

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción. La leucemia linfocítica crónica (LLC) se ha considerado en nuestro medio como patología de baja incidencia e indolente, por lo que no existe suficiente información del resultado del tratamiento y sobrevida. Presentamos nuestra experiencia en un hospital de tercer nivel en un periodo de seis años. **Objetivo.** Conocer las características clínicas y respuesta al tratamiento en pacientes con LLC. **Material y métodos.** Pacientes diagnosticados con LLC en Centro Médico de Occidente desde enero 2010 a diciembre del 2015 o diagnosticados previamente que continuaron seguimiento en esta unidad. **Resultados.** Se incluyeron 55 pacientes, 33 (60%) hombres y 22 (40%) mujeres. Mediana de edad 66 años (39-83), 38 fueron >70 años (30.9%). Al diagnóstico predominó estadio temprano: Rai 0

en 15 (27.3%) pacientes y Binet A en 31 (56.4%). La mediana de linfocitos al diagnóstico fue 17765/uL, hemoglobina de 12 g/dL y plaquetas 143000/uL. Se identificaron citopenias inmunes en 5 (9.1%) pacientes. Al diagnóstico 22 pacientes permanecieron en observación (40%) y 33 (60%) recibieron tratamiento. Once de los 22 pacientes (50%) en observación requirieron tratamiento posteriormente, con una mediana de progresión de 8 meses. De acuerdo al esquema de tratamiento se clasificaron en 4 grupos: Base de alquilantes 16 pacientes (36.3%), fludarabina ciclofosfamida rituximab (FCR) 8 pacientes (18.2%), esquemas combinados con rituximab 15 pacientes (34.1%) y otros tratamientos 5 (11.4%). La mediana de seguimiento fue de 26 meses (0-165) con una sobrevida global del 90%. Al momento del corte se encontraron vivos 50 pacientes, de los cuales 36 estaban en respuesta completa (RC), tres en respuesta

parcial y once pacientes continúan en observación. De los treinta y nueve vivos y tratados, se obtuvo respuesta completa con la primera línea en 30 pacientes (68.2%) y respuesta parcial en 14 pacientes (31.8%), de estos, 9 pacientes lograron remisión con la segunda línea de tratamiento, dos con la tercera y 3 permanecen con respuesta parcial. De acuerdo al grupo de tratamiento, se alcanzó RC del 62.5% para el grupo de alquilantes, 75% para FCR y 86.7% para el grupo de rituximab. **Conclusiones.** Uno de cada tres pacientes es >70 años. Un importante porcentaje no ha requerido tratamiento y sin progresión. El tratamiento es bien tolerado, alcanzando RC en la mayoría. La mortalidad relacionada al tratamiento fue nula, las cinco muertes fueron por progresión. Sin embargo, también existe un grupo significativo que podría ser candidato para recibir inhibidor de la tirosina de Bruton.

LINFOMAS

PRESENTACIÓN ORAL

664 Las células de Reed Sternberg y el sistema fibrinolítico

Cesarman-Maus ^{G1}, Reichel ^{J2}, Roshal ^{M3}, Braggio ^{E4}, Fonseca ^{R5}, Cesarman ^{E5}

¹ Hematology, National Cancer Institute, Mexico

² Pathology, Weill Cornell Medical College

³ Departments of Laboratory Medicine and Pathology, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, NYC

⁴ Medicine, Mayo Clinic, Arizona

⁵ Departments of Pathology and Laboratory Medicine, Weill Cornell Medical College, NYC, United States

Introducción. El linfoma de Hodgkin clásico (CHL) se caracteriza por la presencia de escasas células de Hodgkin y Reed-Sternberg (HRS) mientras que la mayor parte de la masa tumoral se compone de un microambiente reactivo (98%). El desarrollo de una estrategia para purificar las células HRS facilita la adquisición de DNA y RNA con mínima contaminación de fondo. Mediante RNAseq es posible estudiar la transcripción de RNA de proteínas y receptores de coagulación y fibrinólisis los cuales han sido implicados en la biología del microambiente tumoral. **Ob-**

jetivo. Previamente describimos que el gen (F3) del factor tisular (FT), ampliamente transcrito en tumores malignos, no se expresa en linfomas de origen T ni B, y que la expresión de F3 en muestras de linfoma de Hodgkin está localizada al microambiente y no a las células de HRS que derivan de linfocitos B centro-germinales. El objetivo de éste estudio fue determinar el origen del FT en el linfoma de Hodgkin en un mayor número de casos, así como la expresión de enzimas y receptores implicados en la fibrinólisis utilizando células HRS altamente purificadas. **Material y**

métodos. La purificación de HRS se realizó mediante un método de citometría de flujo descrito por nuestro laboratorio. Purificamos células de HRS así como linfocitos B del microambiente tumoral y secuenciamos los exomas para comparación en nueve pacientes.

Resultados. Corroboramos que la ausencia de transcripción de FT por células de HRS. Este hallazgo también confirma que ningún tumor derivado de linfocitos B o T expresa TF. Las células HