis B no concluyente de síndrome linfoproliferativo. TAC sin adenopatías ni megalias. Refractaria a Rituximab, tratada posteriormente con Rituximab - Bendamustina logrando respuesta completa, resolviendo síntomas, con hemograma y perfil bioquímico normales. En marzo 2022 presenta neumonía grave por SARS COV 2 requiriendo hospitalización en cuidados intensivos, posterior a su resolución se realiza búsqueda activa de cambios en su componente monoclonal en relación a reportes de la literatura. Se identifica una gammapatía triclonal, EFP peaks monoclonales gamma, 1 de 0,1 y 2 de 0,2 g/dl, IF IgGkappa,IgGlambda e IgMkappa monoclonal, sin reactivación de enfermedad, la cual resuelve durante su seguimiento, catalogándose como transitoria y asociada a la infección. Caso 2: mujer de 81 años que debuta en 2012 con anemia hemolítica, coombs directo C3d (+++), IgM Kappa monoclonal, crioaglutininas (titulo1/128) y medula ósea con infiltración en < 5% linfocitos B patológicos. TAC sin adenopatías ni megalias. Recibió tratamiento con Rituximab EV semanal x 4 dosis (2012) logrando control clínico y de laboratorio. El 2018 recurre sintomatología anémica, se administró Rituximab presentando TEP y hemólisis persistente tratándose con ciclofosfamida, logrando control de hemolisis manteniendo títulos altos de Crioaglutininas. Julio 2021 tercera reactivación clínica y de laboratorio, recibe Rituximab EV + bortezomib SC semanal por 4 dosis con buena respuesta persistiendo asintomática. Se mantiene hasta la fecha con enfermedad controlada, asintomática, sin anemia y con crioaglutininas en título bajo sin impacto clínico.

Discusión: Para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por Crioaglutininas es importante realizar un estudio completo, ya que debe diferenciarse de otras causas de hemolisis y enfermedades gatilladas por frio. El tratamiento debe ser adaptado a las características del paciente y al impacto clínico de la enfermedad; Se basa en la terapia anti CD20. Ante refractariedad a Rituximab debe considerarse una segunda droga como Bendamustina o Bortezomib con actividad demostrada en la literatura y en los casos clínicos aquí reportados. Por último, es fundamental un seguimiento a largo plazo para pesquisar reactivaciones que requieran nuevos cursos de tratamiento.

FOLIO 144

LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO, EPIDEMIOLOGÍA, PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA Y RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS ENTRE LOS AÑOS 2005-2022 EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR

sergio bustos, eduardo diaz, rafael benavente, camila peña, pablo bustamante, daniela zambrano, claudia gajardo, veronica lizama, patricia graffigna, pablo villegas, maria elena cabrera, ximena valladares

Residente hematologia Hospital del Salvador; Profesor Universidad de Chile; Anatomia Patologica Hospital del Salvador; Profesor titular Universidad de CHile; Hematologia Clinica Hospital del Salvador;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: El linfoma del manto (LNHM) corresponde al 6-8% de todos los Linfoma no Hodgkin, con una sobrevida media de 5 años. El 80-90% de los pacientes debutan con formas agresivas con adenopatías generalizadas y compromiso de médula ósea, sangre periférica, tracto gastrointestinal. La estratificación de riesgo se realiza mediante el MIPI score. El tratamiento actualmente se base en antiCD20 + quimioterapia (RCHOP, R-B, VR-CAP) o inmunoterapia (R2, iBTK).

EL objetivo principal es caracterizar nuestros pacientes y evaluar sobrevida según los esquemas de tratamiento recibidos.

Materiales y métodos: estudio observacional y retrospectivo. Se incorporaron pacientes con diagnostico de LNHM confirmados por biopsia entre los años 2005 y 2022. Se recolectó información demográfica, clínica y terapéutica en las fichas clínicas. Para evaluar la sobrevida global (SG) se utilizó curvas de Kaplan-Meier y Log-Rank para comparación. Resultados: se obtuvo 49 pacientes con diagnostico de LNHM. Relación H:M=1,6:1. Edad media: 72 años. Un 67% se presentó con la forma clásica y la mayoría (94%) en etapas avanzadas. Un 55% de los pacientes tuvo compromiso extranodal principalmente digestivo y pleural, de los cuales la mitad tenía compromiso de sangre periférica. La mediana de puntaje MIPI fue 7.1 (alto riesgo). El esquema mas utilizado fue RCHOP (65% de los pacientes) utilizado del 2010 en adelante. De éstos, un 47% alcanzó RC1 y 9 pacientes recayeron en los 2 primeros años. Como esquemas de rescate se utilizó RESHAP o R-B. En los años anteriores el esquema utilizado fue CHOP o clorambucil (13 pacientes), ninguno con RC. Sólo 1 paciente está recibiendo mantención con rituximab y ninguno recibió trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). La sobrevida global (SG) de toda la cohorte fue de 50.2% a 3 años con una mediana SG: 42 meses. Aquellos que usaron esquemas basados en rituximab tuvieron una SG a 3 años: 60.9% vs un 23.1% en los que no usaron antiCD20 (p=0.002).

Discusión: nuestra cohorte es similar en edad de presentación a lo publicado. Asimismo, la mayoría se presentó en etapas avanzadas. Si bien RCHOP aumentó significativamente la sobrevida, como está descrito en la literatura, nuestros datos de SG son menores a los reportados, posiblemente por la falta de más tratamientos de 1° y 2° línea y la dificultad para usar mantención con rituximab u optar a TPH.

Conclusión: este trabajo muestra la realidad local del LNHM y permite un punto de partida para un estudio nacional multicéntrico que permita caracterizar mejor esta patología y optimizar el enfrentamiento terapéutico.

FOLIO 146

LA RANDOMIZACIÓN ES UN MÉTODO POCO UTILIZADO EN ENSAYOS CLÍNICOS INTERVENCIONALES FASE 2 EN PACIENTES ADULTOS CON LINFOMA.

Joaquín Díaz, Catalina Podestá, Daniel Ernst
Servicio de Hematología, Departamento de Oncología, Clínica Alemana de Santiago.; Servicio de Hematología, Hospital Padre Hurtado.; Departamento de Medicina Interna, Hospital Barros Luco.; Escuela de Postgrado, Universidad de Santiago de Chile.; Servicio de Hematología, Departamento de Oncología, Clínica Alemana de Santiago.; Laboratorio de Citometría de Flujo, Laboratorio Clínico, Clínica Alemana de Santiago.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Los ensayos clínicos (EC) son importantes para informar la toma de decisiones en pacientes con linfoma. Los EC fase 2 están diseñados para determinar si una nueva intervención tiene eficacia y seguridad suficiente como para justificar un EC fase 3. Históricamente, los EC randomizados controlados han recibido la mayor consideración de proporcionar evidencia confiable para estos efectos, sin embargo, en el último tiempo los estudios experimentales de una rama han sido considerados como una opción válida por los entes reguladores. Se ha reportado que 66% (49/74) de las aprobaciones en oncología entre 1999 y 2014 por tanto la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) como la Administración de Drogas y Alimentos Estadounidense (FDA) se basaron en experimentos no randomizados, siendo linfoma una de las neoplasias que más comúnmente tuvo la aprobación de medicamentos de la FDA con estudios de una sola rama.

El objetivo de este trabajo es evaluar la proporción y la evolución en el tiempo del uso de la randomización en EC intervencionales fase 2 en pacientes adultos con linfoma, utilizando como muestra la base de datos ClinicalTrials.gov. Métodos: Realizamos una búsqueda en la base de datos de EC de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM) "ClinicalTrials.gov". En campo "condición o enfermedad" utilizamos el término "linfoma" con filtros para "estudios intervencionales", "estudios fase 2" y "adultos = 18 a 64 años" y "adultos mayores = 65 años y mayores". Examinamos todos los EC desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2022. Excluimos estudios con terminología superpuesta que no involucraban a pacientes con neoplasias linfoides maduras, como linfoma linfoblástico/ leucemia linfoblástica aguda, cáncer de pulmón de células no pequeñas con kinasa del linfoma anaplásico (ALK) y los que involucran categorías de enfermedades muy amplias como "cáncer avanzado","malignidades hematológicas" o "poblaciones de alto riesgo", a excepción de cuando incluyeran proporción significativa de pacientes con linfoma. Los casos difíciles se decidieron a discreción de los autores. Resultados: Nuestra búsqueda devolvió 2085 EC, de los cuales incluimos 1376 en el análisis de acuerdo con nuestros criterios de inclusión y exclusión. Entre 2012 y 2022 sólo el 12,8% (177/1376) de los EC intervencionales fase 2 en pacientes adultos con linfoma fueron EC randomizados. El número total de EC aumentó durante el período de análisis, sin embargo el número de EC randomizados controlados se mantuvo proporcionalmente bajo.

Conclusión: Una proporción pequeña de EC intervencionales fase 2 en pacientes adultos con linfoma utilizan randomización al evaluar la eficacia y seguridad de las intervenciones clínicas. El uso de datos derivados de estudios de una rama para la toma de decisiones clínicas debe utilizarse con precaución por los proveedores de salud. La randomización debe ser incentivada por las partes interesadas en el uso de esta información.

FOLIO 147

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTES CHILENOS CON LMA CON MUTACIÓN DEL GEN FLT3-ITD. RESULTADOS DEL GRELAM-CHILE EN EL MARCO DEL REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO DE LMA-PETHEMA

Mónica Romero, Francisca Bass, Verónica Lizama, Rafael Benavente, Marcela Espinoza, Hernán López, Yaima Gutérrez, Marisa Capurro, Carolina Guerra, Joaquín Jerez, Sebastián HIdalgo, Pilar Léon, Bernardita Rojas, Matías Sánchez, Natalia Aránguiz, Miguel López, Lucas Cárcamo, Christine Rojas, Ernesto Castaño, José Viñuela, Vivianne Torres, Mónica Fuentes, Paola Aravena, Patricia Fardella, Verónica Pérez, Francisco Samaniego, Juan Sánchez , María Soledad Urquieta, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos
Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Hospital Salvador Santiago; Clínica Dávila; Hospital Regional de Temuco; Fundación Arturo López Pérez Santiago ; Hospital van Buren Valparaíso; Clínica Alemana Santiago ; Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar ; Hospital Sótero del Río Santiago ; Hospital Sótero del Río Santiago; Hospital Base Valdivia ; Clínica Las Condes Santiago ; Clínica Las Condes Santiago; Hospital de Arica ; Hospital Clínico Universidad de Chile Santiago ; Hospital Clínico Universidad de Chile Santiago; Hospital Naval de Viña del Mar ; Hospital Universitario La Fe Valencia España ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La mutación del gen FLT3 es una de las más frecuentes en la Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA), siendo al 30% de los casos, principalmente el subtipo FLT3-ITD. Se asocia con un impacto pronóstico negativo y menor Supervivencia Global (SG). En la actualidad, las terapias dirigidas como inhibidores de FLT3 y la consolidación con Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) son considerados el standard en el manejo de estos pacientes.

Objetivos: Conocer las características clínicas y evolución de los pacientes chilenos con LMA con mutación del gen FLT3-ITD. Material y Método: Análisis retrospectivo de pacientes chilenos adultos con LMA con mutación del gen FLT3-ITD incluidos en el registro multicéntrico epidemiológico del grupo español PETHEMA, ingresados en la plataforma online de dicho registro. Cada centro cuenta con la aprobación de su respectivo Comité de Ética Científico. Resultados: De un total de 802 pacientes, se analizaron 91 con FLT3-ITD mutado (11,3% de la serie global), diagnosticados entre marzo 2014-junio 2023, 54% mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 47 años (19-77), 77% con ECOG 0-2, 86,5% LMA de novo. La mediana de valores del hemograma al diagnóstico fue: GB 47 x 106/mm3 (0,9-336), Hb 7,4 gr/dL (3,9-13,3), plaquetas 48 x106/mm3 (4-306), blastos 75% (0-100). El subtipo FAB más frecuente fue el M2 (23,7%). El 90% tenía citogenética al diagnóstico (57,3% con cariotipo normal). La asociación con mutación de NPM1 fue del 37% y con mutación de FLT3-TKD, 7%. El 96,5% recibió quimioterapia de inducción (73.2% antraciclina+citarabina, 12,2% midostaurina asociada a quimioterapia intensiva). Tras 1° inducción, el 44% alcanzó RC/RCi, 23,2% resistencia, 14,7% RP y 11% muerte en inducción. 19 pacientes recibieron 2° inducción, principalmente esquema FLAGIDA con o sin midostaurina. El 69% de éstos alcanzó RC/RCi. 14 pacientes (20,3%) recibieron un TPH alogénico, 73% fue mieloablativo y 54% haploidéntico, con una mediana de tiempo entre RC y TPH de 3 meses (2-12). La mediana de seguimiento fue de 7 meses (0-96). La SG a 1,3 y 5 años fue del 45%, 33% y 29%, respectivamente y la mediana de SG fue de 10 meses. Al comparar la SG con y sin TPH alogénico a 1, 3 y 5 años, ésta fue de 67% versus 41%, 48% versus 31% y 48% versus 27%. En cuanto a SG con y sin uso de midostaurina, la SG a 1 año fue del 60 versus 44%, no se realizó análisis a los 3 años debido a no tener el seguimiento necesario para este análisis de los pacientes con midostaurina.

Discusión: Los resultados terapéuticos (RC) y SG de nuestra serie son inferiores a los reportados, por ejemplo, para la cohorte de quimioterapia + placebo del ensayo RATIFY, aunque se debe considerar que en este ensayo no se incluyeron pacientes mayores de 60 años También son menores a lo publicado por el grupo catalán-CETLAM. El acceso a terapias dirigidas como inhibidores de FLT3 y TPH alogénico debe incrementarse, para poder mejores nuestros resultados. Financiamiento: no hay.

FOLIO 148

EXPERIENCIA CON NIVOLUMAB COMO TERAPIA DE RESCATE EN PACIENTES CON LINFOMA DE HODGKIN RECAÍDO O REFRACTARIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO. REPORTE DE 7 CASOS.

José Tomás Gónzalez, Franccesca Guidotti, Magdalena Abbott, Vanessa Araya, Karla Hernández, Valeska Vega, Jose Luis Tirapegui, Felipe Chang, Demian Martínez, Mercedes Mijares, Sandra Aranda

Enfermera CR Hemato Oncología HSJD ; Internista CR Hemato Oncología HSJD ; Becado Medicina Interna Universidad de Chile; Hematólogo CR Hemato Oncología HSJD ;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: El Linfoma de Hodgkin clásico (LHc), es una neoplasia curable en un 70% de los pacientes con las quimioterapias (QMT) actuales. Estos tratamientos en Chile están garantizados por la ley de Garantías Explícitas de Salud (GES). Un tercio de los pacientes serán refractarios o recaerán (R/R). Existe una opción curativa con trasplante autólogo de médula ósea (TAMO), siempre que se logre evidenciar quimiosensibilidad posterior a ser R/R. Terapias diana como los inhibidores de checkpoint, por ejemplo, el anti PD-1 nivolumab (NIVO), han demostrado lograr buenas respuestas incluso en pacientes multitratados. Presentamos nuestra experiencia en 7 pacientes R/R que respondieron a esta terapia. NIVO no cuenta con financiamiento por GES.

Metodología: Se conformó una cohorte retrospectiva de pacientes entre 2022 y 2023 con diagnóstico de LHc que resultaron R/R al menos a 3 líneas de QMT previa y se postularon a rescate con NIVO como puente a TAMO. Se revisaron las fichas clínicas para recopilar datos demográficos, de laboratorio e imágenes y tratamientos administrados. Se evaluaron el subtipo de LHc, el estadío al diagnóstico y el tipo y número de esquemas de QMT. Las respuestas se midieron en base al Score de Deuville (SD), previo y posterior al uso de NIVO. Se registraron las reacciones adversas inmunomediadas (RAI). Los pacientes que llegaron a TAMO lograron

El objetivo de la intervención: Se realizó un análisis de los datos por estadística descriptiva. Resultados: Se encontraron 7 pacientes con LHc R/R tratados con NIVO (1 recaída tardía y 6 refractarios), 6 eran esclerosis nodular y 1 rico en linfocitos. De ellos 5 hombres y 2 mujeres, al diagnóstico entre 25 y 49 años. Todos VIH (-). Dos en etapa localizada de alto riesgo y 5 en etapa avanzada. En PET interino por SD, 1 en remisión completa, 3 en respuesta parcial y 3 refractarios. Seis progresiones intratratamiento y 1 recaída tardía. El número de líneas de QMT previo al NIVO fueron entre 3 a 5; además, 2 usaron brentuximab y 5 pacientes recibieron radioterapia. Todos completaron al menos 4 ciclos de Nivolumab 240mg/bisemanal o equivalente en régimen ambulatorio. Cuatro tuvieron RAI, pero leves, ninguno requirió hospitalización ni tratamiento. Todos fueron controlados con PET, pero en tiempos distintos (posterior al 3r ciclo (1), al 4to (3), al 5to (1) y al 6to (1)). Seis lograron respuesta al menos parcial (DS

FOLIO 150

SÍNDROME DE BING-NEEL COMO RECAÍDA DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDESTROM. REPORTE DE UN CASO.

Demian Martinez, Felipe Chang, karla Hernández, José Luis Tirapegui, José Tomás González, Franccesca Guidotti, Valeska Vega, Mercedes Mijares, Sandra Aranda
Becado Medicina Interna Universidad de Chile; Internista CR Hemato Oncología HSJD;
Hematólogo CR Hemato Oncología HSJD;
Caso Clínico

Introducción: La macroglobulinemia de Waldestrom (MW) es un linfoma linfoplasmocítico (LPL) productor de IgM monoclonal que puede generar síndrome de hiperviscosidad y que infiltra médula ósea frecuentemente. El Síndrome de Bing-Neel (SBN) es una excepcional presentación clínica con compromiso infiltrativo del sistema nervioso central (SNC) y menos frecuentemente el periférico. Ensombrece el pronóstico y es difícil de tratar. Caso Clínico: Mujer de 54 años con antecedente de MW, debut en 2013 con LPL IgM kappa etapa IVb (síntomas B, adenopatías cervicales e infiltración de médula ósea), sin clínica de hiperviscosidad (IgM 8381 mg/dL). Recibe tratamiento con 6 ciclos RCOP, 3 ciclos RCHOP y RCHOM en 2014. Queda en seguimiento. Recae en 2017, se indica R-Bendamustina por 6 ciclos y logra respuesta parcial. En controles asintomática. En 2022 refiere 1 año de tinnitus asociado a mareos e inestabilidad de la marcha. Progresa con visión borrosa bitemporal y entopsias ojo izquierdo. Resonancia magnética (RM) órbita: signos de neuritis óptica bilateral y alteración de señal a nivel subaracnoideo de surcos corticales bihemisféricos. RM cerebral y médula espinal: infiltración por linfoma de pares craneales, leptomeninges infra y supratentorial, radicular difuso y ambos plexos braquiales/lumbosacros. En 2023 con exacerbación síntomas neurológicos, sin síntomas B. Hb 12 g/dL GB 12500 RAN 6875 RAL 2000 RAM 1375 Plaquetas 106000 VHS 45 mm/seg, B2 MCG 1,69 mg/dL, proteínas 6,6 g/dL, albúmina 4 g/dL. Componente M en electroforesis proteínas suero 0,8 g/dl., IgA 5 g/dL IgM 1507 mg/dL IgG 455 mg/dL. Tomografía tórax, abdomen y pelvis (2023): Masas cervicotorácica paravertebral izquierda, torácicas y lumbosacras con compromiso foraminal. Citometría de flujo en LCR: linfocitos B maduros monoclonales CD19+ CD20+ CD79b+ CL Kappa+. Se indica RICE con quimioterapia intratecal paliativa, se omite biopsia de médula. Completa 3 ciclos sin negativizar LCR. PET CT: masas en respuesta parcial, hipermetabolismo medular y leptomeníngeo. Remisión clínica con IgM 1470 mg/dL.

Discusión: En general en todo paciente con MW y focalidad neurológica debería sospecharse como primera posibilidad un síndrome de hiperviscosidad; sin embargo, el SBN, aunque es sumamente infrecuente, puede presentarse de manera similar. En nuestra paciente se plantea SBN por la clínica, evidencia de infiltración en neuroimágenes y la baja probabilidad de hiperviscosidad con IgM < 2 gr/dL. La citometría de flujo en LCR confirma el compromiso tumoral del SNC. Esta presentación es infrecuente y compleja de tratar con inmunoquimioterapia por baja penetración de la misma en SNC. Se decidió tratar con RICE más QMT intratecales por menor toxicidad que otros esquemas, buscando mejoría sintomática, lo cual se logró. En pacientes frágiles quimioterapias intratecales seriadas pueden ser una opción. Los inhibidores de kinasa de Bruton son una alternativa con evidencia favorable en estos pacientes, ya que penetran SNC.

FOLIO 152

ASOCIACIÓN DE PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS E INFLAMATORIOS CON CAMBIOS MORFOLÓGICOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19

Rodrigo Boguen, Felipe Garrido, Francisco Quiñones, José Ignacio Barros, Hugo Delgado, Andrés San Martín, Pablo Letelier, Dina Guzmán-Oyarzo, Neftalí Guzmán
Laboratorio Clínico, Hospital Dr. Herna?n Henri?quez Aravena, Temuco, Chile; Centro de Investigación en Salud de Precisión, Departamento de Procesos Diagnósticos y Evaluación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile; Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Medicina y Ciencias, Universidad San Sebastián Sede Concepción, Chile;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Parámetros hematológicos pueden ser útiles como biomarcadores de COVID-19 severo, describiéndose además diversas alteraciones morfológicas. El objetivo del estudio fue identificar variaciones morfológicas en pacientes hospitalizados por COVID-19 y su potencial asociación con cambios de parámetros hematológicos e inflamatorios. Material y métodos: 50 pacientes adultos ingresados a hospitalización por COVID-19 en un centro clínico público, fueron incluidos en el estudio, siendo aprobado por el Comité de ética científica. El diagnóstico se realizó usando criterios establecidos y confirmado por qRT-PCR. A cada paciente se le realizó hemograma dentro de las 24 horas de admisión y la morfología sanguínea fue realizada mediante sistema Cellavision DM1200 y confirmada por dos morfólogos experimentados. Se determinó proteína C Reactiva (PCR) y Ferritina como marcadores inflamatorios. El análisis estadístico se realizó mediante prueba T y correlación de Pearson, considerando significancia estadística a P< 0,05. Resultados: Se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en recuento eritrocitario (RBC), hematocrito (HCT), hemoglobina (HGB), Hemoglobina corpuscular media (HCM), amplitud de distribución eritrocitaria y recuento plaquetario (PLT), además de ferritina. Los hallazgos más comunes en neutrófilos correspondieron a granulación tóxica (100%), cuerpos o zonas de Döhle (80%), hipersegmentación (74%), cromatina satélite (62%) y desviación izquierda (58%). Destaca además presencia de anomalía de Pseudo–Pelger–Huët (34%), Netosis (8%) neutrófilos apoptóticos (6%) y en anillo (4%). Para linfocitos, los cambios morfológicos mas significativos correspondieron a linfocitos reactivos (60%), linfocitos grandes granulares (60%) y linfocitos plasmocitoides (32%). Se observó un 84% de macroplaquetas para el grupo de pacientes incluidos en el estudio. Finalmente, los hallazgos más frecuentes para serie roja correspondieron a policromatofilia (40%), anisocitosis (26%) y punteado basófilo (24%). Al evaluar marcadores de inflamación se observó que PCR se correlacionó de forma negativa con la hipersegmentación de neutrófilos. Por su parte, una correlación positiva fue observada entre ferritina y parámetros eritrocitarios como RBC, HGB, HCM y CHCM. Otros marcadores de inflamación sistémica como NLR y PLR, mostraron una correlación positiva entre NLR con neutrófilos y cromatina satélite, mientras que una correlación negativa fue observada con monocitos, anomalía de pseudo Pelger-Huët, linfocitos grandes granulares y macroplaquetas.

Conclusión: Se observan diversas alteraciones morfológicas de sangre periférica en pacientes que ingresan al hospital por COVID-19 que son comunes en la mayoría de ellos. Además, algunos de estos se relacionan con marcadores inflamatorios y parámetros hematológicos. Financiamiento: Proyecto VIPUCT-2022REG-NG-01, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado Universidad Católica de Temuco.

FOLIO 154

COMPONENTE BICLONAL COMO PRESENTACION ATIPICA DE LINFOMAS B DE BAJO GRADO

ROSA CAROLINA VERMIGLIO, NICOLAS QUINTERO, PABLO DE LA BARRA, NATALIA MENDEZ, JAIME MARIN
1;
Caso Clínico

Compromiso bi clonal como presentación atípica de linfoma B de bajo grado Vermiglio R (1), Quinteros N (1), De La Barra P (2), Méndez N (2), Marín J (2) Servicio de Hematología Hospital Clínico San Borja Arriarán Servicio de Medicina Interna Hospital Clínico San Borja Arriarán Introducción Las células plasmáticas son las células efectoras finales de la respuesta humoral del sistema inmune, desarrollándose a partir de los linfocitos B. Mientras que muchos de los linfomas malignos presentan un bloqueo en la maduración normal, el bloqueo es incompleto en una porción de los linfomas, siendo la diferenciación plasmocelular un proceso de maduración común. Esto ocurre en algunos linfomas donde la diferenciación plasmática se espera, como es el caso del linfoma linfoplasmocítico y en otros en los que la diferenciación no es frecuente, como en el linfoma de la zona marginal. Descripción del caso Paciente de 66 años, hipertenso. Consulta por historia de síndrome consuntivo asociado a pancitopenia profunda por lo que se hospitaliza. Tomografía computada describe conglomerado de adenopatías supra e infra diafragmáticas y hepatoesplenomegalia. Se amplía estudio destacando electroforesis de proteínas sérica con peak biclonal e inmunofijación IgG Kappa e IgM Kappa. Se realiza biopsia de médula ósea (MO): celularidad escasa, linfocitos de aspecto maduro, algunas células de mayor tamaño, escaso citoplasma, núcleo voluminoso. Inmunofenotipo: CD 19, cCD 79a, CD20, CD 200, CD 79 b intermedio, expresión débil de CD38, CD 43 y cadena liviana kappa. Negativo para CD23 y CD10. Biopsia de adenopatía inguinal: Linfonodo inguinal con pérdida de la arquitectura y reemplazo por una proliferación linfoide atípica de células pequeñas, concordante con linfoma de la zona marginal. En vista de linfoma B de bajo grado se inicia quimioterapia con esquema R-COP. Por discordancia de biopsias, se revisa caso en Anatomía Patológica, concluyendo que ambas se pueden clasificar como linfoma B de bajo grado de la zona marginal dado hallazgos inmunohistoquímicos. En relación a anemia refractaria; en estudio destaca aglutinación al frotis y test de coombs directo IgG (++++) C3D (++) interpretada como anemia hemolítica inmune secundaria.

Discusión: La inmunohistoquímica de la biopsia MO plantea la posibilidad de linfoma con componente diferenciación plasmocitoide; considerando la expresión y el nivel sérico de IgM, este paciente podría estar en consonancia con el diagnóstico de macroglobulinemia de Waldenström y eso explicaría, entre otras cosas, la presencia de fenómeno de aglutinación al frotis y la presencia de anemia hemolítica, sin embargo, la biopsia de MO no mostró infiltración por linfocitos pequeños, células plasmocitoides o células plasmáticas. La literatura disponible acerca de linfoma biclonal es escasa, basada principalmente en series o reportes de casos. Aún no se conoce el significado clínico y el esquema de tratamiento más recomendado de esta diferenciación plasmocelular en los linfomas B de bajo grado, aunque se ha visto que podría estar relacionada con la presencia de paraproteína sérica , un estadio avanzado de la enfermedad y una resistencia al bortezomib.

FOLIO 156

MIELOMA MÚLTIPLE DE ALTO RIESGO CITOGENÉTICO EN CHILE. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CITOGENÉTICAS, TRATAMIENTOS EN PRIMERA LÍNEA Y TASAS DE RESPUESTAS.

Francisco Samaniego, María José García, Patricia Graffigna , Javiera Donoso, Marcela Espinoza, Cecilia Beltran, Valentina Goldschmidt, Camila Peña
Hematología Hospital Padre Hurtado; Hematología Pontificia Universidad Católica de Chile; Hematología Hospital del Salvador; Hematología Clínica Alemana de Santiago; Hematología Clínica Dávila; Hematología Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco y Universidad de La Frontera;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia heterogénea en su conducta biológica y pronostico. La sobrevida ha mejorado con medias de 10 años en candidatos a trasplante, sin embargo, 15 a 20% tienen pobre pronostico con sobrevidas menores a 3 años. Los principales factores que identifican a pacientes con MM de alto riesgo (MMAR) son la citogenética y la respuesta al tratamiento. Alteraciones citogenéticas de alto riesgo son: traslocación t(4;14) y t(14;16), ganancia o amplificación del 1q (gan1q) y deleción de 17p (del17p). Su frecuencia al diagnóstico es 6, 4, 40 y 10% respectivamente. La t(14;20), también de mal pronóstico, es infrecuente. La mejor estrategia para combatirlas es lograr respuestas profundas y sostenidas, buscando enfermedad residual negativa con esquemas basados en corticoides, inhibidores del proteosoma, inmunomoduladores y trasplante autólogo (TAMO). La adición de daratumumab en primera línea es especialmente recomendable ya que aumenta tasas, profundidad de respuesta y sobrevida libre de progresión (PFS) en MMAR. En Chile no contamos con reportes que analicen específicamente a pacientes con MMAR ni el uso de daratumumab en ellos.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con MMAR tratados en centros nacionales. Se consideró de alto riesgo la t(4;14), t(14;16), t(14;20), gan1q y del17p determinadas por FISH (valor de corte: presencia en más del 10% de células plasmáticas). Se registraron características clínicas, de laboratorio, tratamientos en primera línea y tasas de respuesta. Resultados: Se incluyen 49 pacientes diagnosticados entre junio 2014 y abril 2023. La edad media fue 60 años, el 58% mujeres y el 78% de centros públicos. Las alteraciones citogenéticas fueron: del17p: 44%, gan1q: 40%, t(4;14): 34% y t(14;16): 4%. El porcentaje de células plasmáticas promedio con cada alteración fue 38, 57, 64 y 76%. Presentaron hipercalcemia, anemia, falla renal y lesiones líticas el 38, 57, 32 y 77% respectivamente. Requirió diálisis un 20%. El R-ISS al diagnóstico fue de II y III en el 25 y 68%. Los tratamientos en primera línea fueron: CyBorD o VTD (38%), VRD (38%), VRD/VTD PACE (6%) y otros (18%). El promedio de ciclos de tratamiento fue 4. Presentaron respuesta parcial (RP) o mejor el 86% y solo 17% respuesta completa (RC). De 26 candidatos a TAMO, 65% lo reciben con RC en 46%. Solo 4 pacientes recibieron daratumumab en primera línea con VRD o CyBorD, logrando 1 RC, 2 muy buena RP y 1 RP. Sin reacciones adversas grado 3 o 4.

Discusión: Los pacientes con MMAR tienen pobre pronóstico. Se benefician de lograr y mantener respuestas profundas. La adición de daratumumab en primera línea ha demostrado aumentar la profundidad de respuesta y la PFS en MMAR. En este análisis las tasas de RC fueron bajas en comparación a la literatura y el uso de daratumumab en primera línea poco frecuente. Es importante buscar el tratamiento más efectivo en primera línea, especialmente en pacientes con citogenética adversa.

FOLIO 157

ACIDOSIS LÁCTICA REFRACTARIA COMO DEBUT DE LINFOMA NO HODGKIN. PRESENTACIÓN INFRECUENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Franccesca Guidotti, José Tomás Gonzalez, Karla Hernandez, Valeska Vega, Sandra Aranda, Mercedes Mijares
Medico Internista Hospital San Juan de Dios; Hematología Hospital San Juan de Dios;
Caso Clínico

Acidosis Láctica Refractaria como debut de Linfoma no Hodgkin. Presentación infrecuente a propósito de un caso clínico. Introdución: La acidosis lactica (AL) es un trastorno del metabolismo con elevada tasa de mortalidad. Puede presentarse en neoplasias sólidas y hematológicas, siendo en estas últimas más frecuentes en los linfomas particularmente en el linfoma difuso de celulas grandes B y la leucemia.. En algunas ocasiones puede ser la alteración inicial que conduce al diagnóstico. Se desconoce su incidencia real pero si se sabe que se asocia a mal pronóstico. Dentro de los factores que propician su desarrollo se plantea que el volumen tumoral podria favorecer y la alta expresion de ki67. Cuadro clinico: Paciente sin antecedentes médicos previos, con historia de 3 semanas de evolución de dolor lumbar, adenopatías axilares e inguinales y síntomas B. Biopsia de adenopatía axilar revela Linfoma No Hodgkin Folicular de grado 3 con patrón nodular y difuso. Estudios de etapificación muestran adenopatías supra e infradiafragmáticas y esplenomegalia. Resonancia magnética de columna evidencia extenso compromiso difuso de la médula ósea vertebral. Ingresó a urgencias con empeoramiento de síntomas en las últimas 72 horas, presentando disnea, hipotensión, mal perfusión, hipoglucemia y requiriendo dosis moderadas de noradrenalina. Exámenes de ingreso muestran Hb 9, Gb 8700, plaquetas 170 mil, acidosis metabólica moderada, Creatinina 0.92, lactato 108, LDH 2540, Ac úrico 13.6, fósforo 4.7 Ca corregido 11, perfil hepáticas normal, PCR 173. TAC TAP: muestra derrame pleural bilateral, infiltrados pulmonares nodulares difusos, hepatomegalia leve y ascitis leve. Serología VIH reactiva. Evoluciona grave con insuficiencia respiratoria aguda, síndrome de lisis tumoral espontáneo y acidosis láctica severa, se traslada a UCI con requerimientos de ventilación mecánica invasiva y DVA inicialmente en dosis altas. Posterior a reanimación con fluidoterapia y DVA a la baja, persiste acidosis refractaria, necesitando diálisis por 48h. Destacando al examen fisico buena perfusion periférica y diuresis amplia, sin falla renal, sin embargo el ácido láctico persiste >100, interpretándose como acidosis refractaria secundaria a linfoma. Inicia dexametasona 20 mg por 3 días y posteriormente quimioterapia de primera línea RCHOP evolucionando con normalización de ácido láctico.

Discusión: La fisiopatología de la acidosis láctica en las neoplasias es multifactorial (efecto Wartburg en células tumorales, micro embolización vascular, efectos del factor de necrosis tumoral alfa) pudiendo estar presentes varios mecanismo en un mismo paciente. Se recomienda sospechar síndromes linfoproliferativos en contexto de AL sin hipoxia. La sospecha y diagnostico oportuno para el inicio precoz del tratamiento adecuado es uno de los factores más importantes en la resolución de la AL y el pronóstico de los pacientes.

FOLIO 158

APLASIA PURA DE GLÓBULOS ROJOS MEDIADA POR EPOETINA ALFA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARLOS TORRES, LILIANA CUEVA, SIDNEY RODRIGUEZ , XAVIER MACIAS , ROBERT HOLLOWAY
becado; Internista; SOCHIHEM ;
Caso Clínico

La aplasia pura de glóbulos rojos (APGR) es un síndrome hematológico caracterizado por una anemia normocítica aislada con reticulocitopenia grave y en donde los precursores eritroides en médula ósea (MO) se encuentran disminuido. Es una complicación rara de la terapia con análogos de eritropoyetina (EPO), indicados en el manejo de la anemia por enfermedad renal crónica (ERC), la cual tiene una incidencia de 0,03 por 10000 pacientes/año. Se presenta caso de APGR en paciente con ERC tratada con EPO alfa manejado con inmunosupresores.

Descripción del caso: Paciente femenina de 57 años de edad, con antecedente de ERC estadio V (diciembre de 2020), y síndrome anémico severo en estudio que requería de transfusiones de concentrado globular (CG) seguidos, quién recibía deferasirox BID y EPO alfa 3 de lunes a viernes. El 28/06/22, tras varios meses de evolución de cuadro clínico caracterizado por astenia, adinamia, debilidad muscular, cansancio, mareos, palpitaciones, la paciente es hospitalizada para estudio y manejo de anemia severa, ingresando con Hb: 6,0 g/dL, Hto: 17,7%; Fe sérico: 317 mg/dL; Ferritina: 1280 ng/mL, Transferrina: 203.7 mg/dL). Posterior a transfusión de dos unidades de CG, se observa mejoría clínica de síntomas, pero con escasa respuesta (30/06/22: Hb: 7,4 g/dL, Hto: 21,8%; Leucocitos: 4260 xmm3, Plaquetas: 121000 xmm3). En interconsulta con hematología, se reajusta dosis de EPO alfa 4000 UI cada día de lunes a domingo previo estudio de MO. En hemograma del 04/07/22 se obtiene Hb: 6,1 g/dL, Hto: 18,2%; Leucocitos: 3320 xmm3, Plaquetas: 146000 xmm3, Recuento de reticulocitos: 0,10%, por lo que se solicita niveles de EPO y mielograma antes sospecha diagnóstica de APGR mediada por EPO alfa. En fecha 5/07/2022 se obtiene niveles de EPO (<0,1 mU/mL), se realiza aspirado de MO, reportando diminución marcada de serie eritroblástica, aumento leve-moderado de serie granulocítica, y series megacariocítica y agranulocítica normales, por lo que se confirma el diagnóstico. Se decide suspender EPO alfa e iniciar tratamiento con Metilprednisolona 500 mg/día por 4 días y luego Prednisona 60 mg/día, Ciclosporina A 50mg 2 comprimidos/12 horas. Debido a mejoría clínica, en 14/07/2022, se decide su egreso.

Discusión: Se reportó caso de paciente con ERC con anemia crónica severa en quién la administración prolongada de EPO alfa medió el desarrollo de una APGR, complicación hematológica, inmunomediada y multifactorial, que ha sido reportada por otros autores en contextos clínicos similares. La paciente fue manejada según lo recomendado por la literatura, la cual indica la suspensión inmediata de la EPO alfa, la corrección de la anemia, y la administración de corticoesteroides y ciclosporina A, tiene una tasa de respuesta alta. La APGR es una complicación asociada al uso de EPO alfa, que responde al tratamiento inmunosupresor.

FOLIO 161

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL MUTACIONAL DE PACIENTES CON NEOPLASIAS MIELOIDES EN EL HOSPITAL DEL SALVADOR: UTILIDAD CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO.

Carolina Behrens, Alvaro Sandoval, Juan Galindo, Virginia Monardes, Rafael Benavente, Ximena Valladares, M. Cortés
Hospital del Salvador; Magíster en Análisis Clínico, Universidad de Valparaíso;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las neoplasias mieloides (NM) se categorizan en cuatro principales grupos: leucemias mieloides agudas (LMA), neoplasias mielodisplásicas (SMD), neoplasias mieloproliferativas (NMP) y las neoplasias mielodisplásicas/mieloproliferativas (SMD/NMP). El perfil genético de estas patologías es muy heterogéneo, y por ello, se requiere la detección precisa de mutaciones en estas entidades para el correcto diagnóstico, pronóstico, y para identificar potenciales blancos terapéuticos, lo que se logra con la técnica de secuenciación masiva o NGS. Con la implementación de esta tecnología, surge la necesidad de conocer cuál es perfil mutacional de los pacientes con NM en nuestro país y cuál es el impacto de esta nueva información en su estratificación de riesgo y en el diagnóstico.

Metodología: Se analizaron los resultados de 73 pacientes con NM con estudio de NGS al diagnóstico (panel mieloide), y se evaluó la distribución de variantes genéticas en cada grupo de NM y por categoría funcional de los genes afectados. Solo se consideraron las variantes patogénicas y probables patogénicas para este estudio. La estratificación de riesgo fue calculada utilizando los modelos: ELN 2022 (LMA), MIPSS-PV (Policitemia vera), MIPSS-TE (Trombocitemia esencial), DIPSS+ vs MIPSS70+v2.0 (Mielofibrosis primaria), IPSS-R vs IPSS-M (SMD y SMP/NMP-NOS), y CPSS vs CPSS-Mol (Leucemia mielomonocítica crónica). El cambio en la categoría diagnóstica fue evaluado de acuerdo a la guía WHO 2022.

Resultados: En un 79,5% de los pacientes se detectó al menos una mutación (rango 0-9) encontrando 140 mutaciones en 58 de los 73 pacientes analizados (2,4 mutaciones por paciente). Los genes más frecuentemente mutados en LMA fueron FLT3, NRAS, WT1, DNMT3A y NPM1. En NMP fueron JAK2, CALR, MPL, TET2 y SETBP1. En SMD fueron DNMT3A, CBL, SF3B1 y U2AF1. Mientras que en SMD/NMP fueron TET2 y vía RAS. En todos los grupos de NM la categoría funcional más afectada fue la señalización celular, a excepción de SMD que fue la metilación del ADN junto con los factores de splicing. Respecto a la frecuencia alélica de la variante (%VAF), los pacientes con NMP y SMD/NMP presentan una mayor VAF que aquellos con LMA ($p<0,05$) y tienden a ser mayores que en SMD. Por otra parte, el 47,2% de la cohorte cambió su estratificación de riesgo (LMA: 7,8% mejoró y 14,6% empeoró; NMP: 50% mejoró y 43,8% empeoró; SMD: 20% mejoró y 40% empeoró y en SMD/NMP el 80% empeoró su riesgo pronóstico), mientras que un 17,8% cambió su categoría diagnóstica luego del uso de NGS.

Conclusión: El uso de NGS permitió observar que el perfil mutacional, las categorías funcionales de genes y su frecuencia de mutación difieren entre los diferentes grupos de NM, lo que refleja procesos leucemogénicos distintos entre estos grupos. La aplicación de esta tecnología logró optimizar el diagnóstico, pronóstico y las opciones terapéuticas de los pacientes afectados por NM demostrando ser de gran utilidad clínica.

FOLIO 165

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PATRONES DE TRATAMIENTO Y SUPERVIVENCIA GLOBAL (SG) DE PACIENTES CON LMA ENTRE 60-70 AÑOS AL DIAGNÓSTICO DEL HGGB DE CONCEPCIÓN, INCLUIDOS EN EL REGISTRO LMA-PETHEMA

Mónica Romero, Gian Fissore, Francesca Alarcón, Valentina Solar, Claudia Bornhardt, David Martínez-Cuadrón, Pau Montesinos
Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción ; Hospital Universitario La Fe Valencia España;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) es la leucemia más frecuente del adulto, con una mediana de edad al diagnóstico de 64 años, lo cual puede limitar a veces las opciones terapéuticas. En Chile, las recomendaciones del protocolo nacional ministerial están orientadas principalmente al uso de quimioterapia intensiva y trasplante hematopoyético en pacientes menores de 60 años.

Objetivo: analizar los pacientes con LMA de 60-70 años de un solo centro.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes con LMA de 60-70 años de edad al diagnóstico, del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, ingresados en el registro epidemiológico del grupo español PETHEMA. El centro cuenta con aprobación del comité de ética científico.

Resultados: Se analizaron 61 pacientes diagnosticados entre enero 2010-mayo 2023. El 61% de género masculino, con una mediana de edad al diagnóstico de 64 años (60-70). El 96% tenía un ECOG 0-2 y el 83% correspondían a LMA de novo. Las medianas de laboratorio al diagnóstico fueron: GB 9,86 x 106/mm3 (0,5-334), Hb 7,95 gr/dL (4,7-12,8), plaquetas 36,5 x106/mm3 (3-529), blastos 35% (0-99). Los subtipos FAB más frecuentes fueron M4 (27%) y M2 (22%). El 64% de los pacientes no tenía citogenética y de aquellos con cariotipo disponible, un 22,7% fue complejo. La determinación de NPM1 fue realizada sólo al 33% de los pacientes (mutado: 25%). FLT3-ITD se determinó sólo en el 35% de los pacientes (mutado: 24%). El 37% de los pacientes no fue tratado y/o recibió sólo soporte. El 60% recibió quimioterapia de inducción con un esquema intensivo (QTi), principalmente antraciclina+citarabina; alcanzando RC/RCi tras 1 ciclo de inducción el 44% de los pacientes, con un 31% de refractariedad y 19,4% de mortalidad en inducción. Recibieron consolidación 1,2 y 3 el 72,2%, 47,2% y 36,1% de los pacientes que recibieron inducción. No se informaron muertes en consolidación. La mediana de días de hospitalización en inducción fue de 35,5 (17-92) y 25 en consolidación (15-36). La mediana de edad de los pacientes en QTi fue de 66 años versus 62 años soporte ($p < 0,01$), el 97% con ECOG 0-2. La mediana de SG de los pacientes en soporte fue de 0 mes (0-24) versus 5 meses los pacientes con QTi (0-57). La SG a 1 y 2 años del grupo de soporte fue de 5% y 0%, respectivamente; mientras que en el grupo con QTi fue de 37% y 24%. Un 19% de los pacientes con QTi estaban vivos a 3 años.

Conclusión: Éste es el primer análisis de un centro chileno enfocado al grupo etario de pacientes con LMA de 60-70 años, en el cual es imprescindible mejorar los resultados y reconsiderar el manejo hasta ahora llevado a cabo. La mayoría de los pacientes presentó un ECOG favorable, lo que podría ayudar a considerar el uso de QTi que demostró mejor SG. Es importante aumentar la cobertura de exámenes citogenéticos y moleculares en este grupo etario que permitan definir mejorar los grupos de riesgo y las opciones terapéuticas disponibles.
fuente de financiamiento: no hay

FOLIO 166

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SECUNDARIA A CAMBIOS RELACIONADOS CON MIELODISPLASIA. ESTUDIO GRELAM-CHILE DEL REGISTRO LMA-PETHEMA.

Marcela Espinoza, Monica Romero, Rafael Benavente, Francisca Bass, Veronica Lizama, Joaquín Jerez, María Carolina Guerra, Francisco Samaniego, Juan Sanchez, Natalia Aranguiz, Matías Sanchez, Pau Montesinos, David Martínez

Clínica Dávila; Hospital Guillermo Grant Benavente; Hospital del Salvador; FALP; Hospital Clínico UCHILE; Clinica Alemana; Hospital Clínico de la Fe;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las leucemias mieloblásticas agudas (LMA) con cambios relacionados a mielodisplasia (LMA-CRM) corresponden a aproximadamente un 25% del total, siendo más frecuente en pacientes mayores. Se consideran que tienen un pronóstico desfavorable, pese a la aparición de nuevas terapias y al uso de trasplante de precursores hematopoyéticos. Recientemente, este grupo ha sido reclasificado como LMA con alteraciones citogenéticas o mutaciones relacionados con mielodisplasia. Existen pocos datos en Chile respecto de las características clínicas y de sobrevida global de este grupo de pacientes. Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con LMA secundaria a Cambios Relacionados con Mielodisplasia del registro epidemiológico multicéntrico de LMA del grupo español PETHEMA. Resultados: De un total de 802 pacientes chilenos con diagnóstico de LMA incorporados en la plataforma online del registro de PETHEMA, 158 de ellas son LMA secundarias y 51 LMA-CRM. Al igual que las LMA s predominantemente en hombres 64,7%. Edad media de 60,4 años al diagnóstico de la LMA. La media de recuento de GB es 11.900/mm3. recuento de blastos en sangre periférica 25,6%, LDH 407 U/L. Cariotipo anormal en 49%. El tipo morfológico más frecuente M0 en 12 casos. En relación con la biología molecular, sólo 2 pacientes con IDH1-2 positiva, FLT3 ITD 3 casos. Sólo tres pacientes con FISH anormal (17p). Dentro del tipo de Síndrome Mielodisplásico AREB 13%, AREB 2 21% y SMD no especificado 33%. 72% tenía diseritropoyesis, 70% dismielopoyesis y 56% displasia megacariocítica. 35,2% con fiebre al debut e infección clínica en 29%. El tratamiento previo recibido, antes de transformarse en LMA, fue hipometilante en 7 casos, radioterapia 1, antraciclinas 3 y alquilante 2. El esquema primera inducción más frecuente fue Antraciclina más citarabina 39%, Soporte/No tratado 29%, Venetoclax más Hipometilante (Azacitidina o decitabina) 9,8%. En relación con las respuestas a tratamiento tras la primera inducción, el 27% alcanzó respuesta completa (RC) más RCi, 9,8% respuesta parcial, 21,5% resistencia. Se reportó un 5,8% de muerte en inducción. 10 pacientes tuvieron evaluación de Enfermedad mínima residual tomada en 14 casos sólo en 4 de ellos fue negativa. El 15,6 % de los pacientes vivos, 5 (9,8%) de ellos recibieron trasplante alogénico. En cuanto a las causas de muerte, éstas fueron principalmente por enfermedad progresiva 23% e infección 23%. La Sobrevida Global (SG) fue 7,0 meses, esta no fue significativamente distinta a LMA secundaria, LMA secundaria a síndrome Mieloproliferativo crónico y LMA secundaria a tratamiento de tumores sólidos (7,5 meses, 6,7 meses y 5,6 meses, NS).

Conclusiones: Por primera vez se obtienen resultados nacionales en Chile. En general, se trata de una entidad de mal pronóstico, en la que el trasplante alogénico podría tener algún rol en mejorar la sobrevida de este grupo de pacientes.

FOLIO 167

LINFOMAS NO-HODGKIN CON COMPROMISO GASTROINTESTINAL: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO EN UN SERVICIO HEMATOLÓGICO

Paula Aedo, Macarena Molina, Raimundo Gazitua
Universidad de los Andes; Fundación Arturo Lopez Perez; Universidad de los Andes; Fundación Arturo Lopez Perez;
Resumen – Investigación Científica

LINFOMAS NO-HODGKIN CON COMPROMISO GASTROINTESTINAL: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO EN UN SERVICIO HEMATOLÓGICO Introducción: Los linfomas pueden tener compromiso primario del tracto gastrointestinal, así como secundario, correspondiendo al 30-40% y 5-20% respectivamente. El sitio más afectado es estómago (60-70%), seguido de intestino delgado (20-30%). La histología es variable, las más frecuentes: linfoma asociado a tejido de mucosa (MALT) y linfoma difuso de células grandes B (LDCGB), otras incluyen linfoma del manto, folicular, linfoma de Burkitt, linfoma plasmablástico; dentro de los linfomas T el más frecuente es el linfoma T asociado a enteropatía (EATL). El manejo es variable desde observación, tratamiento antibiótico (erradicación H. pylori), radioterapia, quimioterapia, cirugía, inmunoterapia (rituximab) o combinación.

El objetivo de este estudio es describir las principales características epidemiológicas de Linfomas no Hodgkin (LNH) con compromiso gastrointestinales tratados en un servicio hematológico

Metodología: Se analizan 19 pacientes presentados en comité hematológico entre el 1 de enero de 2018 y el 1 de junio de 2023 con diagnóstico de LNH con compromiso gastrointestinal, se excluyen pacientes no tratados en el centro. Se analizan variables demográficas y clínicas como localización, presentación, histología, tratamiento y complicaciones, se evalúan sobrevida libre de progresión (PFS) y sobrevida global (OS) de la cohorte por subtipos. Análisis estadístico realizado en Microsoft Excel. Resultados: Mediana edad de la cohorte 68 años, 58% hombres, 42% mujeres. El índice de comorbilidad de Charlson promedio es de 4,6 puntos. De los sitios afectados 47% presentó compromiso de estómago, 43% de intestino delgado, 10% colon. En los estadìos de presentación 58% fueron localizados (etapas I y II). En histología 58% corresponde a LDCGB tratados en un 90% con RCHOP con dosis plena o ajustada por edad, con mediana OS de 27 meses, sin diferencia estadísticamente significativa entre estadios localizados o avanzados. 16% corresponden a MALT, los cuales fueron tratados con antibióticos con media de OS de 30 meses, ambos vivos a la fecha. 16% corresponde a otras histologías (plasmablástico, células dendríticas, marginal). 10% Linfoma T asociado a enteropatías, uno tratado con CVP con sobrevida de 4,4 meses, y otro con Brentuximab CHP (sobrevida 1 mes). En cuanto a la Clínica al debut, 21% presentó hemorragia digestiva, 52% dolor abdominal, y 27% otros (síntomas B, dispepsia, diarrea). Complicaciones 21% desnutrición, 1 obstrucción intestinal, 1 hemorragia digestiva, 69% sin complicaciones.

Conclusión: En nuestra institución la mayoría de los linfomas intestinales se presentan en hombres adultos mayores, con mayor frecuencia LDCGB, sobrevida varía según subtipos, siendo el de peor pronóstico el EATL. Se requiere un mayor tamaño muestral para lograr obtener correlaciones de significancia estadística.

FOLIO 168

LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES B PRIMARIO PULMONAR. REPORTE DE UN CASO

José Tomás González, Franccesca Guidotti, Jose Luis Tirapegui, Karla Hernández, Valeska Vega, Mercedes Mijares, Sandra Aranda
Internista CR Hemato Oncología HSJD; Hematólogo CR Hemato Oncología HSJD;
Caso Clínico

Introducción: El linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B (LDCGB) es el linfoma agresivo más frecuente. Puede afectar cualquier tejido u órgano del cuerpo, infiltrándolos por contiguidad o surgiendo primariamente en un órgano extranodal. Dentro de las localizaciones más frecuentes se encuentra el tubo digestivo, la piel y cabeza y cuello. Su presentación primaria en parénquima pulmonar es extremadamente rara y dada su clínica inespecífica suele confundirse con tuberculosis o cáncer pulmonar. Caso Clínico: Mujer de 52 años. En 2022 presenta deterioro funcional progresivo por disnea. Tos de 8 meses de evolución, baja de peso de 20 Kg y fiebre. En 2023 se realiza radiografía de tórax que evidencia gran masa pulmonar derecha, performance status 2. PET CT: Masa pulmonar hipermetabólica en lóbulo superior derecho (LSD), probable primario broncogénico con extensión hacia pared torácica, sin otros focos. TAC cérebro sin lesiones. Función pulmonar: DLCO: 62%, Espirometría: CVF 61% 2,08 lts, VEF1 62% 1,72%. Ecocardiograma: FEVi conservada, cavidades noramles. Se hospitaliza de urgencia por insuficiencia respiratoria aguda en contexto de infección por COVID y tumor pulmonar. En exámenes Hb 9,1 g/dL, leucocitos 11.140 RAN 9246 RAL 780 RAM 780 plaquetas 458.000, VHS 64 mm/h, creatinina 1.08 mg/dl BUN 17 mg/dL, albúmina 3.3 g/dL, Calcio 10.7 mg/dL, P 2.5 mg/dL, LDH 236 U/L, FA 156 U/L, GGT 42 U/L, GOT 14 U/L, GPT 10 U/L, TP 86%, TTPK 27.4s. Serologias, hepatitis B y C y VIH negativas. Electroforesis de proteínas séricas sin componente M, inmunofijación en suero com cadena liviana Lambda de aspecto dudoso. Ingresa a unidad de cuidados intensivos por requerimento de ventilación mecânica no invasiva por compresion pulmonar (masa bulky el LSD que ocupa 3/4 del campo pulmonar derecho). Biopsia transbronquial: compatible con LDCGB CD79a+ CD20+ CD10- c-Myc 50%. Se decide continuar con R-da-EPOCH hasta completar 6 ciclos. PET CT de fin de tratamiento: reducción de masa hipermetabólica, pero nuevas lesiones hepatoesplénicas, Score Deuville 5, progresión intratratamiento. Se decide inicio de quimioterapia de rescate RICE y postular para consolidación con transplante autólogo de médula ósea.

Discusión: El LDCGB debuta en variadas formas y localizaciones. El compromiso primario pulmonar es muy infrecuente no reportándose otros casos en Chile a la fecha. Dada la fragilidad de la paciente al debut, se decidió citorreducir con corticoides y luego inducir con RCHOP. Por el comportamiento clínico e histología agresiva se decidió escalar a R-da-EPOCH. Pese a esto la enfermedad progresó. La biopsia permitió iniciar rápidamente la terapia antineoplásica específica, en vista que las imágenes sugerían otra etiología.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica

FOLIO 140

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN RÁPIDA EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD A QUIMIOTERAPIA Y BIOLÓGICOS.

Alberto Arencibia, Yaima Gutierrez, Marissa Capurro, Monica Arriagada, Cecilia Beltran, Consuelo Rodriguez, Carolina Abarzua, Daniela Primo, Domingo Velazquez
Hemato-Oncologo Pediatra. Hospital HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA; Hematologa. Hospital HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA; Químico-Farmacéutico. Hospital HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Las reacciones alérgicas a quimioterápicos pueden ser severas y a menudo conducen a la suspensión del fármaco responsable. Esto expone al paciente a una disminución en la efectividad del tratamiento antitumoral con mayor riesgo de recaída o progresión de su enfermedad. Para estos casos la desensibilización rápida (DR) se ha convertido en una herramienta eficaz para administrar el fármaco alergénico de manera segura. Presentamos los resultados de la implementación de un protocolo de DR en niños y adultos con neoplasias hematológicas.

Objetivos: Evaluar los resultados de la implementación de un protocolo de DR en pacientes con hemopatías malignas, en términos de seguridad y eficacia. Material y Método: Se implementó un protocolo para el tratamiento de pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad severa a fármacos quimioterápicos y biológicos, sin otra opción terapéutica alternativa. Se creó una hoja de cálculo para estandarizar la preparación de las dosis, se administró en tres bolsas con diferentes concentraciones, en 12 pasos con incremento cada 15 minutos. La primera administración se realizó en la unidad de paciente crítico, mientras las subsiguientes se realizaron en sala de hematología. Se revisaron las fichas clínicas y registros de farmacia oncológica para el análisis de seguridad y eficacia.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 11 pacientes (3 pediátricos y 8 adultos), los cuales se sometieron a 46 procedimientos de DR. Las manifestaciones de hipersensibilidad que motivaron el ingreso al protocolo de DR fueron rash cutáneo, angioedema, broncoespasmo con requerimiento de oxígeno, dolor abdominal y anafilaxis. Los fármacos implicados fueron Rituximab (7 pacientes, 28 infusiones); PEG-Asparaginasa (3 pacientes, 10 infusiones); Citarabina (1 paciente, 8 infusiones). Durante la aplicación del protocolo de DR se presentaron 10 reacciones alérgicas, las cuales fueron leves salvo en un caso. Se logró la administración completa de 45 de las 46 infusiones (97,8%).

Discusión: La DR es un procedimiento que requiere una estrecha coordinación entre el médico tratante, químico farmacéutico y el personal de enfermería, para lograr la administración secuencial de concentraciones crecientes del fármaco de manera segura. La implementación de este protocolo en nuestro hospital ha mostrado ser segura y altamente eficaz, permitiendo completar el tratamiento antineoplásico de los pacientes.
Financiamiento: No hay.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE HEMATOLOGÍA

XIII CONGRESO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto / Hemato-oncología Pediátrica / Medicina Transfusional

FOLIO

CORRELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA Y FERROCINÉTICA EN PACIENTES CON ANEMIA FERROPÉNICA. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL.

Hugo Delgado, Carlos Manterola, Josue Rivadeneira, Neftalí Guzmán, Erich Schmidt, Tamara Otzen
Universidad de La Frontera, Doctorado en Ciencias Médicas. Temuco, Chile.; Hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile ; 1.Universidad de La Frontera, Doctorado en Ciencias Médicas. Temuco, Chile.; 2.Centro de Excelencia en Estudios Morfológicos y Quirúrgicos (CEMyQ), Universidad de La Frontera, Chile.; 1.Universidad de La Frontera, Doctorado en Ciencias Médicas. Temuco, Chile.; 4.Zero Biomedical Research. Quito, Ecuador.; 5.Laboratorio de Investigación en Salud de Precisión, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco; 6.Hospital Dr Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile ; 1.Universidad de La Frontera, Doctorado en Ciencias Médicas. Temuco, Chile.; 3.Núcleo Milenio de Sociomedicina, SocioMed.;
Resumen – Investigación Científica

ntroducción: La anemia secundaria al déficit de hierro afecta a más de 200 millones de personas, y genera una carga de enfermedad de 1,12% del total de años de vida ajustados por discapacidad. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud sugiere un diagnóstico oportuno, basándose en la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre periférica (13 g/dL en hombres y 12 g/dL en mujeres), asociada a cambios en la morfología eritrocitaria (microcitosis e hipocromía) y alteraciones del metabolismo del hierro (ferritina, índice de saturación de transferrina (IST) y hierro sérico (HTS) disminuidos). Considerando que estos últimos se limitan por su uso como reactantes de fase aguda, la medición de la concentración de hemoglobina reticulocitaria (CHbr) sería útil en el diagnóstico de ferropenia, debido a que refleja la síntesis de hemoglobina en los reticulocitos, obtenido una determinación rápida y económica.

Objetivo: Observar la correlación entre CHbr y ferritina, HTS, la capacidad total de fijación del hierro (CTFH) e IST. Métodos: Estudio de corte transversal. La población considerada fueron personas mayores de 5 años diagnosticados con anemia ferropénica en Hospital Hernán Henríquez de Temuco, entre enero y mayo 2023. Se excluyeron participantes con PCR mayor a 10 ng/dL. No se calculó muestra, al utilizar toda la población con criterios de selección. Los datos fueron obtenidos del Sistema Informático de Laboratorio, anonimizados y entregados por el departamento. Se utilizaron como variables de interés la CHbr, ferritina, HTS, CTFH, IST, sexo y edad. Se aplicó estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia, medias y desviación estándar; análisis de correlación mediante el coeficiente Spearman, acorde a la normalidad de las variables, utilizando SPSS26.

Resultados: Se analizaron 95 participantes, el 60% pertenecieron al sexo femenino, con una edad media de 44,2±25,8 años. La media, desviación estándar y coeficientes de la correlación de Spearman se describen en la tabla 1.

Conclusión: Existe una correlación entre la CHbr y los parámetros tradicionales de cinética de hierro y ferritina en pacientes con anemia ferropénica diagnosticados en el hospital Hernán Henríquez Aravena.
Tabla 1: Resultados correlación Spearman.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE HEMATOLOGÍA

XIII CONGRESO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto / Hemostasia / Medicina Transfusional

FOLIO 117

PANCITOPENIA ASOCIADO A DÉFICIT DE COBRE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sigall Budnik, Nicolas Nuñez, Jose Tomas Gazmuri
Becada Medicina Interna Universidad de los Andes; Becado Medicina Interna Universidad de los Andes; Hematología Clínica Davila;
Caso Clínico

Introducción: El cobre es un micronutriente con un rol esencial en nuestro sistema. Un adulto tiene un requerimiento diario de 900 mcg, el cual se absorbe a nivel gástrico e intestinal, se almacena en el hígado y se transporta mediante ceruloplasminas a los diferentes tejidos. El cobre cumple múltiples funciones, tales como la activación de péptidos de defensa antioxidantes, la síntesis de neurotransmisores y hemoglobina, y la formación de pigmentos y tejido conectivo. El déficit de cobre puede manifestarse con mieloneuropatía y/o pancitopenia. Entre los factores de riesgo para desarrollarlo se encuentran las cirugías gástricas que alteran su absorción, el uso en altas dosis de zinc y la nutrición parenteral sin aporte de oligoelementos.

Caso clínico: Paciente masculino de 42 años con antecedentes de esófago de Barrett y hernia hiatal, sometido a una funduplicatura de Nissen. Evolución con filtración gástrica postquirúrgica y shock séptico. Esto implicó una larga estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, con requerimientos de nutrición parenteral. Tras el alta, el paciente presentó una pancitopenia prolongada y profunda que no respondía a múltiples transfusiones, eritropoyetina y estimuladores de formación de colonias. Posteriormente, fue hospitalizado nuevamente debido a un episodio de síncope acompañado de parestesia y paresia en las extremidades. Al ingreso, se encontraron valores de hemoglobina (6.0 g/dL), hematocrito (16.7%), recuento de glóbulos blancos (1400 µL), recuento absoluto de neutrófilos (600 µL) y plaquetas (61,000 µL). Se realizó un estudio para investigar la pancitopenia y los síntomas neurológicos, y se destacó un cobre en sangre 43.8 ug/dL (VN: 70-140), ceruloplasminas 3.2 mg/dL (VN: 19-57), vitamina B12 1660 pg/ml (VN: 197-771), hierro 155 mg/dL (VN: 33-193), ferritina 3628 ng/dL (VN: 30-400), zinc 162 µg/dL (VN: 42-111). La resonancia magnética de cerebro, cuello y columna no reveló hallazgos patológicos. Se diagnosticó al paciente con pancitopenia y mieloneuropatía asociadas a un déficit de cobre, que se interpretó en el contexto de una hospitalización prolongada, cirugía gastrica y nutrición parenteral sin aporte de oligoelementos. Se administraron oligoelementos por vía intravenosa por 7 días, logrando una resolución de la sintomatología neurológica y una mejoría en la pancitopenia. El paciente recibió el alta para continuar con suplementación oral de cobre.

Conclusión: El cobre como micronutriente juega un papel fundamental en nuestro organismo, ya que es materia prima para el funcionamiento y producción de diversos procesos y productos. Un déficit prolongado de cobre puede llevar al desarrollo de patologías severas, como una pancitopenia profunda. Si no se sospecha en pacientes de riesgo, su diagnóstico puede retrasarse, pudiendo el estudio de médula ósea imitar un síndrome mielodisplásico y, por consiguiente, demorar la suplementación y resolución de las morbilidades asociadas.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Adulto / Medicina Transfusional

FOLIO 78

REACTIVACIÓN DE ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR COVID 19

Maria de los Angeles Rodriguez, Jean Claudio Miranda, Alexis Rodriguez, Alicia Gavilan, Andres Giglio, Jorge Dreyse, Paola Aravena

Banco de Sangre, Clínica Alemana; Banco de Sangre clínica las Condes; Banco de Sangre,Clínica las Condes; UTI, clínica las Condes; UTI Clínica las Condes; Hematología, Clínica Las Condes;

Caso Clínico

Existe evidencia de la asociación de la infección por SARS-Cov 2 con el desarrollo de cuadros de citopenias inmunes, aquí presentamos el caso de dos pacientes con antecedente de Anemia Hemolítica autoinmune que luego de infección por SARS-Cov2 desarrollan crisis hemolíticas de difícil manejo y escasa respuesta a terapia esteroidal. Caso 1: Paciente de 56 años, cardiópata coronario y diabético, ingresa dos semanas después de infección por COVID 19 por cuadro de anemia severa sintomática y dolor torácico, el laboratorio mostró: Hb 6 gr/dl con Plaquetas de 180.000 x mm3 LDH 950 U/L, test de Coombs directo positivo IgG y C3d, se efectúa mielograma con biopsia y citometría encontrando hiperplasia eritroblástica y pequeña población clonal B por citometría, se administra corticoides en altas dosis evolucionando con anemia severa con requerimiento transfusional y trombocitopenia hasta 25.000 x mm3, recibe 4 unidades de glóbulos rojos fenotipo Rh y Kell compatible (4 Unidades), responde a Rituximab normalizando Hb y recuento plaquetario. Caso 2: 64 años, antecedente de PTI en 2008, Anemia Hemolítiica Autoinmune en 2021 que responde a corticoides, consulta por anemia sintomática, Hb 8 gr/dl, Indice reticulocitario 1.98, LDH > 1000 U/L, Test de Coombs directo IgG positivo, se indica corticoides orales, al día siguiente Hb 4 gr/dl, PCR COVID 19 positivo. Se inicia corticoides, se toma mielograma con biopsia y citometría revelando solo hiperplasia eritroblástica y acentuada eriterofagocitosis, reticulocitos bajos, recibe inmunoglobulina EV, persiste anemia severa con requerimiento transfusional, se administra una dosis de Etopósido por la intensa eritrofagocitosis sin respuesta, Eritropoyetina en altas dosis y finalmente Rituximab semanal, la Hb llega hasta 1.9 gr/dl pese a transfusiones repetidas de glóbulos rojos presentando elevación de la Hb el día 5, se mantuvo en ventilación mecánica, desarrolló signos de isquemia miocárdica y cerebral, recibe un total de 21 unidades de glóbulos rojos fenotipo Rh y Kell compatibles, logra recuperación de los recuentos saliendo de UTI después de un mes de hospitalización, logrando normalización de los recuentos. Comentario: Se ha descrito la asociación de infección por COVID 19 y anemia hemolítica autoinmune la cual se explicaría porque el punto de entrada de SARS-Cov 2 involucra una interacción con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE 2), CD 147 y la proteína banda 3 de los eritrocitos, la anemia hemolítica se ha atribuido a la formación de autoanticuerpos o directamente a través de injuria mediada por CD 147 o la proteína banda 3 de los eritrocitos. En ambos pacientes se logra respuesta a Rituximab y transfusion de glóbulos rojos hasta lograr control de la anemia severa sintomática, en estos casos es importante descartar la presencia de un aloanticuerpo y transfundir glóbulos rojos para sostener al paciente mientras se logra respuesta al tratamiento.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Pediátrica

FOLIO 17

TRASPLANTE ALOGÉNICO CON CUALQUIER DONANTE O INMUNOSUPRESIÓN COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA ANEMIA APLÁSICA SEVERA (AAS) EN PACIENTE PEDIÁTRICOS: UN ANÁLISIS POR INTENCIÓN DE TRATAMIENTO

Francisco Barriga, Angélica Wietstruck, Paula Catalan, Cristian Sotomayor, Pamela Zuñiga, Noemi Aguirre, Veronica Jara, Catherine Gutierrez
Seccion de Hematologia Oncologia Division de Pediatria Red de Salud UC Christus; Centro del Cancer, Red de Salud UC Christus; Centro del CAncer, Red de Salud UCChristus;
Resumen – Investigación Científica

El tratamiento de elección para AAS en pacientes pediátricos es un trasplante alogénico de células madre (TAPH) con un hermano 100% compatible (DE), Lo que resulta en la corrección de la enfermedad en más del 90% de los pacientes. Las pautas actuales recomiendan terapia inmunosupresora (TIS) para pacientes que carecen de un DE y TAPH en los que fallan TIS o recaen despues de una respuesta inicial(doi:10.1002/pbc.24875), pero los resultados han sido históricamente pobres. Receintemente se ha demostrado sobrevida similar con TAPH en AAS comparando DE y donantes no emparentados(DNE), y algunos grupos están proponiendo TAPH como tratamiento de primera línea (doi:10.1111/bjh.13614). Presentamos un análisis por intención de tratamiento que compara TAPH inicial vs. IST en niños con SAA.

Métodos: Incluimos en este análisis los pacientes con AAS tratados en nuestro centro desde 1996 a 2022. Los pacientes fueron trasplantados con un DE, DNE y haploidéntico(haplo). Utilizamos preferentemente un régimen de acondicionamiento con ATG, fludarabina y ciclofosfamida +/- 2Gy radioterapia corporal total . Los pacientes con TIS recibieron ciclosporina y ATG de conejo. Realizamos un análisis por intención de tratamiento comparando ambos grupos. Evaluamos la corrección de AAS, sobrevida libre de eventos (SLE) y sobrevida global (SG). Los eventos incluyeron muerte por cualquier causa o TAPH de rescate. La respuesta a la terapia se analizó con pruebas t de dos colas y la supervivencia con Kaplan Meier.

Resultados: 47 pacientes fueron incluidos en el análisis. La mediana de tiempo de seguimiento de los pacientes en riesgo fue de 7,2 años. 21 recibieron TIS y 26 TAPH en primera línea. Los donantes fueron 13 DE, 11 DNE y 2 Haplo. 8/21 (38%) en el grupo TIS tuvieron corrección completa de SAA en comparación con 25/26 (96%) en el grupo TAPH (p<0,01). 8 pacientes en el grupo TIS y 1 en el TAPH recibieron un trasplante de rescate. La SLE a 5 años fue del 92 % (IC 95%: 73-97 %) en el grupo de TAPH en comparación con el 52 % (IC 95%: 17-56 %) del grupo de TIS (p<0,01), y la SG fue del 96 % (IC 95%: 76-99 %) en el TAPH en comparación con el 69% (IC95%: 38-80%) en el grupo de TIS (p<0.01). No hubo diferencias en la sobrevida entre los tipos de donantes. El tiempo desde el diagnóstico hasta el trasplante no afectó la sobrevida de los pacientes trasplantados en primera linea.

Conclusión: Nuestro análisis por intención de tratamiento demostró que el TAPH en primera línea con cualquier donante idóneo produce un resultado significativamente mejor que la TIS en pacientes pediátricos, incluso cuando se considera el TAPH de rescate para pacientes que fracasan TIS. Nuestros resultados apoyan que los equipos de hematología y trasplante pediátricos deben coordinar los esfuerzos para llevar a TAPH a los niños en que se identifica un donante idóneo iniciando la búsqueda de un donante hermano, no relacionado o haploidéntico apenas se hace el diagnóstico.

FOLIO 25

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEMOFILIA: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO USANDO CUESTIONARIOS CHOKLAT Y HAEMOQOL.

Isabel Villalobos, José Luis Lamas, Noemi Aguirre, Magaly Cruces, Carolina Serrano, Ignacio Rodriguez, Pamela Zuñiga

Residente Hemato-Oncología pediátrica Pontificia Universidad Católica de Chile; Pediatra, Pontificia Universidad Católica de Chile; Jefe Programa de Hemofilia, Hospital Sótero del Rio; Profesor Clínico Adjunto, Pontificia Universidad Católica de Chile; Hemato-oncología pediátrica, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile; Programa Hemofilia en RedSalud UC Christus ; Enfermera Programa de Hemofilia, Hospital Sótero del Rio; Consejera estadística, Departamento de gastroenterología y nutrición pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile; Ph.D biomedical sciences; Médico general, Pontifica Universidad Católica de Chile; Jefe Programa de Hemofilia, RedSalud UC Christus; Profesor Clínico asociado, Pontificia Universidad Católica de Chile;

Resumen – Investigación Científica

Introducción: La evaluación de la Calidad de Vida relacionada en Salud (CVRS) es de suma importancia como una herramienta fundamental sobre el cuidado de condiciones crónicas y su manejo integral. Por lo que en hemofilia se han desarrollado y validado instrumentos de calidad de vida (CV) específicos para pediatría. En Chile no existe un estudio respecto a la CV posterior a la incorporación de la hemofilia al GES 33 el año 2006.

Objetivo: Evaluar la CVRS en pacientes pediátricos con hemofilia de la Red Salud UC Christus (HRUCC) y Hospital Dr. Sótero del Río (HDSR), utilizando dos cuestionarios validados internacionalmente: ChoKlat v3.0 y HaemoQoL.

Método: Se aplicó ambos cuestionarios a 61 niños de 4 a 18 años y a sus cuidadores (36 de HRUCC y 25 de HDSR). Se excluyeron pacientes con trastornos cognitivos u otra enfermedad crónica. El análisis de cada encuesta se hizo según lo indicado por el instructivo específico de los autores. Se evaluó CV global y concordancia de encuestas entre auto-reporte y el de su cuidador. Además, de subescalas de CV y análisis de asociación entre CV y tiempo del diagnóstico, eventos de sangrado, gravedad de enfermedad, tratamiento domiciliario (venopunción domiciliaria) y características de los cuidadores. Los datos fueron analizados usando GraphPad Prisma Software. Con significancia estadística $p<0.05$.

Resultados: La CVRS global fue significativamente buena para ambos cuestionarios con adecuada correlación entre el auto-reporte y su cuidador (HaemoQoL r=0.5; ChoKlat r=0.5, IC 0.31-0.69, p value <0.0001). Las subescalas más favorables fueron: salud física, manejo de punciones, autopercepción, relaciones con los demás y relaciones amorosas en la adolescencia. Las más afectadas fueron: relaciones familiares (especialmente en adolescentes) y la integración escolar. La CVRS se vio afectada en hemofilia moderada/grave y con episodios hemorrágicos. El tiempo de evolución y el uso de venopunción domiciliaria no se asociaron con la CVRS.

Conclusión: Este es el primer estudio chileno de CVRS en población pediátrica con hemofilia, a 15 años después de su incorporación al GES. Los pacientes del sistema público y privado mostraron una buena CV. Sin embargo, se evidencian áreas débiles en ambos grupos que requieren ser abordadas. Por eso, la Atención Integral debe ser nuestra meta, especialmente mejorando el acceso al apoyo psico-social.

FOLIO 39

EVALUACIÓN DE COSTOS Y SEGURIDAD DE INFUSIÓN DE BLINATUMOMAB EN PEDIATRÍA: PROTOCOLO AJUSTADO AL MUNDO REAL

Felipe Lizana , Cristian Sotomayor, Francisco Barriga, Paula Catalan, Marcela Contreras , Macarena Garcia , Lina Maria Gonzalez, Christian Scheu, Maria Angelica Wiestruck
Servicio de Farmacia, Red Salud UC-CHRISTUS; Hemato-Oncología Pediátrica, Red Salud UC-CHRISTUS; Centro del Cáncer UC-CHRISTUS; nidad de Hemato-Oncología Pediátrica, Red Salud UC-CHRISTUS; Centro del Cáncer UC-CHRISTUS; Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica, División de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile; Centro del Cáncer UC-CHRISTUS; Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica, Red Salud UC-CHRISTUS; Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, División de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Blinatumomab (BTM) es un anticuerpo monoclonal biespecífico CD3/CD19 que está indicado en leucemia linfoblástica aguda (LLA) en recaída o refractaria (R/R). Su administración es por ciclos de infusión continua de 28 días hospitalizados o ambulatorios y, en general, se indican 2 ciclos, con costos asociados elevados que pueden limitar el acceso a BTM. Reportamos la experiencia de administración con un protocolo de alta precoz (PAP) local y uso de bomba portátil ambulatoria (BPA) en pacientes pediátricos y la reducción de costos asociada.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes con indicación de BTM entre 2020 y 2023 en la Red Salud UC-CHRISTUS. Se estableció un PAP donde todos los pacientes iniciaron sus infusiones hospitalizados. Si no hubo toxicidad aparente o si, habiendo toxicidad ésta se resolvió, continuaron en régimen ambulatorio con el uso de BPA, volúmenes de infusión ajustados al vial de BTM, velocidad estándar de administración (4 ml/hr) junto a controles periódicos clínicos y de la BPA. Se recopilaron datos médicos a partir de fichas clínicas y se estimó el ahorro por 1) viales de BTM utilizados con PAP local, versus la recomendación del fabricante y 2) disminución de días-cama utilizando PAP local versus 28 días de hospitalización. Resultados: Nueve pacientes tuvieron indicación de BTM, su mediana de edad fue 10 años. Todos tenían diagnóstico de LLA R/R, 2 de ellos con enfermedad mínima residual (EMR) positiva. Se indicaron 16 ciclos y 15 fueron completados. Todos los efectos adversos se presentaron durante la hospitalización, siendo los más comunes: cefalea (4), hipotensión (2), fiebre (2) y náuseas (2). Un paciente presentó transaminitis y requirió ajuste de dosis; un paciente presentó toxicidad neurológica grado 4 al tercer día de infusión y el BTM se suspendió definitivamente. Un paciente tuvo una falla en la BPA, recibiendo una dosis menor a la indicada y requirió hospitalización. Los pacientes que completaron el tratamiento presentaron EMR negativa. La mediana de días de hospitalización para el primer y segundo ciclo fue de 7 y 2, respectivamente. El uso del PAP permitió un ahorro promedio por ciclo de US$51.956 (US$35.671 en fármaco y US$16.285 al evitar días de hospitalización).

Conclusión: La implementación de un PAP para BTM ajustado a las limitaciones y realidades locales permite un ahorro significativo en costos de fármaco y días de hospitalización, sin arriesgar la seguridad del paciente y mejorando su calidad de vida. Las complicaciones observadas son similares en gravedad y frecuencia a las reportadas en la literatura. Proponemos considerarlo como una opción segura. Financiamiento: No hay

FOLIO 93

TRASPLANTE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS EN ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES, REPORTE DE 1ER CASO EN CHILE.

José Santander Cerón, José Martínez Órdenes, Roberto Campos Jeldres, Julia Palma, Nicolas Rojas del Rio
Hospital Las Higueras; Universidad de Concepción; Coordinadora de Programa Nacional de Cancer NBA y Trasplante PINDA; Unidad Hemato-Oncología y TPH Clínica Dávila;
Caso Clínico

La enfermedad de células falciformes (ECF), hemoglobinopatía más frecuente a nivel mundial, está asociada a alta morbimortalidad siendo el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) la opción curativa. Para nuestro país, y en especial para el sector público de salud (SPS), resulta desafiante el manejo integral de ECF, incluyendo TPH, por lo emergente esta enfermedad en Chile en los últimos 10 años, pues la mayoría de estos pacientes, niños migrantes o chilenos hijos de migrantes, se atienden en SPS. Caso. Escolar de 6 años, migrante venezolana con domicilio en la 8° Región, portadora de ECF severa (Electroforesis de Hemoglobina (EFHb): Fenotipo HbS/HbS); Doppler transcraneal (DTC) alterado (Flujo arteria cerebral media (ACM) > 200 cm/s) y 3 episodios de accidente cerebro vascular (ACV), con hemiparesia braquio crural izquierda secuelar manejada con antiagregación plaquetaria y transfusiones de glóbulos rojos (TGR) semanal. Según diferentes guías internacionales es candidata a TPH. Se evalúo paciente en comité ministerial para TPH el cual ratifica la indicación de TPH. Paciente posee donante con histocompatibilidad (HLA) 100% y con EFHb fenotipo HbA/HbS. En un trabajo conjunto y mancomunado entre SPS (Hospitales Calvo Mackenna e Higueras) y la unidad de Hémato-Oncología infantil y TPH de Clínica Dávila (HOITCD), se realizó el primer TPH para ECF, el 22/01/23, a cargo del equipo HOITCD. Evolucionó favorable, logrando engraftment el día +12. Presentó reactivación de Citomegalovirus, tratada. No presentó enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda. A la fecha, 6 meses post trasplante, el injerto está en óptimas condiciones (Quimerismo 99% y recuperación hematológica completa); persiste secuela motora leve sin nuevos ACV, DTC con flujo de ACM < 170 cm/s y con EFHb fenotipo HbA/HbS (Esquema adjunto). Además, se encuentra sin tratamiento inmunosupresor ni antiagregantes plaquetarios. Su última TGR fue el día + 9. Comentario. Se presenta 1° reporte de TPH en ECF en Chile, con evolución favorable a 6 meses del TPH. Destaca el esfuerzo público/privado nacional, en aras de entregar el mejor tratamiento disponible a nivel mundial para una patología emergente en Chile. Este tipo de experiencias de cooperación publico/privada recalcan la importancia del trabajo de ambos sectores de salud del país para robustecer la red de salud nacional y así poder responder a los desafios emergentes de salud de manera óptima e intergral.

FOLIO 95

TUMOR TERATOIDE RABDOIDE ATIPICO (AT/RT) CEREBRAL TRATADO CON QUIMIOTERAPIA DE ALTA INTENSIDAD Y RESCATE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN PACIENTE ADULTO. PRESENTACIÓN DE CASO.

Nicolás Rojas del Rìo, José Martínez Órdenes, José Santander Cerón
Hematología, Oncología y transplante de médula ósea. Clínica Dávila. ; Hematólogo Oncólogo Pediatra, Clínica Dávila. ;
Caso Clínico

El tumor teratoide rabdoide atípico (AT/RT) corresponde a uno de los tumores del sistema nervioso cerebral más agresivo y con peores resultados clínicos. Su sobrevida es cercana a cero. Su presentación es principalmente en edad pediátrica, existiendo poca información en pacientes adultos. Dado lo anterior, se decide derivar a equipo pediátrico a una paciente de 25 años para manejo curativo basado en protocolos pediátricos, cuya alternativa eran cuidados paliativos. Se presenta por primera vez un caso de una paciente adulto tratada en nuestro centro en forma exitosa con quimioterapia de alta intensidad y rescate con células progenitoras hematopoyéticas autólogas (AutoTMO). Este buen resultado puede abrir puertas al manejo de esta entidad, así como demostrar buenos resultados en la interacción entre equipos de adultos y pediátricos en adolescentes y adultos jóvenes (AYAs).

FOLIO 104

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Cristina Iturbe Larenas, José Santander Cerón, Nicolás Rojas del Río, José Martínez Órdenes, Katherine Gaete Gamboa, Ximena Sandoval , Carlos Jorquera
Residente dePediatría, Universidad de Santiago; Hematología, Oncología y transplante de médula ósea. Clínica Dávila; Hematología, Oncología y transplante de médula ósea. Clínica Dávila; Unidad de Paciente Crítico pediátrico, Clínica Dávila.
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Existe creciente evidencia del uso exitoso de catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC por su sigla en inglés) para la administración de transfusiones, nutrición parenteral, quimioterapia y otros tratamientos en pacientes oncológicos.

El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia de un centro con los PICC utilizados en pacientes oncológicos pediátricos de nuestra unidad en los últimos 6 años en nuestra unidad. Se describen sus características, complicaciones, duración, motivos de retiro, entre otras variables. MÉTODO: Se incluyeron en este estudio todos los pacientes menores de 18 años a los cuales se les instaló un PICC para recibir tratamiento oncológico en nuestro centro, desde mayo del 2015 hasta julio del 2022. Se rescataron desde fichas clínicas datos demográficos, diagnósticos y caracterización de los dispositivos. Todos los PICC fueron instalados por personal entrenado y sus cuidados por equipo de enfermería capacitado para su manejo.

Resultados: Se realizaron en este período un total de 89 inserciones de PICC en 58 pacientes, con un total de 8509 días/catéter. La edad promedio al momento del procedimiento fue de 8.97 años (con un rango de 4 meses a 18 años). La duración promedio de PICC en pacientes sin complicaciones fue de 100 días, mientras que en los que presentaron alguna complicación fue de 86 días. La tasa de complicaciones fue de 3,53 por cada 1000 días/catéter, siendo obstrucción, infección y desplazamiento las más frecuentes. Los motivos más frecuentes de retiro de PICC fueron fin de tratamiento y obstrucción.

Conclusión:El uso de PICC para terapias en oncología pediátrica resulta confiable y reproducible en nuestro centro, sin embargo aún se requieren más estudios para poder definir qué acceso venoso es mejor en cada caso en particular.

FOLIO 131

"REPORTE DE CASO: ANEMIA HEMOLÍTICA INMUNE CON PRUEBAS ANTIGLOBULINAS NEGATIVAS"

Camila Solís, Carolina Cadena, Alejandra Pérez, Daniela Flores, Rosario Silva, Mirta Cavieres
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna;
Caso Clínico

Caso clínico: Escolar masculino de 8 años, sin antecedentes. Cuadro de 2 meses de evolución, con somnolencia y coloración amarilla de piel y mucosas. Consulta particular, exámenes con anemia macrocítica, se indica tratamiento y se controla, persistiendo anemia. Se hospitaliza para estudio y se indica transfusión de glóbulos rojos. Exámenes al ingreso: Hb 6,6 g/dL, VCM >100 fl, resto normal, frotis: policromatofilia importante. Recuento de reticulocitos 25%, LDH baja y bilirrubina total e indirecta aumentada. Test de coombs directo e indirecto negativos. Los antecedentes del paciente no orientan a anemia hemolítica congénita. Se amplia estudio como anemia hemolítica adquirida, resultando virus negativos y complemento bajo. A pesar de pruebas antiglobulinas negativas, se sospecha causa inmune, iniciando tratamiento empírico con prednisona. Respuesta parcial, mejora anemia pero sin descenso de los reticulocitos, por lo que no se disminuyen corticoides. A los 3 meses de tratamiento, evoluciona con importante candiadiasis oral, se insiste en estudio inmunológico. Laboratorio persiste con complemento bajo, subpoblación linfocitaria con linfopenia severa (CD4 y NK y LB). Se cambia tratamiento por azatriopina. Estudio resulta positivo para VIH. Madre y padre con antecedente. Se inicia tratamiento por parte de infectología, se mantiene azatriopina, con descenso de prednisona.

Discusión: La anemia hemolítica autoinmune es una patología de baja incidencia en niños, puede ser primaria/idiopática o secundaria. Se produce una destrucción de los glóbulos rojos por autoanticuerpos con o sin activación del complemento, test de coombs directo positivo y aumento de los reticulocitos. En niños suelen presentarse como un cuadro autolimitado asociado a una infección viral. En pacientes < 2 años y en adolescentes, existen formas crónicas, en estos casos sospechar, inmunodeficiencias o trastornos autoinmunes. Las manifestaciones clínicas y de laboratorio dependen de la cuantía de anemia, la velocidad de destrucción y el lugar donde ocurre la hemólisis. Para el diagnóstico, es fundamental el test de coombs directo positivo. Si resulta negativo, se recomienda exámenes con mayor sensibilidad y en centros de referencia. Sin embargo, un 4-10% mantendrá pruebas negativas. Su tratamiento es de acuerdo a estabilidad hemodinámica y se basa en el uso de corticoides. El descenso debe ser gradual y controlado. Con respecto a la relación AHAI y VIH, la prevalencia descrita en adultos es de +-2,8%. En pediatría, existen algunos casos reportados. Se sabe, que las personas que viven con VIH, son propensas a desarrollar múltiples complicaciones y comorbilidades en el área de la hematología, especialmente de causa inmunológica.

Conclusiones: En la actualidad, se propone realizar estudios de inmunidad y autoinmunidad a todos los pacientes en el momento del diagnóstico y repetirlos anualmente. Las recientes publicaciones, sugieren el estudio de VIH en pacientes adolescentes

FOLIO 133

REPORTE DE CASO: NEUTROPENIA SEVERA SECUNDARIA TIAMAZOL

Daniela Flores, Carolina Cadena, Alejandra Pérez, Camila Solis, Rosario Silva, Mirta Cavieres
Hospital Luis Calvo Mackenna;
Caso Clínico

Introducción: Dentro de las causas de neutropenia, la secundaria a fármacos es una complicación relativamente rara pero grave y potencialmente fatal en niños. Puede ser causada por una disminución en la producción o una mayor destrucción de neutrófilos. La disminución de la producción es con frecuencia una consecuencia de los fármacos quimioterapéuticos que provocan supresión de las células progenitoras mieloides de la médula ósea. De los medicamentos no quimioterapéuticos, los más frecuentes asociados a neutropenia son los fármacos antitiroideos, antipsicóticos, antiinflamatorios, antibióticos y anticonvulsivantes. La neutropenia secundaria a antitiroideos se puede producir por diferentes mecanismos, ocurre la mayoría de las veces los primeros 3 meses de su inicio, con tiempo de recuperación variable y mortalidad hasta 5% en niños. Caso clínico: Paciente sexo femenino de 14 años, con antecedentes de hipertiroidismo, reflujo vésico-ureteral bilateral operado y talla normal baja. Desde diciembre 2019 en tratamiento con Tiamazol con hemograma normal previo al tratamiento. En octubre 2020 se pesquisa evolución a hipotiroidismo, se indica suspender tiamazol y control seriado. Paciente abandona controles, manteniendo uso de tiamazol. En febrero del 2022 consulta por celulitis preseptal, se hospitaliza e inicia tratamiento antibiótico endovenoso. Tras hallazgo en hemograma de leucocitos de 580/uL y recuento absoluto de neutrófilos (RAN) en 40/uL, (hemoglobina y plaquetas en rango normal), se suspende tiamazol. Evoluciona desfavorablemente, con sepsis y hemocultivos (+) a Pseudomonas aeruginosa. Inicia a las 24 hrs G-CSF con dosis de 5 mcg/kg/día, respondiendo con ascenso progresivo del RAN, logrando a las 72 hrs RAN en 640/uL y al séptimo día RAN en 37247/uL, suspendiéndose GCS-F. Manejo de la celulitis requiere aseo quirúrgico con escarectomía e injerto, evolucionando favorablemente. Al décimo día de suspensión de G-CSF, presenta nueva neutropenia (RAN 540/uL), dado buena evolución clínica se mantuvo conducta expectante. Se realiza estudio: ANA, ANCA, anti-DNA, inmunoglobulinas, complemento y VIH, resultando sólo pANCA (+) débil. Función pulmonar y TAC de tórax normal, evaluación cardiológica normal, orina sin hematuria. No compatible con vasculitis, se interpreta presencia de anticuerpos secundario a uso de tiamazol. Tras episodio, paciente se recupera en su totalidad.

Conclusión: Ante un paciente que use alguno de los fármacos relacionados a agranulocitosis se recomienda realizar control seriado de hemograma, y ante presencia de cuadro infeccioso es fundamental la sospecha precoz, confirmación de neutropenia y manejo rápido con suspensión del probable fármaco causante. No hay tratamiento establecido, menos aún en niños. El uso de G-CSF en estos casos es controvertido, pero algunos autores señalan que puede acortar el tiempo de recuperación y el tiempo de hospitalización, para esto es importante considerar la clínica y evolución del paciente.

FOLIO 141

BLINATUMOMAB COMO ALTERNATIVA A QUIMIOTERAPIA INTENSIVA EN PACIENTE CON LLA-B CON PANCREATITIS NECROTIZANTE. REPORTE DE CASO.

Monica Arriagada, Alberto Arencibia, Carolina Abarzua, Daniela Primo
Hemato-Oncologa Pediatra. Hospital HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA.; Hemato-Oncologo Pediatra. Hospital HERNAN HENRIQUEZ ARAVENA.;
Caso Clínico

Introducción: Blinatumomab es un anticuerpo monoclonal biespecífico que ha demostrado ser efectivo y menos tóxico que la quimioterapia intensiva, en pacientes con LLA de precursores B refractaria o en recaída. Estudios recientes han descrito su uso en pacientes con LLA en primera remisión con comorbilidades severas que limiten el uso de la quimioterapia estándar. Presentamos el caso clínico de una paciente con LLA-B que presentó pancreatitis necrotizante al final de la inducción, manejada de forma exitosa con Blinatumomab.

Objetivos: Describir la experiencia con el uso del Blinatumomab en una paciente con LLA-B en primera remisión como alternativa a la quimioterapia intensiva.

Caso Clínico: Paciente femenina, 12 años, diagnosticada con LLA de precursores B común, de riesgo medio, que presentó al final de la inducción un cuadro de pancreatitis necrotizante secundaria a L-Asparaginasa, que evolucionó de forma tórpida, con colección intrabdominal, sobreinfección bacteriana, hemorragia intrabdominal por ruptura de aneurisma de arteria esplénica, trombosis femoro-poplítea que requirió instalación de filtro en vena cava inferior, fístula pancreático-gástrica de manejo médico-quirúrgico. A consecuencia de estas complicaciones no se pudo continuar con la quimioterapia de consolidación y ante el riesgo de recaída se decide administrar Blinatumomab. Se administró un ciclo en dosis de 15mcg/m2/día por 28 días. Presentó como complicaciones síndrome de liberación de citocinas, hepatotoxicidad y neurotoxicidad; sin embargo se logró completar el ciclo con manejo de la toxicidad. La paciente se recuperó de sus comorbilidades, se evaluó estado de la enfermedad con citometría de flujo en médula ósea que evidenció remisión y reinició quimioterapia de consolidación a los seis meses post inducción.

Discusión: El tratamiento con Blinatumomab en nuestra paciente permitió mantener el control de la leucemia, mientras se lograba la recuperación de comorbilidades severas que contraindicaban la quimioterapia convencional. Financiamiento: No hay.

FOLIO 149

REPORTE DE CASO: ANEMIA DISERITROPOYÉTICA TIPO II

Alejandra Pérez, Camila Solis, Carolina Cadena, Daniela Flores, Mirta Cavieres, Rosario Silva
Hospital Luis Calvo Mackenna;
Caso Clínico

Introducción: Las Anemias Diseritropoyéticas (ADE) congénitas son un grupo heterogéneo de anemias hereditarias que afectan las vías de diferenciación y proliferación del linaje eritroide, lo que conlleva a una eritropoyesis ineficaz. Su incidencia es de 0.5 casos por millón de habitantes. Se clasifican en 3 tipos (I,II,III), y éstas se distinguen por sus características morfológicas, clínicas y genéticas. La tipo II es la más común y se caracteriza por anemia con VCM normal, reticulocitos normales o levemente aumentados, y pueden presentar esplenomegalia secundaria a hemólisis. Un 20% son dependientes de transfusiones.Para diagnosticar esta patología, es crucial tener un fenotipo detallado y realizar pruebas genéticas correctas.El manejo depende principalmente de la clínica, y consiste en el tratamiento de la anemia y las complicaciones de esta enfermedad, las cuales están asociadas con la anemia hemolítica crónica: sobrecarga de hierro, crisis aplásica, hiperbilirrubinemia, colelitiasis y esplenomegalia. La sobrecarga de hierro, se detecta con evaluaciones periódicas de ferritina y controles con resonancia magnética para evaluar acumulación de éste. El tratamiento de esta complicación es el uso de quelantes de hierro.El Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) es una opción terapéutica en casos graves. Caso clínico: Escolar de 8 años, sexo femenino. Antecedentes perinatales de anemia e hídrops fetal, requirió transfusión intrauterina a las 25 semanas de gestación. Nació pretérmino de 32 semanas, durante hospitalización en neonatología requirió apoyo con oxígeno y 3 transfusiones de glóbulos rojos, estudio viral (TORCH) negativo y sin incompatibilidad de grupo. A los 2 meses de vida, se hospitaliza por anemia severa, Hb 2,7 g/dl, VCM normal y reticulocitos bajos.Se realiza mielograma, donde se observa hiperplasia eritroide con diseritropoyesis en el 50% de la serie, de ellos 20% dismórficos (multinucleados más inclusiones citoplasmáticas).Se confirma diagnóstico de ADE. Se clasifica como tipo II, por su comportamiento clínico y exámenes. Se realiza estudio genético por secuenciación, resultando una variante de significado incierto. Evoluciona con esplenomegalia gigante, sintomática, por lo que a los 4 años, se programa esplenectomía.Dependiente transfusional, con uso de quelantes de hierro.Se controla regularmente con ferritina que comienza a elevarse por lo que se solicita resonancia magnética, donde se informan signos de sobrecarga de hierro en hígado, páncreas y miocardio.Presentada a TPH, en espera de donante compatible.

Conclusiones: Frente a un paciente con citopenia de la serie eritroide, debemos considerar esta condición como diagnóstico diferencial. Hoy, el avance de los estudios genéticos, han permitido un diagnóstico más certero.El tratamiento actual, sigue siendo de soporte y manejo de complicaciones. El TPH es opción en algunos casos.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemato-oncología Pediátrica / Hemostasia

FOLIO 24

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS FAMILIAS Y PACIENTES CON HEMOFILIA A SEVERA EN TRATAMIENTO PROFILÁCTICO CON EMICIZUMAB O FVIII LIOFILIZADO. ESTUDIO DE GRUPOS FOCALES.

Lina María González Ruiz , Pamela Zúñiga Contreras , Benjamin Nielsen , Amaia Esperanza Rosas
Residente Hemato-oncología pediátrica. Pontificia Universidad Católica de Chile. ; Hemato-Oncologo Pediatra . Especialista en Hemostasia y Trombosis. ; Profesor clínico asociado Pontificia Universidad Católica de Chile .; Psicólogo y MSc en Ciencias Sociales. ; Especialista en investigación con métodos mixtos en políticas públicas y programas sociales.; Psicologa infanto-juvenil. ; Psico-oncóloga unidad Hemato-oncología pediátrica Hospital Clínico UC Christus. ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: En los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos para la Hemofilia que han cambiado el curso de la enfermedad, especialmente en relación con eventos hemorrágicos y daño articular. Sin embargo, aún no existen escalas específicas para medir el impacto en la calidad de vida con nuevas terapias. El Emicizumab es un anticuerpo monoclonal biespecífico, recombinante y humanizado de inyección subcutánea para el tratamiento de la Hemofilia A. En el año 2018 se usó por primera vez en Chile y actualmente hay aproximadamente 30 pacientes con esta terapia.

Materiales y Métodos: Efectuamos un estudio cualitativo para evaluar percepción de calidad de vida de cuidadores de niños con Hemofilia A grave, en profilaxis con Emicizumab versus Factor VIII plasmático o recombinante bien llevado. Se evaluaron las dimensiones sociales, física y afectivo-emocional El estudio de grupos focales participó: Grupo 1: Cuidadores de pacientes con FVIII, con tratamiento exitoso, sin inhibidores y sin articulación diana. Grupo 2: Cuidadores de pacientes que reciben Emicizumab por más de seis meses. El proceso de codificación se realizó con el software Atlas.ti. Resultados: Se identifican diferencias en acceso y administración. En el grupo 1, la administración de FVIII determina un factor estresante, para los pacientes y familias. En el grupo 2 se relataron dificultades para la indicación inicial del medicamento. Se reportan diferencias en sangrado y dolor, con una percepción de control y normalización del sangrado y dolor crónico en grupo 1, algo que desaparece por completo en los relatos de familias del grupo 2, en los que se destaca una sensación de "nueva normalidad " . En grupo 1 refieren miedo a las frecuentes punciones, tristeza y frustración por las limitaciones que genera la enfermedad, y resignación por la situación que les toca vivir, en el grupo 2 reportan un mejor estado de ánimo de los pacientes con el cambio de terapia. El grupo 1 reportan limitaciones en la interacción de los pacientes con sus pares y aprensiones en su participación en actividades sociales. El grupo 2 reporta un mayor desarrollo social de sus hijos y una sensación de seguridad. En ambos grupos se observa que la enfermedad involucra a toda la familia, altera su rutina y los lleva a trabajar en equipo.

Cometario y conclusiones: Este es el primer estudio chileno que evalúa la calidad de vida de pacientes tratados con Emicizumab y FVIII. La calidad de vida medida por escalas para hemofilia es buena en ambos grupos, sin embargo, al estudio dirigido se observa diferencias importantes en todos los planos evaluados. Existen algunos puntos comunes a ambos grupos, independientes de la terapia , como son falta de información, poca empatía y la dificultad para encontrar una atención adecuada en equipo de salud no tratante, que pueden mejorarse y disminuir así la "sensación constante de fragilidad e inseguridad" experimentada en mayor o menor forma en ambos grupos.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemostasia

FOLIO 1

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA. EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO RED. UC-CRISTUS. PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2022

PAOLA CRISTINA GOMEZ , DAVID RODRIGUEZ , Felipe Lizana , Pablo Bustamante
Pediatra.Hemato-oncologa Pediátrica. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile; Especialista en Laboratorio Clìnico. Coordinardor Laboratorio de Trombosis y Hemostasia Red de Salud UC- Christus ; Quimico Farmaceutico Clìnico Hospital Clinico Red de Salud UC-CRISTUS ; Alumno Facultad de Medicina Universidad Católica de Chile ;
Resumen – Investigación Científica

La Trombocitopenia Inducida por Heparina (Heparin Induced Thrombocytopenia) HIT, es conocida como una reacción inmune en pacientes con exposición reciente a este fármaco.

Objetivo Primario: Determinar la frecuencia de presentación de la Trombocitopenia Inducida por Heparina en el Hospital Clínico Red UC CHRISTUS durante el periodo Enero – Diciembre 2022

Objetivo Secundario: Correlacionar la positividad de las pruebas para determinar HIT con el Indice 4T utilizado internacionalmente para la sospecha clínica de esta patología y describir las características de la población de participantes que se diagnosticaron de HIT.

Materiales y métodos: Se revisó el uso de este fármaco en los pacientes hospitalizados y a los que se les realizó estudio para determinar anticuerpos contra heparina. Se optó por un tamaño de muestra por conveniencia tomando en cuenta pacientes desde 0 años en adelante. Los datos para analizar se obtuvieron tanto de la base de datos de Laboratorio de Trombosis y Hemostasia y de Farmacia Clinica de la Red de Salud UC-CRISTUS. Resultados: El total de pacientes que recibieron heparina no fraccionada fue de 2440, de estos se solicitó estudio para HIT a 33 pacientes (1,35%); 7 resultaron positivos lo que corresponde a un 21.2% del total y en relación a los usuarios de heparina de alto peso molecular corresponde a un 0.28%. El intervalo de confianza 95% es de 0,128 con valores entre 0,28 y 0,59. Causa de uso de heparina: terapia de remplazo renal (28,5%); circulación extracorpórea (28,5%), tromboembolismo pulmon (42,87%). La evaluación del índice 4T dió puntajes que fluctuaron entre 6 (57,14%) y 5 (42.85%) Dentro de este índice se pudo evaluar los pacientes que presentaron trombosis lo que corresponde a un 43.85%. El promedio de días desde el inicio de terapia con heparina fluctuó entre 4 a 10 días con promedio de 7. Dentro de los estudios analizados ninguno fue de pacientes pediátricos.

Conclusiones: El HIT es una grave complicación del tratamiento con heparina fraccionada o heparina de bajo peso molecular, causado por anticuerpos anti-heparina /PF4, que lleva a un descenso de plaquetas y estado protrombótico grave. Se recomienda la sospecha clínica, el apoyo con la herramienta 4T para la sospecha y apoyarse de ensayos inmunológicos para la determinación de anticuerpos contra el complejo heparina/PF4 funcionales. Según los hallazgos encontrados en este año de estudio se observa que el porcentaje de HIT en la red de salud UC-CHRISTUS es menor a la observada en norteamerica; es importante hacer un reporte en mayor tiempo y multicéntrico para poder establecer estadísticas propias del país y poder caracterizar a estos pacientes que sufren esta patología que afortunadamente es ocasional pero que incluye un diagnóstico precoz y un manejo oportuno y certero por parte de subespecialistas.

FOLIO 23

EVIDENCIA DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL Y ACTIVACIÓN DE LA VÍA RHOA/RHO KINASA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Jaime Pereira, Claudia Sáez, Manuel Alvarez, Felipe Silva, Nixa Olivares, José Valenzuela
Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile ; Departamento de Hematología-Oncología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Clínicamente,aparte del compromiso digestivo, la EII se asocia a diversas manifestaciones extraintestinales (MEI). Un riesgo 3-4 veces mayor de desarrollar tromboembolismo venoso, es una de las MEI más importantes en términos de morbilidad y mortalidad. Aunque los mecanismos que determinan este mayor riesgo trombótico no se conocen completamente, existe evidencia de alteraciones de coagulación, fibrinólisis y de la función plaquetaria. La contribución de la pared vascular ha sido menos explorada. En este sentido, existe evidencia demostrando que la disfunción endotelial (DE) y la activación anómala de la vía RhoA/Rho kinasa (ROCK) participan en múltiples procesos patológicos asociados a complicaciones trombóticas. Nuestra hipótesis es que, en la EII, el proceso inflamatorio crónico establece las condiciones para una estimulación endotelial crónica y una mayor activación de ROCK que contribuyen a la patogenia de las complicaciones trombóticas en la EII.

Objetivos: Demostrar la existencia de DE y activación de ROCK en pacientes portadores de EII
Material y Métodos. Se estudió 67 pacientes con EII (18 a 77 años de edad, media de 37 años) y controles pareados por sexo y edad (24 a 65 años, media de 32 años). Diagnóstico se basó en criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante la puntuación de Mayo o de Harvey Bradshaw (CU y EC, respectivamente). El daño celular endotelial se determinó mediante el recuento de células endoteliales circulantes (CEC) y los niveles de biomarcadores circulantes: molécula de adhesión intercelular soluble (sICAM) y molécula de adhesión celular vascular (sVCAM) mediante ELISA. La actividad Rho-kinasa se evaluó mediante los niveles de fosforilación de la cadena ligera de miosina 1 en relación a fosfatasa total (MYPT1-P/T) en los leucocitos circulantes.

Resultados: Pacientes con EII mostraron un número elevado de CEC comparado con controles (23,3±15 vs 9,6±4,4 cels/ml; p<0,01; respectivamente). Los niveles plasmáticos de sICAM y sVCAM también estaban aumentados comparados con controles (p <0,05). En pacientes, la razón MYPT1-P/T fue 1.2±015 y 0.6±0.1 en controles (p: 0.009). El número de CEC estuvo directamente relacionado con el grado de actividad de la enfermedad (p: 0.006).

Conclusiones: Pacientes con EII presentan evidencia de disfunción endotelial relacionada con el grado de actividad de la enfermedad y activación anormal de la vía ROCK. Esto sugiere que la activación de ROCK podría contribuir al aumento del riesgo de complicaciones trombóticas en pacientes con EII. La inhibición de ROCK ha demostrado ser beneficiosa como terapia en diversas enfermedades vasculares. En la EII, el uso de inhibidores de ROCK (por ejemplo, estatinas) podría proporcionar una herramienta novedosa para combatir el riesgo trombótico en pacientes con EII.

FOLIO 57

PÚRPURA TROMBÓTICO TROMBOCITOPÉNICO: DESCRIPCIÓN DE 23 CASOS TRATADOS ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022 EN HOSPITAL CLÍNICO UC-CHRISTUS

Benjamín Rodríguez, Jean Manríquez, Daniel Cathalifaud, Gonzalo Eymin, Benjamín Sanfuentes, Joel Castellano, Andrés Valenzuela
Interno Universidad Católica; Residente Medicina Interna Universidad Católica; Medicina Interna Universidad Católica; IQVIA, Chile; Medicina Interna Universidad Católica; Hemostasia McMaster University;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El Púrpura Trombótico Trombocitopénico (PTT) es una microangiopatía trombótica sistémica causada por una deficiencia severa en la actividad de ADAMTS13. Se ha descrito su presentación clásica como una triada de síntomas neurológicos, anemia hemolítica y trombocitopenia. En algunos casos se ha descrito una péntada al agregarse fiebre e insuficiencia renal. Las guías clínicas recomiendan usar el score PLASMIC para predecir un déficit severo de ADAMTS13. Nuestro objetivo es describir la presentación clínica de una serie de pacientes con PTT y describir el rendimiento del score PLASMIC.

Metodología: Realizamos una revisión retrospectiva de casos de PTT hospitalizados en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus entre los años 2017 y 2022. Extrajimos la información desde los registros clínicos. Calculamos el score PLASMIC para cada paciente usando la información disponible hasta la toma de muestra de la actividad de ADAMTS13. Utilizamos estadística descriptiva para caracterizar la cohorte y la prueba X2 de Pearson para la evaluación de significancia estadística. Un error de 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Los análisis se realizaron usando STATA 17.0.

Resultados: Se incluyó 23 pacientes con déficit severo de ADAMTS13 (≤10%), todos con presencia de inhibidor. La edad promedio fue 62 años, predominando mujeres (70%). En cuanto a los antecedentes, destaca un paciente con PTT previo, 4 (17,4%) con neoplasias hematológicas, 6 (26,1%) con insuficiencia renal crónica, 2 (8,7%) en hemodiálisis, 3 (13%) con cirrosis, 4 (17,4%) con enfermedades reumatológicas. Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron constitucionales (86,4%), gastrointestinales (52,2%), hemorragíparos (43,5%) y neurológicos (34,8%), destacando 4 pacientes con Glasgow <9 y 2 con convulsiones. Al momento de la sospecha la mediana de plaquetas fue 21000/mcL (10000-82000 IQR) y la LDH 617 U/L (324-1145 IQR). Un 70% tuvo un score PLASMIC ≥ 5. La mortalidad intrahospitalaria fue 56,5%. Encontramos una asociación significativa entre un nivel de LDH 3 veces sobre el límite superior normal y mortalidad ($p<0.05$). Observamos una menor mortalidad en los pacientes que debutaron con manifestaciones hemorragíparas ($p<0.05$).

Conclusiones: Observamos una presentación clínica heterogénea, predominando los síntomas gastrointestinales. Nuestra cohorte fue de mayor edad y carga de comorbilidades en comparación a otros reportes. Estas diferencias pueden explicar, en parte, la alta mortalidad observada. El score PLASMIC parece ser útil en el proceso diagnóstico, sin embargo su rendimiento predictivo pudiera ser menor al aplicarse en una población con estas características. El PTT sigue siendo una enfermedad de difícil diagnóstico y alta mortalidad. Es necesario validar herramientas como el PLASMIC en nuestra población y desarrollar estrategias diagnósticas que se ajusten a nuestra realidad local.

FOLIO 58

PÚRPURA TROMBÓTICO TROMBOCITOPÉNICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS Y EFECTOS ADVERSOS EN 23 PACIENTES ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022.

Jean Manríquez, Benjamín Rodríguez, Daniel Cathalifaud, Gonzalo Eymin, Benjamín Sanfuentes, Joel Castellano, Andrés Valenzuela
Interno Universidad Católica; Residente Medicina Interna Universidad Católica; Medicina Interna Universidad Católica; IQVIA, Chile; Medicina Interna Universidad Católica; Hemostasia McMaster University;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El púrpura trombótico trombocitopénico (PTT) es una enfermedad autoinmune aguda, potencialmente letal. Se caracteriza por un déficit severo de ADAMTS13, metaloproteinasa encargada de fragmentar multímeros de Factor von Willebrand. Ante un déficit severo (<10%), estos se acumulan gatillando un cuadro sistémico de microtrombosis arteriolar y capilar. El tratamiento moderno ha logrado disminuir su letalidad de 90 a 10%, aunque con efectos adversos (EA) y complicaciones que se asocian a alta morbimortalidad.

Metodología: Realizamos una revisión retrospectiva de 23 pacientes con PTT tratados en el Hospital Clínico de la Red de Salud UC-Christus entre 2017 y 2022. Recolectamos información desde registros clínicos incluyendo modalidades de tratamiento, efectos adversos y desenlaces. Utilizamos estadística descriptiva para caracterizar los datos basales y analizamos asociaciones entre datos categóricos mediante X2 de Pearson, usando STATA 17.0. Un error de 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: La estrategia terapéutica más utilizada fue la combinación de glucocorticoides (GC) y plasmaféresis (PLEX) en un 61%. 2 pacientes (9%) no recibieron GC. Los 21 restantes recibieron dosis equivalentes a prednisona altas o muy altas, 11 recibieron dosis en pulso al inicio. 12 (52%) recibieron otro inmunosupresor, siendo rituximab el más frecuente en 9 pacientes (39%). 14 utilizaron PLEX, con 12 sesiones en promedio cada uno.
17 pacientes (74%) tuvieron infecciones intrahospitalarias (IIH), asociado significativamente a uso de PLEX (P = 0.021), mas no a uso de GC en pulsos o rituximab. De ellos, 10 (59%) fallecieron durante su estadía versus 3 (50%) de los que no las presentaron.
En todos los pacientes se registró al menos un EA asociado a PLEX. 6 presentaron EA leves: 2 parestesias, 1 hipocalcemia y 3 reacciones febriles; 8 presentaron EA graves: 1 cursó con hemorragia subaracnoidea, 2 sobrecarga de volumen, 1 injuria pulmonar aguda y 4 hipotensión severa requiriendo drogas vasoactivas. Un 87% de los pacientes con EA graves falleció durante su estadía mientras que ninguno de los con EA leves lo hizo (P = 0.001). No hubo diferencias estadísticamente significativas en mortalidad al comparar los distintos tratamientos.

Conclusiones: Este estudio aporta información valiosa respecto al tratamiento del PTT en un ámbito local. Pese a las limitaciones de un análisis retrospectivo, observamos gran heterogeneidad en las estrategias terapéuticas usadas, que las complicaciones infecciosas son prevalentes y que, a pesar de tener efectividad demostrada, los EA graves asociados a PLEX son frecuentes y se asocian a mal pronóstico. En los últimos años se han desarrollado estrategias terapéuticas que permiten prescindir de PLEX, pero aún no han sido comparadas contra el tratamiento estándar. Es necesario realizar más estudios, idealmente prospectivos, que nos permitan caracterizar mejor los desafíos en el tratamiento de PTT en nuestro país.

FOLIO 63

HEMOFILIA ADQUIRIDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mercedes E. Mijares, Valeska Vega, Jose Tomas Gonzalez, Franccesca Guidotti, Karla Hernández, Sandra Aranda
Hospital San Juan de Dios;
Caso Clínico

La hemofilia adquirida (HA) es un trastorno hemostático producido por autoanticuerpos dirigidos principalmente contra el factor VIII (FVIII), que ocasionan hemorragias con riesgo alto de morbimortalidad. En alto porcentaje de los casos se asocia a patologías autoinmunes, malignidades y mujeres en puerperio. La incidencia se estima 1.3 a 1.5 casos/millón de personas/año, con alta probabilidad de subregistro. Se observa una gráfica bimodal con una incidencia alta en mujeres fértiles y en adultos mayores con predominio en varones. Presentamos una paciente de 65 años de edad, quien en mayo de 2020 ingresa al hospital San Juan de Dios con shock séptico por tu de colon perforado, falla multiórgánica, PTT 43.9 seg. Recibió PFC y crioprecipitado con mejoría. Se realiza laparotomía con colostomía, biopsia: adenocarcinoma de sigmoides moderadamente diferenciado, bordes quirúrgicos libres de neoplasia, ganglios positivos: 1 de 13. TAC TAP sin signos de diseminación secundaria. Se decidió dar quimioterapia, XELOX, oxaliplatino y capecitabina, recibió 3 ciclos, 15/7, 12/8 y 14/9. Tres semanas después comienza a presentar hematomas y equimosis espontáneas en extremidades. Eco: desgarro miofascial entre sóleo y gastrocnemios con colección hemática en EID, PTT en 57.4 seg. no corrige, FVIII 3%, anti VIII 8 UB. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día y ciclofosfamida 1.5 mg/Kg/día, por 4 semanas, asociado a agentes baipás rFVIIa 90µ/kg cada 6 horas por 1 día, posteriormente por poca disponibilidad de rFVIIa, se indicó CCPa 62 mg/kg/día, por 4 días, con buena evolución clínica y de laboratorio. Se realizó nuevo TAC TAP y cintigrama óseo sin evidencia de neoplasia. Al omitir inmunosupresores presentó recaída a los 15 días, nueva remisión con prednisona y nueva recaída a los 6 meses, por lo que se decidió asociar ciclofosfamida 5 mg/kg, recibió 4 ciclos sin mejoría, por lo que se indicó rituximab 375 mg/m2, 4 dosis sin mejoría. La paciente está en espera de restitución de tránsito, lo ideal es que se encuentre en remisión para la intervención. Al no obtener mejoría, se pensaba autorizar cirugía con altas dosis de FVIII, ya que la paciente se mantiene sin síntomas, pero por último decidimos indicar terapia triple con dexametasona 40 mg y rituximab 100 mg los días 1, 8, 15 y 22, y ciclofosfamida 1 gr los días 1 y 22. Recibió 2 ciclos observándose remisión clínica y de laboratorio. La HA generalmente se diagnostica con retardo por desconocimiento de la enfermedad. Son imperativas estrategias educativas para elevar la conciencia de esta entidad. No es difícil diagnosticar la HA, debe sospecharse en paciente con sangrado, alteración de pruebas hemostáticas básicas, test de mezcla que no corrige y título de inhibidores positivo. El tratamiento se enfoca en tratar los sangrados con agentes baipás y erradicar el inhibidor con inmunosupresores y, en ocasiones, constituye un reto por la fragilidad del paciente con comorbilidades que requiere inmunosupresión.

FOLIO 77

ESTUDIO DE REACTIVIDAD PLAQUETARIA Y PLAQUETAS PROCOAGULANTES EN PERSONAS MAYORES FRÁGILES

Magdalena Sepúlveda, Jonathan Gibbins, Héctor Montecino, Diego Méndez, Nacim Molina, Iván Palomo, Eduardo Fuentes
Institute for Cardiovascular and Metabolic Research, School of Biological Sciences, University of Reading, Reading, UK; Centro de Estudios en Alimentos Procesados; Centro de Investigación en Trombosis y Envejecimiento Saludable; Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Durante el envejecimiento se alteran varios sistemas fisiológicos, emergiendo la fragilidad como un factor de riesgo significativo. Dentro de las escalas para determinar fragilidad se encuentran el Fenotipo de Fried y Frailty Trait Scale (FTS), pero también es importante conocer cómo es el perfil de reactividad plaquetaria y evaluar la presencia de plaquetas procoagulantes.

Objetivo: Determinar el perfil de reactividad plaquetaria y plaquetas procoagulantes en personas mayores frágiles y no frágiles.

Metodología: Se extrajo sangre venosa con anticoagulante citrato de sodio al 3,2% a 26 mujeres mayores (11 frágiles y 15 no frágiles). Se obtuvo el plasma rico en plaquetas (PRP) el cual se utilizó para análisis de exposición de fosfatidilserina (mediante unión a anticuerpo Anexina V-FITC), niveles de calcio intracelular (mediante sonda Fluo-4 AM), potencial de membrana mitocondrial (mediante sonda tetrametilrodamina metil éster TMRM), especies reactivas de oxígeno (ROS) (mediante sonda dihidroetidio DHE) y reactividad plaquetaria en microplaca evaluando expresión de P-Selectina (anticuerpo anti CD62P-PE) y fibrinógeno (anticuerpo anti fibrinógeno-FITC) frente a 3 agonistas plaquetarios (ADP, CRP y TRAP-6). Todos los análisis mencionados se evaluaron en citómetro de flujo BD FACSLyric y los valores se expresaron como Intensidad de Fluorescencia Media. Resultados: Se observaron diferencias significativas entre personas mayores frágiles versus no frágiles. En el caso de la exposición de fosfatidilserina, las mujeres frágiles tenían valores mayores que las no frágiles (113,9±6,457 versus 92,27±3,220) (p 0,0061). Continuando con los niveles de calcio intracelular, las mujeres frágiles tenían niveles más elevados que las no frágiles (322,3±51,03 versus 199,1±6,544) (p 0,0292). En el caso del potencial de membrana mitocondrial, fue más elevado en mujeres mayores frágiles que en no frágiles (102,1±10,65 versus 74,90±3,247) (p 0,0204). Los niveles de ROS también se encontraron más elevados en las mujeres frágiles versus no frágiles (71,80±6,018 versus 48,33±3,570) (p 0,0023). En el caso de reactividad plaquetaria, se encontró que las personas mayores frágiles tenían menor sensibilidad en cuanto a fibrinógeno estimulado por ADP (p 0,0261). Luego se compararon los niveles de IMC (>28 kg/m2 considerado como sobrepeso), donde se encontró que las personas con sobrepeso tenían menor sensibilidad (p 0,0092) y menor capacidad (p 0,0414) en fibrinógeno estimulado por ADP, en el caso de CRP y TRAP-6 también se observó menor capacidad en las personas con sobrepeso (p 0,0274 y p 0,0108 respectivamente).

Conclusión: Las personas mayores frágiles presentan un perfil de reactividad plaquetaria más alterado y plaquetas procoagulantes que las personas mayores no frágiles, lo cual constituye un factor de riesgo cardiovascular. Financiamiento: ANID/FONDECYT N°1220339, ANID/FONDECYT N°1211136, ANID-Anillo ACT210097 y ANID/FONDEQUIP N°EQM200049 (Flow Cytometry).

FOLIO 92

SÍNDROME DE VON WILLEBRAND ADQUIRIDO EN PACIENTE PEDIÁTRICO SOMETIDO A OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA: REPORTE DE UN CASO.

Paola Gomez, David Rodriguez Cabezas, Yorman Flores Molina, Carlos Saez, Patricia Hidalgo, Jaime Pereira
Pontificia Universidad Catolica; Universidad de Chile; Red Salud UC Christus;
Caso Clínico

La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) ha demostrado ser de gran valor en el soporte vital de pacientes que presentan insuficiencia respiratoria o cardiovascular aguda. No obstante, un efecto secundario potencialmente grave y poco frecuente es el desarrollo del Síndrome de Von Willebrand Adquirido Secundario (SVWAS). Se estima que su incidencia en pacientes pediátricos oscila entre aproximadamente un 1% y un 5% luego del inicio de la terapia, en este sentido, se presenta un caso clínico ilustrativo. Lactante femenino de 10 meses, con historial de síndrome bronquial obstructivo (SBO) recurrente, quien fue referida a la Red UC Christus bajo el diagnóstico de Neumonía por Virus Sincicial Respiratorio (VRS), que no respondió al tratamiento con cánula nasal de alto flujo (CNAF), requiriendo posteriormente Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en posición prono. Debido a la persistente hipoxemia refractaria, se optó por iniciar ECMO Veno-Arterial, posterior a lo cual experimentó una hemorragia digestiva y deterioro progresivo en la oximetría cerebral no invasiva (NIRS), por lo que se solicitó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) cerebral, que reveló una hemorragia subaracnoidea con compromiso supra e infratentorial, en este contexto se suspende infusión continua de heparina no fraccionada (HNF) y posteriormente se confirmó el diagnóstico de Síndrome de Von Willebrand adquirido secundario (SVWAS) a ECMO mediante estudios adicionales: Antígeno Factor Von Willebrand (FvW Ag): 205.6; Cofactor Ristocetina (CoRis) 117.7; Prueba de Unión a Colágeno (PUC): 73.3; Factor VIII: 185; VIII/Ag: 0.9; CoRis/Ag 0.57; PUC/Ag 0.36; se demostró Pérdida de multímeros de alto peso molecular. Se inicia manejo con Concentrado Von Willebrand Liofilizado y soporte transfusional, con respuesta clínica desfavorable, lo que condujo a su fallecimiento. En conclusión, el subdiagnóstico del Síndrome de Von Willebrand Adquirido Secundario a ECMO (SVWAS) en el contexto de pacientes críticamente enfermos representa un desafío significativo para el clínico. Por lo tanto, mantener un alto nivel de sospecha y un bajo umbral para considerar esta complicación es fundamental, su detección temprana y precisa puede marcar la diferencia en la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes afectados, permitiendo la implementación de estrategias de manejo adecuadas para reducir el riesgo de sangrado excesivo y mejorar la seguridad y el bienestar del paciente.

FOLIO 155

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: COHORTE DE 3 AÑOS

Natalia Dreyse, Nicole Salazar, Rodrigo Pérez, René López, Jerónimo Graf
Departamento de Farmacia Clínica Alemana de Santiago; Programa Magíster Farmacología Universidad de Chile; Departamento de Farmacia Clínica Alemana de Santiago; Departamento Paciente Crítico Clínica Alemana de Santiago;
Resumen – Investigación Científica

Todos los pacientes usuarios de heparinas, incluyendo heparinas de bajo peso molecular, se encuentran en riesgo de presentar trombocitopenia inducida por heparina (HIT, por su acrónimo en inglés). Esta es una reacción adversa a medicamento (RAM) inmuno-mediada y se debe a la formación de anticuerpos contra el complejo heparina-factor plaquetario 4 (FP4). Estos anticuerpos activan las plaquetas y la coagulación, produciendo un aumento en la trombina y una disminución del recuento plaquetario lo que se relaciona con la aparición de eventos trombóticos. Su presentación habitual es una disminución brusca de las plaquetas, con una caída del 50% de su valor basal, lo que se puede acompañar de manifestaciones trombóticas. La temporalidad en que aparece la trombocitopenia es entre 5 a 14 días desde inicio de tratamiento. La incidencia en pacientes expuestos a heparina terapéutica es de 0,5 a 5%. El diagnóstico se fundamenta en la presencia de anticuerpos contra el complejo heparina-FP4 y se confirma con pruebas funcionales de activación plaquetaria inducida por heparina como la de liberación de serotonina. En pacientes críticos esta RAM es sub-diagnosticada, probablemente por la multiplicidad de causas de trombocitopenia en esta población. Estudio de cohorte prospectivo realizado entre 02/05/2019 y 01/08/2022 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Clínica Alemana de Santiago. Se registraron todos los pacientes anticoagulados con sospecha clínica de HIT fundamentado en la aparición de trombocitopenia con caída cercana al 50% del basal. A todos ellos se les realizó estudio de tamizaje con determinación de anticuerpos específicos y estudio confirmatorio en aquellos con resultado positivo o no concluyente. Este estudio forma parte del protocolo RUCI de Clínica Alemana de Santiago con aprobación del Comité de Ética institucional. Los datos se presentan como mediana [rango] y proporciones. Se identificaron 48 pacientes con sospecha clínica de HIT; en 6 de ellos se demostró la presencia de anticuerpos antiplaquetarios y en 1 su determinación fue no concluyente. Los 7 pacientes, correspondientes al 14,6% de los pacientes con sospecha, tuvieron la prueba confirmatoria positiva. El recuento plaquetario al momento de la sospecha correspondía al 38% [16%-63%] del basal. Todos se encontraban en ventilación mecánica invasiva y el 57% de ellos recibió algún soporte extracorpóreo. En este período 65 pacientes recibieron oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) y en 3 de ellos se demostró HIT, lo que corresponde al 4,6% de este grupo. El diagnóstico de HIT fue confirmado en aproximadamente en el 15% de los pacientes críticos con sospecha. La mayoría de los pacientes estaba recibiendo algún soporte extracorpóreo al momento del diagnóstico. Por tanto, se deben estar atento a la sospecha de HIT en pacientes críticos con trombocitopenia cercana al 50% del recuento basal, especialmente si están recibiendo soporte extracorpóreo.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Hemostasia / Medicina Transfusional

FOLIO 22

EVALUACIÓN TEÓRICA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PRUEBAS VISCOELÁSTICAS EN HEMORRAGIAS GRADO III Y IV, HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

MARCELO DIAZ DE VALDES L, CAROLINA VILLALOBOS, MARTINA JULIO RODRIGUEZ, DENISSE MALDONADO AGUILAR, ROMINA PAZ ARAVENA, MARCO GUAJARDO GARCIA
Universidad Andrés Bello; Hospital Barros Luco Trudeau ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La investigación se enfoca en evaluar teóricamente un método costo efectivo y eficiente para testear la hemostasia durante una hemorragia grave. Dado que el estudio de la coagulación frente a los sangrados es crucial, es necesario proponer el uso de métodos de laboratorio precisos, específicos y rápidos para determinar qué componentes sanguíneos deben ser transfundidos específicamente a cada paciente para lograr la hemostasia en el menor tiempo. La literatura indica que la implementación de Pruebas viscoelásticas (PVE) puede otorgar beneficios, tales como: economía de recursos y seguridad transfusional tanto para los pacientes como para el centro hospitalario. El Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) es un establecimiento de alta complejidad, atiende una gran cantidad de pacientes con hemorragias de grado III y IV. Se espera evidenciar si se justifica la incorporación de un equipo de PVE para tratarlas.

Objetivo: Analizar los beneficios teóricos de la implementación de las PVE en el HBLT en transfusiones asociadas a pacientes con hemorragia grado III y IV.

Metodología: Se analizaron las transfusiones sanguíneas de pacientes que cursaron con una hemorragia grado III o IV, durante los años 2019-2022 en el HBLT. Se calculó la cantidad total de componentes sanguíneos transfundidos y la cantidad desglosada por cada uno de ellos, además se extrajeron los costos asociados a la transfusión de estos y los días de hospitalización. En la revisión sistemática de la literatura se extrajo el porcentaje teórico de disminución de la cantidad de componentes sanguíneos y días de hospitalización tras el uso de PVE. Por lo tanto, al aplicar la misma proporción a los datos obtenidos del HBLT, fue posible estimar cuánto disminuiría la cantidad de hemocomponentes, costos asociados y el promedio de días de hospitalización si se hubiera implementado PVE durante el período de estudio. Resultados: El uso teórico de PVE evidencia que en hemorragia grado III, el componente con mayor ahorro fue concentrados de plaquetas (CPQ) (913 U). En cambio en hemorragia grado IV, el mayor ahorro teórico se dio en plasma fresco congelado (PFC) (2.883 U). El ahorro total de costos en hemorragia grado III fue de $48.873.975 CLP y en hemorragia grado IV $131.763.438 CLP. No se observa un ahorro de días de hospitalización significativo en ningún grado de hemorragia.

Conclusión: El uso de PVE como complemento a las transfusiones de sangre en HBLT genera múltiples beneficios, ya que brinda una orientación más eficaz que las pruebas de coagulación convencionales (PCC) sobre qué componentes sanguíneos específicos se deben transfundir, a la misma vez que genera ahorros para el hospital.

2023

XXIII CONGRESO CHILENO DE **HEMATOLOGÍA**

XIII CONGRESO DE **MEDICINA TRANSFUSIONAL**

LIBRO DE TRABAJOS

Medicina Transfusional

FOLIO 27

MEJORANDO LA ATENCIÓN Y HEMOVIGILANCIA DE DONANTES DE SANGRE

MARCELO DIAZ DE VALDES, CAROLINA VILLALOBOS, FANNY LEYTON H, MEYLYN OYE VERGARA, MARCO GUAJARDO GARCIA
Hospital Barros Luco Trudeau;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: En la casa del donante Dr. Federico Liendo Palma, del SSMS se implementó desde abril de 2021 una encuesta de satisfacción de la donación de sangre y hemovigilancia a las 24 horas post donación.

El objetivo de la encuesta es medir el grado de satisfacción que el donante percibió en su atención, sus observaciones y realizar la hemovigilancia de las reacciones adversas a la donación (RAD) tardías a las 24 horas. Método: Al momento de la donación de sangre se le indica al donante que al día siguiente lo llamarán por teléfono para hacerle algunas preguntas. Al donante se le aplica un formulario estandarizado y donde además se puede registrar algunas observaciones adicionales. Resultados: Entre un 30 y 40% de los donantes contestan el teléfono a las 24 horas. En el periodo de abril 2021 a diciembre 2022 se entrevistó a 5.840 donantes. En la tabla adjunta, en la primera columna se pueden ver las preguntas realizadas. Se evidencia que el 84.2% son donaciones dirigidas a personas conocidas y solo un 15.8% corresponden a donantes voluntarios altruistas. El 70.4% ya había donado antes y el 29.6% lo hacía por primera vez. El 89% fue atendido antes de 15 minutos y prácticamente el 90% agendó su hora. El 85.2% de los donantes demora menos de 45 minutos su donación. El 99.3% considera que su atención fue muy buena o buena y el 94.6% se sintió muy bien o bien post donación. Pero solo el 84.3% volvería a donar si lo llamáramos, el 6.7% volvería a donar solo de reposición y el 9.9% no desea volver a donar. Los donantes prefieren que los contacten para volver a donar, ya sea por vía telefónica o mail. El 11.8% presenta alguna molestia en el brazo, siendo las más frecuentes: dolor del sitio de punción (4,5%), equimosis (4.1%) y hematoma (1.4%). Las reacciones vasovagales tardías no fueron mencionadas.

Conclusiones: Los buenos resultados de la encuesta de satisfacción y hemovigilancia no concuerdan con la baja cantidad de donantes voluntarios, aunque se ha visto un aumento progresivo y significativo de éstos en los últimos años. La respuesta baja del llamado telefónico para realizar la encuesta post donación se correlaciona también con la baja respuesta al llamado a donar de donantes de reposición. La mayoría de los donantes que presentaron dolor o equimosis en su brazo post punción desea seguir viniendo a donar y están contentos de la atención. Esta encuesta permite evaluar los cambios administrativos y de procedimientos de atención directa al donante, como es el caso de introducción de nuevos equipos de flebotomía y su relación con RAD. Los porcentajes de RAD son bajos y concordantes con publicaciones extranjeras. Para mejorar cobertura de encuestas habrá que realizar envío de mails a los donantes que no contestan el teléfono.

FOLIO 32

10 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LAS DONACIONES DE SANGRE Y SEROLOGIA EN EL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU (2013-2022)

CAROLINA VILLALOBOS URBINA, MARCELO DIAZ DE VALDES
Hospital Barros Luco Trudeau;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La casa del donante Dr. Federico Liendo P, del SSMS atiende los donantes de sangre de los hospitales Barros Luco, El Pino, Buin y Exequiel González C. Durante esta última década ha cambiado la población de donantes de sangre, algunos criterios de selección y se ha incentivado la donación voluntaria como una herramienta para reducir el riesgo de serología positiva y aumentar la cantidad de donantes y la seguridad.

Objetivo: Ver el comportamiento de la serología en la donación voluntaria y de la serología de los donantes chilenos y extranjeros atendidos en HBLT Método: En la UMT del HBLT se revisaron las estadísticas de donantes de sangre entre los años 2013 y 2022, se registraron las donaciones de sangre total, donantes voluntarios y la frecuencia de serología positiva confirmada por el ISP tanto para los donantes generales, voluntarios y extranjeros. Resultados: Como puede observarse en la tabla 1, la cantidad de donantes de sangre anual aumento de 11.800 en 2013 a 16.010 en 2019 (periodo prepandemia) y luego de esto disminuyó y se ha mantenido en niveles algo más bajo que en prepandemia. Al revisar el tipo de donación, las donaciones de sangre voluntarias han tenido un alza sostenida por año (inicial 300 en 2013 alcanzando 2.225 en 2021 y 2.058 en 2022). Esta caída de donantes se atribuye a la restricción de la donación voluntaria de extranjeros. Solo el HBLT (y no los otros hospitales) realiza gestión de llamado de donantes voluntarios, lo que disminuye la tasa de donación voluntaria propia del HBLT. La tasa de serología anual ha bajado considerablemente desde el año 2013 (3.56) al año 2022 a 1.31. La tasa acumulada de serología positiva en donantes de reposición fue 2.68 y en la de donantes voluntarios solo de 0.41. Con respecto a la serología: VIH: de los donantes voluntarios altruistas sólo 3 presentaron serología positiva para VIH en su primera donación (3 de 47 donantes totales VIH positivos) y solo 2 fueron extranjeros; VHB: la mayoría de los donantes son de reposición y extranjeros; VHC: prácticamente la mayoría fueron de reposición y chilenos; Chagas: la mayoría son chilenos y ha ido disminuyendo la tasa de 1.20 a 0.26 en la actualidad; HTLV I y II: teníamos una tasa de 1.35 el año 2013 y al 2021 0.78 y el 2022 0.39.

Conclusiones: La donación voluntaria de sangre está aumentando lentamente, requiere de mucha infraestructura y de educación para cambiar la conducta. Nuestra revisión confirma que la donación voluntaria altruista es más segura que la donación de reposición. La tasa de serología positiva ha disminuido 2,7 veces en 10 años, especialmente de VHB, VHC y Chagas en los tres últimos años. En los donantes extranjeros es más frecuente la VHB y sería bueno buscar conveniente realizar serología anti core de hepatitis B.

FOLIO 45

IMPACTO EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS A LA TRANSFUSIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Catherine Mora, Dayana Cartes, Gabriela Reyes, Anyela Burgos, Manuela Espinoza, Edgardo Gómez, Eric Jara
Médico Cirujano, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Tecnólogo Médico, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Resumen – Investigación Científica

INTRODUCCION: La Unidad de Medicina Transfusional del Hospital Guillermo Grant Benavente (UMT-HGGB) transfunde 32.000 componentes sanguíneos al año, reportándose con frecuencia eventos adversos, hecho que reafirma la importancia de realizar una hemovigilancia activa. Durante los años 2020 y 2021, la pandemia COVID-19 generó cambios a nivel hospitalario en la atención de sus pacientes, con reestructuración de las dependencias y de adaptación del recurso humano, lo que repercutió en las actividades de la UMT, provocando una disminución de los requerimientos transfusionales en un 15% y a la vez un aumento de la delegación del control de éstas que pasó de un 55% en el periodo prepandémico, a 68% el 2020 y 74% el 2021, principalmente al personal de las unidades de paciente pediátrico y crítico adulto.

Objetivo: Estimar el impacto de estas modificaciones en la tasa de notificación de eventos adversos a la transfusión (EAT) durante la pandemia COVID-19 (2020-2021).

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. La fuente primaria es el formulario de notificación de EAT entre los años 2012 y 2021. La clasificación de EAT será de acuerdo con los criterios establecidos de la Organización Panamericana de la Salud. Se excluye la aloinmunización, puesto que este evento no es notificado por el personal que controla la transfusión. Se compararon las tasas totales, por personal que controla, por componente sanguíneo y por tipo de EAT, entre los periodos 2012-2019 y 2020-2021. Los análisis estadísticos se realizaron por comparación de proporciones mediante la Prueba Exacta de Fisher con 95% de confianza, utilizando calculadora de código abierto OpenEpi, versión 3 (www.openepi.com).

Resultados: Ver Tabla adjunta: Tasas EAT Prepandemia (2012-2019) y Pandemia (2020-2021).

Conclusiones:: En el periodo 2020-2021 aumentó la tasa de notificación del personal de la UMT. No hubo cambios en la tasa general, tipo de RAT o componente asociado con respecto al periodo pre-pandemia.

Financiamiento: No hay.

FOLIO 46

RESULTADOS DE LAS TRANSFUSIONES DE GLÓBULOS ROJOS EN SANGRADO AGUDO DE PABELLÓN QUIRÚRGICO

MARCELO DIAZ DE VALDES LAYSECA, CARLA GONZALEZ SANDOVAL
REDSALUD;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El sangrado agudo en pabellón quirúrgico (SAP) es frecuente, su cuantía puede ser medida y por esto debería ser corregida adecuadamente. Hay cirugías que por complejidad sangran más. La hemoglobina (HB) del paciente previo al pabellón casi siempre se conoce y el aporte de glóbulos rojos (GR) perioperatorio debe tener como resultados una HB post transfusional (HbPTx) , a 24 horas post cirugía, entre 8.0 y 10 gr/dl (Hto:24-30%) para considerarse una transfusión correcta. Las transfusiones se asocian a morbimortalidad por lo que las sobre transfusión debe ser evitada

Objetivo: Revisar el resultado de las transfusiones de GR en pabellón cuyo motivo de indicación fue SAP y que la HbPTx estuvo en el rango esperado, en rango inferior, levemente superior y más alta que el esperado, y ver si los resultados se asocian a algún tipo de cirugía o condición especial.
Metodología: Se revisaron las transfusiones de GR realizadas cuyo motivo de indicación fue SAP, se clasificaron de acuerdo con la HB o hematocrito (HTO) que tuvieron entre 24 y 48 hrs post cirugía, para evitar hemoconcentración y hemodilución. Las transfusiones indicadas en pabellón y cuya Hb estuviera entre 8.0 y 10 se contaron como correctas y las que estaban por debajo de 8 gr de Hb como insuficientes y las entre 10.1 y 11 gr como levemente superior y mayor a 11 gr. como sobre transfundidos.

Resultados: Entre el 2021 y el 2023 se transfundieron 522 U de GR a 234 pacientes (dos fallecieron). Hubo 59 pacientes (25.2%) sin dato de HB o HTO previos. Todos los pacientes del estudio tenían control post operatorio de Hb o HTO entre las 24 y 48 hrs.
A las 24 horas cumplían con el requisito de tener una Hb entre 8.0 y 10 solo 83 pacientes (36%) y los sobre transfundidos levemente 58 (25%). La cantidad de pacientes sub transfundidos fueron 24 (10%) y los sobres transfundidos con HB > 11 gr fueron 67 (29%) y recibieron en promedio 2.03 unidades de GR. En los sobre transfundidos se usaron 8 unidades grupo Rh negativo de un total de 30 transfundidas. Las cirugías en que hubo sobre transfusión fueron mayoritariamente traumatológicas, cardiacas y oncológicas. Si sumamos los correctamente transfundidos y levemente sobre transfundidos son 141 pacientes (61%).

Conclusiones: La condición hematológica del paciente conocida previo a cirugía, su peso corporal y la cuantía del sangrado controlado en pabellón deberían tener resultados de HbPTx con menos variabilidad que la observada. La HB post SAP es recomendable que quede entre 8.0 y <11 gr/dl. La infra transfusión puede ser corregida fácilmente, pero las sobre transfusión de un tercio de los pacientes es un factor de morbimortalidad que hay que revisar y evitar para la seguridad de los pacientes. Si se hubiese indicado solo 1 unidad de GR en los pacientes sobre transfundidos se habrían ahorrado al menos 67 U de GR y el 80% de los pacientes habría quedado en rango aceptable de HB y con menos riesgos secundarios a transfusión.

FOLIO 47

GLÓBULOS ROJOS FILTRADOS: ¿CÓMO HA IMPACTADO SU USO EN LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS Y DE REACCIÓN FEBRIL NO HEMOLÍTICA?

Dayana Cartes, Catherine Mora, Mariela Quezada, Manuela Espinoza, Valery Cid, Edgardo Gómez, Eric Jara
Médico Cirujano, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Tecnólogo Médico, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La filtración de componentes sanguíneos disminuye el número de leucocitos residuales a niveles clínicamente efectivos, traduciéndose en una baja significativa de la frecuencia de reacciones febriles no hemolíticas (RFNH). Desde hace más de una década, la Unidad de Medicina Transfusional del Hospital Guillermo Grant Benavente (UMT-HGGB) cuenta con un stock de Glóbulos Rojos Filtrados (GRF), el que gradualmente ha ido en aumento, desde 4 % del total de glóbulos rojos el año 2013; 6% el 2015; 9% el 2018; 10% el 2020; 32% el 2021; 73% el 2022; llegando a un 100% el 2023, lo que sin duda ha repercutido en el reporte de eventos adversos asociados a la transfusión (EAT) de glóbulos rojos.

Objetivo: Determinar el efecto de la transfusión de GRF en la tasa de EAT y de RFNH en pacientes del HGGB.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. La fuente primaria es el formulario de notificación de EAT entre los años 2013 y 2023. La clasificación de EAT se hizo según los criterios establecidos de la Organización Panamericana de la Salud. Los análisis se realizaron por comparación de proporciones (Test Exacto de Fisher) por 1000 unidades transfundidas con intervalo de confianza de 95%, utilizando calculadora de código abierto OpenEpi, versión 3 (www.openepi.com).

Resultados: (VER GRÁFICO 1 ADJUNTO: Tasas EAT Totales y RFNH con GR Filtrados) Las RFNH disminuyen con el uso de GRF, baja que se hace significativa a partir del 2021-2022 (p=0,0401; 53% GRF), llegando a una tasa final de 2,2 el año 2023 (p=0,0089; 100% GRF), reduciendo la tasa de RFNH en 46%. A pesar de que la tasa de Total de RAT asociadas a CGR disminuyó en un 23% el año 2023, estimándose en 3,7; tal baja no es estadísticamente significativa (p=0,1059; 100% GRF).

Conclusión: El uso de un 100% de Concentrados de Glóbulos Rojos filtrados disminuyó la tasa de RFNH en 46%, sin embargo, no tubo impacto en la Tasa total de RAT asociadas a Glóbulos rojos.

FINANCIAMIENTO: No hay

FOLIO 49

ALOINMUNIZACIÓN POR TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE GLÓBULOS ROJOS

Eric Jara, Dayana Cartes, Froilán Quintana, Lisette Medina, Edgardo Gómez, Catherine Mora
Médico Cirujano, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Tecnólogo Médico, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La aloinmunización es un evento adverso tardío de tipo inmune, asociado a diversos factores, siendo el principal la diferencia entre los antígenos presentes en el donante y ausentes en el receptor. La incidencia en pacientes transfundidos es de 1,0 a 2,2%, aumentando considerablemente en politransfundidos. Su importancia en la seguridad transfusional y en el embarazo radica en que provoca Reacción Hemolítica Transfusional y Enfermedad Hemolítica Perinatal. En nuestro establecimiento anualmente se transfunden 12.500 concentrados de glóbulos rojos, cifra que crece entre 2 y 3% cada año, lo que aumenta la posibilidad del evento.

Objetivo: Determinar la incidencia de anticuerpos antieritrocitarios y características de los pacientes aloinmunizados por transfusión de glóbulos rojos en el Hospital Guillermo Grant Benavente.

Materiales y Métodos:: Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes transfundidos con glóbulos rojos entre los años 2002-2022, y que, ante un nuevo requerimiento transfusional, se les detectó e identificó un anticuerpo antierotrocitario (Técnica en columna Gel AGH, BioRad), descartando el embarazo como vía de inmunización. La fuente primaria de los datos es el registro de terapia transfusional del paciente (Sistema informático e-Delphyn). Los análisis se realizaron con calculadora de código abierto OpenEpi, versión 3 (www.openepi.com).

Resultados: En este periodo se transfundieron 216.042 concentrados de glóbulos rojos y se detectaron 474 pacientes aloinmunizados, estimando una tasa de 2,19 (2,00-2,39) por 1000 unidades transfundidas, y una incidencia mínima de 0,99% (0,91-1,08) de pacientes aloinmunizados (474 en 47.803 pacientes transfundidos). El 94,6% (n=503) de los anticuerpos antieritrocitarios detectados son de importancia clínica. En el 87,6% de los casos se detectan como anticuerpo único. (Ver Gráfico 1 Adjunto: Especificidad de anticuerpos en aloinmunizados) Los aloinmunizados, corresponden a 62,9% mujeres y 37,1% hombres, con edad de 53+/-20 años, los que se transfundieron 4 unidades de glóbulos rojos previo a la aloinmunización (Me=4), con un promedio de 4,1 transfusiones al año. El 75% de ellos requirió una nueva transfusión antes de los 6 meses, ocasión en la que se detectó el anticuerpo. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Cáncer gástrico/ Hemorragia digestiva alta (34,6%), Enfermedad renal crónica (17,9%), Leucemia/Mielodisplasia (14,3%), Fractura/ Politraumatismo (11,6%).

Conclusiones: La incidencia mínima de aloinmunizados es 0,99%, con una tasa de 2,19 por cada 1.000 glóbulos rojos transfundidos. Las especificidades más frecuentes son E, K y Jka; detectados como anticuerpo único, principalmente en mujeres entre 33 y 73 años, lo que coincide con otros reportes.

Financiemiento: No hay.

FOLIO 50

EVENTOS ADVERSOS A LA TRANSFUSIÓN: UNA DÉCADA DE NOTIFICACIONES

Eric Jara, Dayana Cartes, Fabiola Abello, Camila Badilla, Edgardo Gómez, Catherine Mora
Médico Cirujano, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Tecnólogo Médico, Unidad de Medicina Transfusional, Hospital Guillermo Grant Benavente;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La Unidad de Medicina Transfusional del Hospital Guillermo Grant Benavente (UMT-HGGB) anualmente transfunde en promedio 13.500 concentrados de glóbulos rojos (a partir del 2023 100% CGR filtrados), 13.000 plaquetas, 3.200 plasmas frescos congelados y 2.300 crioprecipitados; consumo que aumenta entre 1 y 3% anualmente, por lo que con frecuencia se reportan eventos adversos (EAT), hecho que reafirma la importancia de realizar una hemovigilancia activa.

Objetivo: Estimar la frecuencia y tasa de los principales EAT en pacientes del Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. La fuente primaria de los datos es el formulario de notificación de EAT entre los años 2012 y 2022. Los EAT se clasificaron de acuerdo con los criterios de la Organización Panamericana de la Salud. Se estimó la frecuencia en porcentaje y la tasa por 1000 componentes transfundidos. Los análisis se realizaron con calculadora de código abierto OpenEpi, versión 3 (www.openepi.com).

Resultados: (VER GRÁFICO 1 ADJUNTO: Tasa EAT asociada a componente transfundido) En 290.056 componentes sanguíneos transfundidos se reportaron 1.664 eventos adversos, estimando una tasa de notificación de 5,73 por 1000 componentes sanguíneos. Los principales EAT son: RFNH (1:497), Alergia (1:607), Aloinmunización (1:734), Anafilaxia (1:2014), y Disnea asociada a transfusión (1:15.266).

Conclusiones: La tasa general de EAT en el HGGB fue de 5,73; siendo los principales: Fiebre con GR, Alergia con PFC, Aloinmunización con GR, y Alergia con plaquetas; lo que concuerda con lo descrito anteriormente en la literatura.

Financiamiento: No hay

FOLIO 51

COMPARACIÓN DEL EFECTO IN-VITRO DEL PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y SUERO HUMANO EN LA PROLIFERACIÓN Y MORTALIDAD DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES

Eric Jara, Fernando Martínez, Fabian Leonardo Muñoz, Eduardo Cuestas, Luciano Ferrada, Francisco Nualart
Tecnólogo Médico, Dpto. Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Matemático, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), Universidad nacional de Córdoba, Argentina; Doctor, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), Universidad nacional de Córdoba, Argentina; Doctor, Centro de Microscopía Avanzada, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La mayoría de los protocolos de cultivo de Células Madre Mesenquimales (CMM) utilizan suero fetal bovino (SFB), y que, de acuerdo con la Normas de Regulación de productos medicinales, les impide de ser utilizadas en terapia de pacientes, debido al riesgo de eventos adversos. Los hemocomponentes son fuente de factores y moléculas necesarias para los procesos de mantención, proliferación y diferenciación celular. Este estudio analiza el efecto del Suero humano y plasma rico en plaquetas al ser utilizados como suplementos de reemplazo del SFB en los cultivos de CMM.

Objetivos: Comparar el efecto in vitro de Suero y Plasma Rico en Plaqueta sobre la proliferación y mortalidad de Células Madre Mesenquimales.

Materiales y Métodos: Posterior a la obtención de Consentimiento informado, se entrevista y selecciona a 375 participantes, según Norma de aceptación de donantes de sangre. A cada uno se extrajo sangre para preparar Suero y PRP, los que fueron alicuotados en pool de 25 individuos, obteniendo 15 lotes de cada suplemento en estudio. El Cultivo celular se realizó en sistema Sartorius Incucyte, las células fueron sembradas a 2-3x105 / cm2 en Medio Esencial Mínimo (MEM) suplementado con 10% de SH o PRP, 1% Penicilina/estreptomicina/ Glutamina, e incubadas a 37oC y 5% CO2. La Mediciones se realizaron cada 3 horas, desde su siembra hasta las 24 horas de cultivo. La valoración estadística se realizó mediante pruebas de normalidad a variables cuantitativas y para su comparación mediante el Test Tukey con 95% de confianza.

Resultados: (Ver Archivos Adjuntos: Gráfico 1. Recuento de CMM suplementadas con Suero y PRP. Gráfico 2. Mortalidad de CMM suplementadas con Suero y PRP)

Conclusión: Las CMM suplementadas con PRP presentan una proliferación más acelerada y menor mortalidad, en comparación a los cultivos suplementados con Suero.

Financiamiento: PROYECTO INICIACIÓN 218.090.007-1.OIN, VRID Universidad de Concepción

FOLIO 56

FRECUENCIA ANTIGÉNICA Y FENOTÍPICA ABO Y RHESUS EN INDIVIDUOS D NEGATIVO EN CONCEPCIÓN

Eric Jara, Karla Miranda, Valentina Gutierrez, Romina Avello, Denisse Riquelme, Josefa Contreras, Cristian Gutierrez, Froilán Quintana
Estudiante Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Tecnólogo Médico, Dpto. Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El conocimiento de la frecuencia y distribución de los antígenos de grupo sanguíneo en la población es relevante tanto para la bioantropología como para la medicina transfusional, puesto que nos brindan evidencia de la forma en que se produjo el poblamiento de los territorios y el efecto de la transculturización en el fenotipo/genotipo de sus poblaciones originarias, determinando la compatibilidad donante-receptor en la terapia transfusional. Los sistemas sanguíneos más relevantes en medicina transfusional son el ABO y el Rh. En este último, en forma rutinaria sólo se estudia el antígeno D. En algunos países se ha ampliado el número de antígenos estudiados a fin de disminuir la aloinmunización y reacciones hemolíticas transfusionales, puesto que cuando un individuo recibe una transfusión sanguínea, existe la posibilidad de que haya incompatibilidad con alguno de los otros antígenos (C, c, E, e). Existen reportes nacionales e internacionales que la gran mayoría de los individuos Rh negativos presentan el fenotipo cde, y que un cierto número de individuos podrían expresar los antígenos C y en menor frecuencia el antígeno E, lo que conllevaría a un riesgo de aloinmunización en receptores de esos glóbulos rojos.

Objetivo: Determinar la frecuencia antigénica y fenotípica ABO-Rhesus en individuos Rh D Negativo en Concepción.

Materiales y Métodos: Se reclutaron 324 individuos Rh D negativo y se fenotipan para los antígenos A, B, D, C, c, E y e, mediante técnica en columna de Gel (BioRad), siguiendo las indicaciones del fabricante. Los análisis se realizaron con calculadora de código abierto OpenEpi, versión 3 (www.openepi.com), expresando las frecuencias en porcentaje con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: La frecuencia antigénica ABO estimada fue: O 67% (61,7-71,9); A 22,2% (18-27); B 9,6% (6,7-13,1) y AB 1,2% (0,4-3); mientras que la Frecuencia antigénica Rhesus fue: c 100% (99,1-100); e 99,1% (97,5-99,8); E 9,3% (6,5-12,8) y C 5,6% (3,4-8,5). Para el sistema Rhesus las frecuencias fenotípicas fueron: cde 85,2% (81-88,7); cdEe 8,3% (5,7-11,7); Ccde 5,6% (3,4-8,5) y cdE 0,9% (0,2-2,5). (Ver adjunto Gráfico 1. Frecuencia fenotipo Rhesus en individuos Rh D negativo) En resumen, aproximadamente el 85% de los individuos expresa el fenotipo clásico cde, mientras que un 9% expresaba el antígeno E y 6% el antígeno C.

Conclusiones: La población estudiada presenta una mayor frecuencia de antígeno E que de C, contrario a lo reportado por otros autores en población chilena Rh D negativo, mientras que la frecuencia de ABO y de fenotipo cde se mantiene.

Financiamiento: No hay

FOLIO 89

USO Y EXPERIENCIA DEL CD34+ PERISFÉRICO COMO HERRAMIENTA PREDICTORA EN RECOLECCIONES DE STEM CELLS ADULTOS, EN UN BANCO DE SANGRE

Felipe Romero, Elizabeth Rivera, Isabel Pizarro, Carla Lorca, Mayling Chang
Hospital Clínico Universidad Católica;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas está siendo cada vez más utilizado para tratar enfermedades malignas y no malignas. Para un Banco de sangre, el éxito de una buena recolección de células progenitoras hematopoyéticas dependerá de una correcta estimulación, pero también de otros factores preponderantes como: accesos venosos, velocidad de recolección y herramientas como: el CD34+ periférico al iniciar una recolección. Existen centros de recolección en Chile, que han estandarizado un predictor logarítmico que permite a través de variables como: Sexo, talla, peso, CD34+ periférico (al iniciar la recolección), velocidad de recolección y peso del receptor, predecir un estimado de cuantas células progenitoras se obtendrán al término de la recolección en un tiempo determinado, tanto en pacientes como donantes adultos.

Objetivos: Evaluar la experiencia del uso del CD34+ periférico durante una recolección de stem cells adulto como predictor, a través de un algoritmo estandarizado. Materiales y Método: Se recolectaron datos obtenidos de 144 recolecciones de stem cells entre el periodo de enero del 2022 a abril del 2023 en un mismo Banco de Sangre. Las recolecciones se realizaron en 2 máquinas de leucoféresis, "Spectra Optia" de Terumo. Los pacientes en estudio fueron clasificados en 4 tipo: G1 y G2 pacientes hombres y mujeres respectivamente, que se realizaron una recolección autóloga de células progenitoras. Por su parte, los grupos G3 y G4 son donantes hombres y mujeres respectivamente, que poseen parentesco familiar y/o son pesquisados como donantes altruistas a través de la Fundación DKMS en Chile. El análisis estadístico utilizado es el Test-T. Resultado: Del total de 144 recolecciones de células progenitoras el 51% de los procedimientos realizados en pacientes autólogos, estaban diagnosticados con Mieloma múltiple, en cambio las recolecciones en donantes el 29,8% eran para receptores diagnosticados con LLA. Por otra parte, el 53,6% de los pacientes en estudios fueron hombres, versus el 46,4% mujeres, además el 90,2% de las recolecciones se realizó en un día. Finalmente, el predictor estandarizado en el Banco de sangre presentó un porcentaje de variación entre el predictor inicial y el valor final de CD4+ en la bolsa recolectada fue de la siguiente forma:Para el grupo G1 el porcentaje de variación fue de 12,8%, para G2 de un 17,7%, G3 de un 23,1% y finalmente G4 de un 31% respectivamente. Discusión: La variación entre el predictor y el CD34+ final recolectado en las leucoféresis de pacientes autólogos, no presentó una gran diferencia siendo sólo un 12,8% y 17,7% respectivamente en G1 y G2. En el caso de donantes sanos (G3 y G4), el porcentaje de variación aumento dando a entender que debemos seguir trabajando en la eficiencia de cada una de las máquinas utilizadas para cada recolección y considerar la liberación de células progenitoras durante la recolección.

FOLIO 103

PRIMERA TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN CHILE

Pedro Meneses, Marcelo Díaz de Valdés, Bettina Von Dessauer, Fernando Wilson
Clínica RedSalud Val´paraíso; Hospital Barros Luco; Clínica Alemana Santiago; Universidad Adolfo Ibáñez Viña del Mar;
Resumen – Investigación Científica

El siguiente trabajo tiene como objetivo comprender la importancia del estudio de episodios de la historia médica de Valparaíso, y rendir un homenaje a los hombres de la comunidad alemana que en una compleja época tuvieron el valor y el empuje de fundar un hospital venciendo grandes obstáculos y propios del período. En dicho hospital se realizaron procedimientos médicos inéditos, como fue la primera transfusión de sangre. Al recorrer la historia de las transfusiones destacamos la primera transfusión de sangre al Papa Inocencio VIII en abril 1492, al cual se le transfundió sangre de cuatro adolescentes mientras cursaba con un Ictus con métodos muy rudimentarios y sin conocimientos anatómicos. Falleció el Papa y los donantes. En 1665 Richart Lower realizó una transfusión entre dos perros. En 1667 el médico francés Jean Baptiste Denis, inyecta sangre de oveja a un adolescente conflictivo. En verdad, la transfusión fue un éxito por azar. En 1901 el doctor austriaco Karl Landsteiner quien descubre y tipifica los grupos sanguíneos. En 1914 el Dr. Luis Agote en Argentina utiliza el citrato sódico como anticoagulante. A fines del siglo XIX, las limitaciones que presentaba la medicina, en especial Valparaíso, donde las condiciones higiénicas de la población eran muy deficientes, mala alimentación, pésimas condiciones de las viviendas y el alcoholismo, eran un escenario para las epidemias y enfermedades contagiosas. El crecimiento de la comunidad alemana y la toma de consciencia de las deficiencias señaladas determinaron la creación de un hospital. El Hospital Alemán de Valparaíso fue fundado en 1874 ubicado en el cerro Alegre y funcionó hasta el año 2010, siendo reemplazado por un proyecto inmobiliario. Este Hospital extendió su fama más allá de los límites de Sudamérica, siendo un ejemplo y promotor para la creación de otros hospitales alemanes en Chile. Su primer Director fue el Dr. Heinrich von Dessauer (nacido en Munchen, Alemania) hasta el año 1879, cuando falleció a los 49 años. Llegó a Chile como médico y revalidó su título de Médico en la Universidad de Chile. Entre sus diversos aportes médicos, se destaca haber realizado en 1875 la primera transfusión de sangre de Latinoamérica, a un año de realizarse en Alemania y Rusia, usando sangre de cordero el cual recibió un capitán de barco danés que padecía de tuberculosis avanzada. El paciente sobrevivió a la cirugía y a la transfusión, presentando sudoración intensa, escalofríos y, en seguida se durmió. En la historia médica el conocimiento es provisional, no definitivo, siempre van aparecer hechos nuevos que enriquezcan el conocimiento ya adquirido. El notable Dr. Enrique von Dessauer profetizó que la sangre arterial sería la única que se usaría en el futuro y que la transfusión de sangre estaba destinada a producir una gran innovación en la Medicina.

FOLIO 112

EXPERIENCIA EN EL USO DE HERRAMIENTAS DE MARKETING DIGITAL PARA LA CAPTACIÓN Y FIDELIZACIÓN DE DONANTES DE SANGRE EN LA CIUDAD DE PUERTO MONTT.

Carlos Bórquez, Patricio Palma, Carla Canobra, Claudia Medina, María José Muñoz, Jacqueline Rocco
Centro de Sangre Austral;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Desarrollar estrategias para mejorar la obtención de sangre con fines médicos es un desafío constante. Desde 2018, se ha implementado un plan de marketing basado en las recomendaciones del Establecimiento Francés de Sangre y el Ministerio de Salud de Chile para facilitar la solicitud de citas, difundir, educar y fidelizar a los donantes de sangre. El presente trabajo analiza las preferencias de los donantes al utilizar herramientas de marketing para acudir a donar en la ciudad de Puerto Montt.

Metodología: Para medir el uso y las preferencias, se realizó una encuesta aleatoria a los donantes aceptados en el Sitio de Donación (SD) entre marzo y julio de 2022. La encuesta preguntó sobre edad, si concurría por primera vez a donar sangre, si venían a donar por un paciente, conocimiento de la página web del SD, conocimiento de la posibilidad de agendar hora por página web, seguimiento de las redes sociales (RRSS) del SD, si habían recibido llamadas para donar sangre, si habían reservado hora y el motivo por el que acudían a donar. Se encuestó a un total de 1505 donantes (~23,6% de los aceptados en 2022), 1365 encuestas fueron consideradas válidas. Resultados: El 63,3% de los donantes agendan su hora para donar (44,3% de los donantes corresponden a donantes repetidos y el 19% a donantes de primera vez), mientras que el 36,7% acude sin solicitar cita. Del grupo que reservó, el 22,4% lo hizo personalmente por llamada telefónica, el 12,6% por página web, 2,7% por RRSS y el 25,6% fue agendado mediante llamadas telefónica realizadas por personal del SD. En cuanto al uso y conocimiento de las RRSS y herramientas de marketing digital, el 30% de los encuestados afirmó seguir las RRSS (Al comparar a los donantes nuevos y repetidos, se observó un 3% frente a un 27% respectivamente), mientras que el 64% no lo hacía y 6% no responde. Del total de encuestados que seguían las RRSS, el 82% sabía que podían agendar cita por la página web, por otra parte, el 31% de los no seguidores también lo sabía. Acerca de la motivación el 49% de los donantes que asisten a donar afirmó haber sido contactado telefónicamente en alguna ocasión para donar sangre (20% contactado como donante altruista y el 29% para donar por un paciente), 6% menciona haber visto publicidad en RRSS, 22% mencionó otras causas como motivación, 13% de los donantes acudió sin haber sido alcanzado por ninguna acción de marketing y un 10% no responde.

Discusión: Desde la pandemia de COVID-19, el uso de herramientas digitales para gestionar citas se volvió fundamental. Aunque el uso de las RRSS no parece tener un impacto directo en la llegada de donantes, sigue siendo una fuente inexplorada para la educación y motivación, en paralelo, si bien no todos los donantes usan las herramientas digitales ni la vía telefónica para agendar, estas deben seguir siendo consideradas como importantes facilitadoras para realizar una donación de sangre. Financiamiento: No aplica

FOLIO 118

TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN PACIENTES CON INCOMPATIBILIDAD ABO/RH EN TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO: EXPERIENCIA UC 2020-2022

Diego Soto, Carla Lorca, María Isabel Pizarro, Mayling Chang
Residente Hematología Universidad Austral de Chile; Hospital Base Valdivia; Hospital Clínico UC Christus; Banco de Sangre, Hospital Clínico UC Christus;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se utiliza para tratar una variedad de enfermedades hematológicas y no hematológicas. Los pacientes que se someten a TPH dependen de las transfusiones de glóbulos rojos (GR) y plaquetas hasta que se produce el injerto de estas líneas celulares. La compatibilidad HLA sigue siendo un predictor importante del éxito en TPH y la barrera ABO a menudo se cruza cuando se busca la compatibilidad HLA más adecuada entre el donante y receptor. Ésto, tiene poco o ningún efecto sobre los resultados generales; sin embargo, pueden surgir complicaciones debido a la incompatibilidad antigénica, aumentando considerablemente la morbimortalidad de los pacientes.

Objetivos: Determinar el número de total de trasplantes realizados en la Red de Salud UC-Christus y cuantos de ellos presentaron incompatibilidad ABO/Rh. Analizar el número y tipo de hemocomponentes transfundidos. Caracterizar que tipo de reacciones adversas transfusionales (RAT) presentaron los pacientes y si estás tuvieron correlación con el tipo de hemocomponente.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de las bases de datos digitales y físicas del Banco de Sangre UC-Christus además, del sistema de hemovigilancia "Hematos", desde el año 2020 al 2022. Se determinó el número total de trasplantes realizados en este periodo, el porcentaje de trasplantes en pacientes adultos y el porcentaje de compatibilidad ABO/Rh. Luego se investigó el número y tipo de transfusiones requeridas en estos pacientes y la incidencia de reacciones adversas transfusionales (RAT). El análisis de significancia estadística se realizó mediante el método de exacto de Fischer. Resultados: Un total de 293 pacientes fueron sometidos a TPH, 201 ocurrieron en pacientes mayores de 17 años correspondientes al equipo de Hematología adultos. El 46,3% fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue de 46 años (17-76). La incompatibilidad ABO/Rh se presentó en 27 trasplantes (13,4%), siendo la más frecuente la incompatibilidad menor con un 6% (12 pacientes). Se produjeron 7 RAT en más de 500 transfusiones (275 GR, 209 plaquetas y otros); la más frecuente fue la reacción febril no hemolítica (RFNH) con 6 casos, de las cuales el 50% ocurrió con la transfusión de pool de plaquetas, no siendo estadísticamente significativo. Además, se produjo 1 reacción alérgica (grave). Sin episodios de hemólisis. Sin episodios de Aplasia pura de glóbulos rojos (PRCA) ni Síndrome del linfocito pasajero documentados.

Discusión: La terapia transfusional es de vital importancia en el periodo peritrasplante y hasta ocurrido el injerto. La incompatibilidad ABO/Rh representa un reto, pero no una barrera para la realización de los TPH alogénico. En la UC se han realizado más de 200 trasplantes en los últimos 3 años, con un 13% de incompatibilidad ABO/Rh, manteniendo una baja incidencia de RAT, comparables con el riesgo de la población general que se somete a transfusión de hemocomponentes.

FOLIO 122

UTILIDAD DEL MÉTODO DE AUTOEXCLUSION POST DONACIÓN INMEDIATA DE SANGRE COMO VALOR PREDICTIVO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

CAROLINA VILLALOBOS URBINA, MARCELO DIAZ DE VALDES, MARCO GUAJARDO GARCIA
H Barros Luco Trudeau; Hospital Barros Luco Trudeau;
Resumen – Investigación Científica

Objetivo: Revisar si la autoexclusión de los donantes post donación es un método eficaz y con valor predictivo de enfermedades transmisibles en la población de donantes de sangre del Hospital Barros Luco Trudeau Además, se analizan las serologías de las donaciones voluntarias y las de reposición con autoexclusión. Método: Se revisaron los resultados de serologías de los donantes que donaron sangre efectivamente entre los años 2018 y 2022 y que se autoexcluyeron. Se tabularon los resultados de acuerdo a su condición y se sacaron tasas. Resultados: Como se observa en las tablas, durante el periodo analizado hubo 76.624 donaciones de sangre efectivas y 647 donantes auto excluidos. Los donantes de sangre de reposición fueron 64.693 y los donantes voluntarios 11.931 No hubo donantes voluntarios autoexcluidos con serología postiva. La serología positiva ha bajado en forma considerable en estos tres últimos años. Solo hubo 5 donantes de reposición autoexcluidos con serología positiva y solo uno VIH (ver tablas). La autoexclusión representa la eliminación del 0.84% de las bolsas de sangre eliminadas sin serología positiva. El valor predictivo de las serologias positivas autoexcluídas es de un 3.88%.

Conclusión: Este estudio es concordante con los resultados presentados en el trabajo similar en el año 2003 por el Hospital Barros Luco. Lo único que tiene valor predictivo negativo importante de serología son las donaciones voluntarias. Después de 20 años de haber hecho este estudio, la autoexclusión sigue siendo un método no útil para detectar serología positiva. Puede ser que la encuesta de Autoexclusión no sea bien comprendida por los donantes de sangre. La autoexclusión representa un número importante de pérdida de componentes sanguíneos. Aún así, no estamos seguros de que la autoexclusión permita que las personas sean honestas sobre su estado de salud y los posibles factores de riesgo, como tampoco nos permite dejar de hacer esta encuesta.

FOLIO 143

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA SERIE A DEL REM-25 SECCIÓN F, REPORTADO POR SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS DE CHILE ENTRE 2017-2020

Daniela González , Ximena Marambio, Victoria Vilches, Jessica Pino, Diego Zapata, Sara Contreras
Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.; Sección Hematología e Inmunohematología, Instituto de Salud Pública de Chile.; Estudiante de Magister, Escuela de Salud Pública de Chile.; Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.; Unidad de medicina transfusional, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.;
Resumen – Investigación Científica

Introducción. La transfusión de componentes sanguíneos puede salvar la vida del receptor, sin embargo, existen riesgos de sufrir reacciones adversas durante o después del acto transfusional. De acuerdo con la Sociedad Chilena de Hematología, la hemovigilancia tiene diversos objetivos, entre los cuales destaca conocer los efectos adversos de la realidad transfusional y poder adoptar medidas correctivas para aumentar la seguridad transfusional; en la actualidad, el sistema de reporte REM permite almacenar datos relacionados con las transfusiones de sangre y sus reacciones adversas, entre otros, pero no se realiza un análisis a través de un informe anual e intercambio de información que nos permita monitorear los desafíos emergentes de la transfusión. Tampoco existen reglamentos que enmarquen con precisión la práctica transfusional nacional.

Objetivo: Analizar descriptivamente los datos registrados en el sistema de reporte estadístico mensual (REM) de los servicios públicos de sangre relacionados con las reacciones adversas por acto transfusional en Chile.

Materiales y Métodos. Estudio de corte transversal. Se analizaron las reacciones adversas asociadas a la transfusión reportadas por los establecimientos de salud públicos registradas en la serie REM. Los datos corresponden al periodo entre enero 2017 y diciembre 2020, de un n total de 4874 se analizó un n de 4.847 reacciones adversas a la transfusión que fueron clasificados y divididos según año, macrozonas, servicio de salud, establecimiento, tipo de reacción adversa y tipo de componente sanguíneo. Todos los datos se analizaron con estadística descriptiva. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Resultados. Del análisis de 4.847 reacciones adversas, estas presentaron un promedio de aparición de las reacciones adversas del 0,274% de las transfusiones realizadas, de ellas, el 50,8% se asoció a concentrado de glóbulos rojos, el 23,6% a plasma y el 25,6% plaquetas. Las reacciones más frecuentes registradas correspondieron a Rash alérgico (2107), Reacción Febril no Hemolítica (2031) y por Otras causas (447). Las reacciones adversas se concentraron en la R. Metropolitana, seguida de las Macrozonas Centro sur y Centro.

Discusión. El reporte de reacciones adversas por acto transfusional en la plataforma REM aporta información relevante, pero sin un análisis estadístico no es suficiente para obtener una perspectiva adecuada de la realidad transfusional. El estudio evidencia la necesidad de una revisión exhaustiva al registrar y transferir datos; además, los establecimientos deben tener un rol activo antes de presentar públicamente estos datos. Las guías de organizaciones internacionales advierten sobre sus limitaciones como baja participación de los establecimientos y falta de datos, dificultando el reconocimiento de los efectos adversos que podrían surgir de las transfusiones sanguíneas. Financiamiento: No aplica.

FOLIO 145

DE DONANTE A PACIENTE, LA IMPORTANCIA DE LA HEMOVIGILANCIA EFECTIVA EN DONANTES DE SANGRE Y AFÉRESIS.

Natalia Saldía, Carolina Molina, Mathias Mellado
Banco de sangre. Hospital de Urgencia Asistencia Publica ;
Caso Clínico

Introducción La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados para vigilar incidentes que se puedan producir a lo largo de la cadena transfusional. En la atención de donantes comprende seguimiento, notificación, investigación y análisis de reacciones adversas a la donación (RAD) para la adopción de medidas encaminadas a prevenir su presentación o recurrencia.

Objetivo: Evidenciar la relevancia de aplicar un programa de hemovigilancia diligente y extendido en donantes, mediante la presentación de un caso clínico donde se pesquisó una leucemia mieloide aguda (LMA).

Materiales y métodos: Post donación se realiza hemovigilancia de manera activa contactando a los donantes vía telefónica/mensaje, aspirando a que la totalidad de individuos respondan un breve cuestionario. Resultados Durante esta actividad, se pesquisó una RAD en un donante de sangre total, sexo femenino, 31 años, sin antecedentes clínicos relevantes reportados en cuestionario y con examen físico apto. Se identifica un hematoma en sitio de punción. Sin embargo, relata una reactivación excesiva de su menstruación, indicando que acudirá a un servicio de urgencias. Dado el antecedente se decide realizar seguimiento. Al día siguiente, se solicitan los resultados de exámenes realizados (PLQ 24x10 3 /uL, Hb 11 g/dL y WBC 17.000 uL.) y comenta que fue dada de alta con indicación de reposo y consulta con ginecología. Con esta información, los componentes sanguíneos (CS) obtenidos son puestos en cuarentena y se cita a la donante para realizar estudios extendidos. Día 3 post donación, se solicitan estudios en el banco de sangre. Con los nuevos resultados (Ver Tabla 1), se sospecha de una LMA, siendo hospitalizada de urgencia. Días posteriores se confirma el diagnóstico de LMA tipo M3.

Discusión: El programa de hemovigilancia activo en donantes permite recolectar información relevante y potencialmente desconocida, para tomar acciones tempranas tanto a la presentación de RAD y/o eventos no esperados como en este caso. Considerando la singularidad del caso, sumado a que la donante no tenía antecedentes (síntomas atribuibles) y cumplía con los requisitos, deja en duda la posibilidad que la donación de sangre haya participado como desencadenante del cuadro clínico. Esto asociado a factores de riesgos no pesquisados (estilos de vida, alimentación, factores ambientales, predisposición genética), ya que el cuestionario de donación está limitado a la seguridad del donante y la obtención de componentes sanguíneos seguros aparentes. Sin la pesquisa, es probable que los CS hubiesen sido transfundidos, con la probabilidad de desencadenar una reacción en el/los receptores. Por lo tanto, nos hace replantear lo exhaustivo que debiese ser el cuestionario de donación. Finalmente, se ha evidenciado que este programa de hemovigilancia ha contribuido a reconvertir donantes de reposición a altruistas, posiblemente por la percepción de preocupación e interés por parte de la unidad.

FOLIO 151

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN PACIENTES DE LOS HOSPITALES CARLOS VAN BUREN, SAN JUAN DE DIOS, PADRE HURTADO, EL CARMEN Y BARROS LUCO.

Carlina Figueroa, Patricio Videla, Joaquín Arellano, Felipe Carvajal, Salinas Carrera
Instituto de estadística PUCV; Escuela de tecnología médica PUCV;
Resumen – Investigación Científica

La transfusión sanguínea es uno de los procedimientos más utilizados en la medicina actual, utilizándose de forma terapéutica como preventiva, pero independientemente de todos sus beneficios es imposible negar las complicaciones y riesgos asociados a la transfusión. Actualmente, en Chile se han generado cambios demográficos debido al aumento de la inmigración durante los últimos años. Estos cambios demográficos se asocian con una variación en la frecuencia de los sistemas sanguíneos, debido a que las poblaciones presentan distinta expresión de antígenos eritrocitarios, dependiendo de los grupos étnicos que las conforman. Los antígenos eritrocitarios forman parte de la membrana de los glóbulos rojos y permiten caracterizar los grupos sanguíneos. Además, tienen importancia clínica durante la terapia transfusional, debido a que al transfundir glóbulos rojos con antígenos diferentes entre donante y receptor, se puede generar una respuesta inmunológica conocida como sensibilización. Este proceso inmune comprende la formación de aloanticuerpos dirigidos a los antígenos desconocidos. Ante una exposición repetida a estos antígenos, es posible que se produzca una reacción postransfusional, que dependiendo del tipo de anticuerpo puede llegar a ser grave para el paciente. Teniendo en consideración la importancia clínica, es necesario que exista información actualizada de los aloanticuerpos que pueden encontrarse en pacientes sensibilizados.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los anticuerpos irregulares en pacientes de los hospitales Carlos Van Buren, San Juan de Dios, Hospital el Carmen , Hospital Barros Luco y Hospital Padre Hurtado.

Metodología: Consistirá en un estudio de corte transversal, donde se utilizarán los registros de resultados de identificación de anticuerpos irregulares de pacientes obtenidos a través de la ley de transparencia en los hospitales ya mencionados entre los años 2021 y 2022. Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa GraphPad Prism, RStudio y Excel. Se hicieron evaluaciones de correlación entre variables de grupos de pacientes, los cuales se generaron en función de su anticuerpo irregular y de su sexo. Resultados Obtenidos: Se ha determinado que la prevalencia de anticuerpos irregulares general de los pacientes incluidos en este estudio, destacando los anticuerpos anti-E con 29,9%, anti-D con 16,9% y anti-K con 14,3%.

Conclusión: El estudio de prevalencia de anticuerpos irregulares ha sido fundamental para comprender la incidencia y distribución de estos anticuerpos en una población determinada. A través del análisis de una muestra representativa, se ha logrado determinar la frecuencia con la que se presentan estos anticuerpos, lo que permite identificar posibles problemas de incompatibilidad sanguínea y planificar estrategias de manejo adecuadas Financiamiento: no hay

FOLIO 153

PREVALENCIA GENOTÍPICA DE ANTÍGENOS PLAQUETARIOS HUMANOS (HPA-1, -2 Y -3) EN DONANTES DEL CENTRO DE SANGRE Y TEJIDOS DE VALPARAÍSO

Carolina Figueroa, Ricardo Núñez, Catalina Tchivikov, Carla Salvo, Katherin Sotelo, Patricio Videla
Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso. ; Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso, Valparaíso.; Instituto de Estadistica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso. ;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: La transfusión de unidades plaquetarias es indispensable para tratar hemorragias en pacientes con defectos cualitativos y/o cuantitativos de plaquetas. Su indicación se basa en el recuento plaquetario y datos clínicos del paciente. Tras realizar la terapia transfusional puede no existir un aumento adecuado del recuento, indicativo de posible refractariedad plaquetaria. Los pacientes politransfundidos, están expuestos a mayor riesgo de incompatibilidad y a desarrollar aloanticuerpos contra antígenos plaquetarios humanos (HPA) o antígenos leucocitarios humanos (HLA), aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad. Una forma de evitar la aloinmunización es transfundir unidades antigénicamente compatibles. El estudio del genotipo HPA permite transfundir unidades plaquetarias HPA compatibles, minimizando el riesgo de aloinmunización, una posible refractariedad plaquetaria inmune y la trombocitopenia fetal neonatal aloinmune.

Objetivo: Evaluar la prevalencia genotípica de antígenos plaquetarios humanos (HPA-1, -2 y - 3) en donantes del Centro de Sangre de Valparaíso, durante el periodo comprendido entre mayo - julio de 2023.

Material y Método: Se recolectaron muestras de sangre total de 40 donantes pertenecientes al Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso, desde mayo a julio de 2023. La genotipificación HPA-1, HPA-2 y HPA-3 se realizó mediante PCR-SSP, a partir de ADN extraído desde el buffy coat de las muestras. Se calcularon las frecuencias genotípicas y alélicas utilizando el software R y se compararon con la literatura existente, posteriormente se determinó si existía relación con las variables sexo y grupo ABO mediante test de Fisher. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de ética HGF. Todos los pacientes participantes firmaron el consentimiento informado. Resultados: Del total de donantes participantes, el 52,5% eran mujeres y 47,5% hombres. La edad promedio fue de 36 con un rango de 19 a 64 años. La distribución de grupos ABO fue 20% grupo A, 15% grupo B, 2,5% grupo AB y 62,5% grupo O. El genotipo más prevalente fue HPA-2a encontrándose en una frecuencia de 0,9, seguido de HPA-3a en 0,825 y HPA-1a en 0,75 (Tabla 1), predominando el alelo a por sobre el b. Los valores de p obtenidos para la relación de las variables sexo y grupo ABO con cada HPA genotipado fueron >0,05.

Discusión: El genotipo HPA-2a fue el más prevalente, encontrándose en 0,834, sin embargo, según la literatura estudiada HPA-1a es el mas prevalente, encontrándose a nivel mundial con una frecuencia de 0,895. Sin embargo, HPA-2a también se encuentra en una alta frecuencia, siendo esta de 0,894. Se requiere aumentar el tamaño muestral para confirmar nuestros resultados preliminares.

Financiamiento: Proyecto VINCI Semilla 039.227, PUCV

FOLIO 159

BÚSQUEDA ACTIVA DE DONANTES CON GRUPOS SANGUÍNEOS RAROS Y FORMACIÓN DE UN REGISTRO PARA TRANSFUSIÓN DE PACIENTES CON FENOTIPOS POCO FRECUENTES

MARIA ANTONIETA NUÑEZ AHUMADA, Carlos Arancibia, Fernando Pontigo, Edgardo Saa
CLINICA SANTA MARIA;
Resumen – Investigación Científica

Introducción: Los registros de grupos sanguíneos "raros" (GSR) incluyen donantes voluntarios, que poseen un grupo sanguíneo considerado poco frecuente (su prevalencia cambia de acuerdo al país que lo define, no obstante, la más utilizada es 0.1%), y el cual es necesario para la transfusión de un paciente que no dispone de otra alternativa transfusional. En su gran mayoría corresponden a la ausencia de antígenos de alta frecuencia (AAF). Dos ejemplos de GSR son la la ausencia de los AAF Dib (sistema Diego) y la ausencia de k- (sistema Kell). La pesquisa se realiza por métodos serológicos o moleculares, no obstante, para la gran mayoría de los AAF no existen antisueros o son de alto costo, por otra parte, los métodos de biología molecular son de alto valor o difíciles de implementar. Por lo anterior, una estrategia es buscar la presencia del antígeno (Ag) antitético, para los que es más probable que exista antisuero, y en los donantes que presentan el Ag antitético, buscar la ausencia del AAF. Los donantes k- son K+, y los Dib- son Dia+, por lo que en estos casos el primer paso es buscar donantes Dia+ o K+.

Objetivo: Realizar una búsqueda activa de donantes con GSR con una estrategia de bajo costo.

Metodología: Se realizó una búsqueda activa de donantes con los fenotipos Dib- y k-. El estudio serológico se hizo en fase sólida (placas Select, Capture, IMMUCOR) utilizando plasmas de donantes aloinmunizados y antisueros comerciales. Para el estudio molecular se utilizó una PCR asociada a un microarray (HEA-BeadChip, IMMUCOR). Fenotipo Dib-: Se estudiaron 1445 muestras de donantes de grupo sanguíneo O. Primero se estudió el Ag Dia, utilizando plasma con anti-Dia (título ¼), en las muestras Dia+ se estudió el Ag Dib, usando plasma con anti-Dib (título 1/8). Los donantes Dia+Dib- se confirmaron por biología molecular. Fenotipo k-: Se estudiaron 7980 muestras. En todas se estudió primero el Ag K con un antisuero monoclonal, en las muestras K+ se estudió el Ag k, utilizando un antisuero anti-k. Los donantes K+k- se confirmaron por biología molecular. Resultados: Se detectó y confirmó 1 donante Dib- a los 15 meses de iniciado el estudio. A los 16 meses se detectó y confirmó la primera donante k- y a los 18 meses la segunda del mismo fenotipo. Las tres donantes forman parte del registro de donantes con grupos sanguíneos poco frecuentes y están dispuestas a ser contactadas cuando se requiera transfusión .

Conclusiones: Es un gran desafío para el país contar con un registro de donantes con GSR. El uso de plasma de donantes aloinmunizados para el screening serológico disminuye los costos y es una estrategia que puede ser aplicada en la gran mayoría de los bancos de sangre para pesquisar donantes con GSR. La búsqueda de donantes con GSR o poco frecuentes es un trabajo arduo, pero necesario, ya que se utilizan cuando no hay alternativa a la transfusión, por lo que contar con ellos puede salvar la vida de un paciente.

FOLIO 160

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DEL ALELO HLA-A*02 EN MUESTRAS DE DONANTES DEL CENTRO DE SANGRE Y TEJIDOS DE VALPARAÍSO PARA LA PREVENCIÓN DE LA REFRACTARIEDAD PLAQUETARIA

Sofia Musri, Brandon Umanzor, Carla Salvo, Patricio Videla, Carolina Figueroa
Escuela de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso; Instituto de Estadística, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso;
Resumen – Investigación Científica

"Estudio de la prevalencia del alelo HLA-A*02 en muestras de donantes del Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso para la prevención de la refractariedad plaquetaria" Introducción: La transfusión de componentes plaquetarios es administrada a pacientes que presentan hemorragias a raíz de un bajo recuento de plaquetas, pérdida de sangre masiva o en individuos con alteraciones plaquetarias. Para prevenir o detener una hemorragia se espera aumentar el recuento plaquetario, evitando así la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Las repetidas transfusiones de plaquetas exponen a los receptores a un fenómeno conocido como "refractariedad plaquetaria inmune", el cual ocurre al no producirse un incremento adecuado del recuento plaquetario. Esto puede deberse a la presencia de aloanticuerpos contra antígenos leucocitarios humanos (HLA) o contra antígenos plaquetarios humanos (HPA). Por esta razón, la detección previa de los alelos de antígenos HLA o los antígenos en donantes de sangre podría prevenir la aloinmunización en pacientes oncohematológicos y politransfundidos, disminuyendo la incidencia de este fenómeno.

Objetivo: Determinar la prevalencia del alelo HLA-A*02 en donantes de sangre del Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso durante los meses de mayo y julio de 2023.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se analizaron muestras de sangre de 50 donantes del Centro de Sangre y Tejidos de Valparaíso para estudiar la prevalencia del alelo HLA-A*02. La detección del alelo HLA-A*02 se realizó mediante genotipado por reacción en cadena de la polimerasa (PCR), utilizando primers específicos. El estudio fue aprobado por el comité de ética HGF. Resultados: Se obtuvieron 20 muestras de donantes de sangre positivas para el alelo HLA-A*02, resultado que corresponde a una prevalencia del alelo HLA-A*02 de un 40% en la población estudiada.

Discusión: En el presente estudio se determinó que el alelo HLA-A*02 presentó una alta prevalencia en la población estudiada. Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos con la literatura nacional, esta investigación presenta un porcentaje significativamente mayor en comparación a los otros estudios, por lo que es necesario aumentar el N muestral para obtener un resultado de prevalencia que sea más representativo de la población estudiada.

Conclusiones: Se logró determinar la prevalencia del alelo HLA-A*02 y generar un registro de donantes de sangre que se podrá utilizar para evitar la aloinmunización de individuos politransfundidos y seleccionar unidades de plaquetas genotipo compatible para los pacientes que presentan refractariedad plaquetaria de causa inmune por HLA. Financiamiento: Proyecto Semilla N°039.227 VINCI.

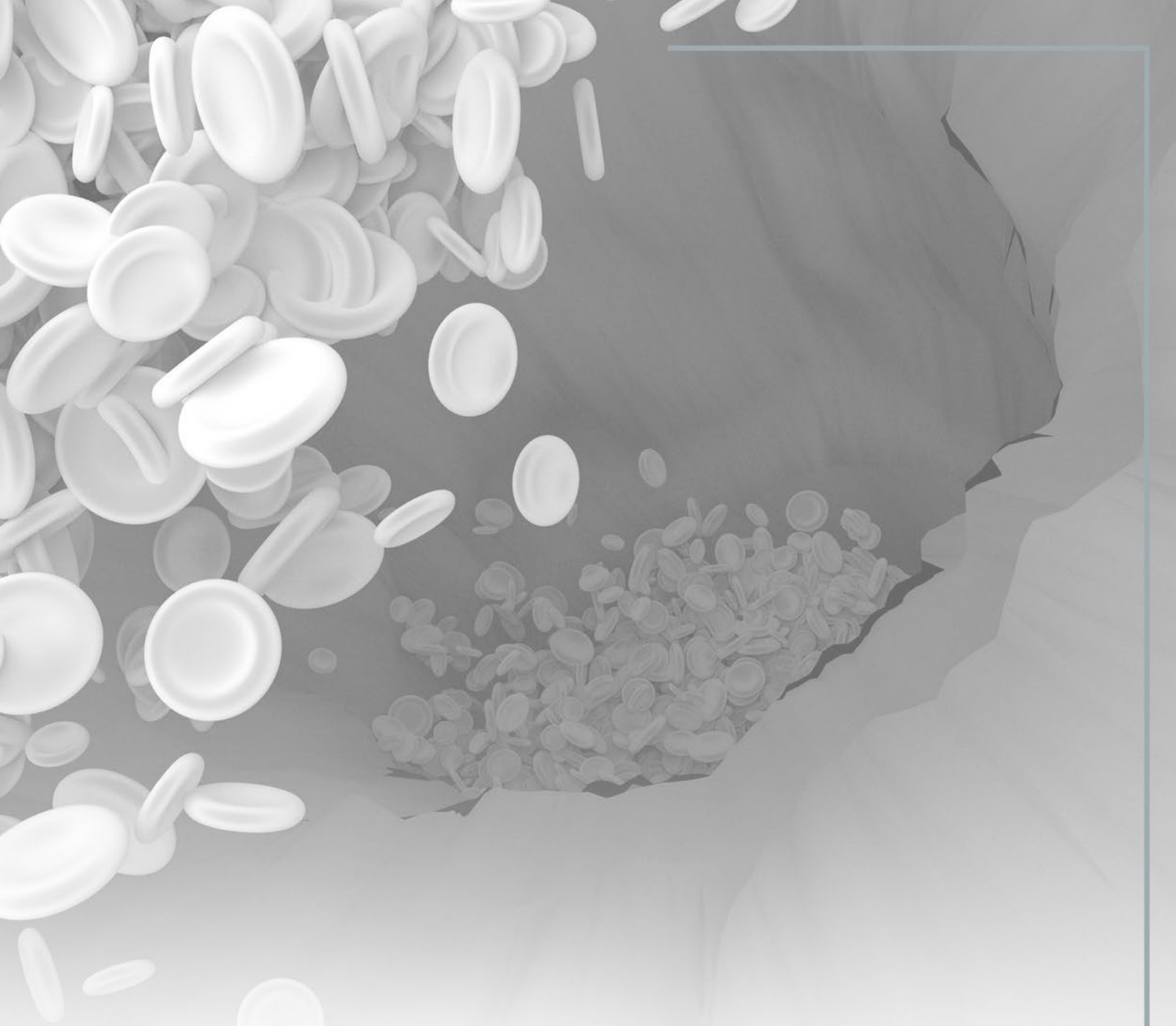
FOLIO 163

AUMENTO DE DONANTES SIN ANTÍGENOS HLA ESPECÍFICOS PARA PACIENTE CON REFRACTARIEDAD PLAQUETARIA INMUNE SEVERA POST TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

MARIA ANTONIETA NUÑEZ, FERNANDO PONTIGO, CRISTIAN VILLALOBOS, ALEJANDRO MAJLIC, MACARENA ROA, KATHERINNE JARA
CLINICA SANTA MARIA;
Caso Clínico

Introducción: La refractariedad plaquetaria inmune (RPI) es un desafío para la terapia transfusional. Se produce por la destrucción de plaquetas transfundidas de donantes con antígenos específicos (DAE) para anticuerpos (Ac) HLA o HPA previamente formados por el/la paciente. La transfusión de plaquetas en pacientes con RPI se debe realizar con plaquetas provenientes de donantes sin los antígenos específicos (DSAE) para los Ac que presenta, lo que se obtiene de un registro de donantes de plaquetas tipificados para antígenos HLA o HPA. No obstante, cuando un paciente con RPI está altamente aloinmunizado es difícil encontrar DSAE, y es necesario buscar alternativas que permitan una terapia transfusional efectiva. Una de ellas es el uso del Ac monoclonal Rituximab. Se ha reportado pacientes con anemia aplásica y SMD con RPI que recibieron 3 infusiones semanales de Rituximab (375 mg/m2) y tuvieron mejoras en la respuesta a la transfusión de plaquetas post tratamiento, siendo una alternativa que puede ser considerada en la RPI severa. Caso clínico Reportamos un paciente de 33 años, con LLA, candidato a TPH, con RPI y alto requerimiento de transfusiones de plaquetas. En el primer estudio de Ac HLA se encuentran 48 especificidades de Ac HLA clase I. De 300 donantes de plaquetas HLA tipificados solo 1 es DSAE. Se le administran 4 dosis de 375 mg/m2 de Rituximab post quimioterapia en los días 1, 8, 15 y 22 y previo al TPH. 10 días posterior a la última dosis se realizó un segundo estudio de Ac.. De las 48 especificidades que presentaba, 18 no se encontraron; de los 30 detectados, 28 disminuyeron su MFI (mean fluoresce intensity) en 10 de los cuales el MFI fue < a 1000. La tabla 1 muestra las 2 mediciones de anticuerpos. El número de DSAE encontrados aumentó a 9, y considerando DAE para Ac con un MFI < a 1000 el listado alcanzó a 20 donantes de plaquetas, incrementando sustancialmente la posibilidad de transfundir plaquetas de DSAE o con DAE para Ac con bajo MFI.

Conclusión: La administración de Rituximab en una paciente con RPI severa, permitió aumentar el número de DSAE, esenciales para una terapia transfusional efectiva.



SOCIEDAD CHILENA DE
HEMATOLOGÍA SOCHIHEM

LIBRO DE TRABAJOS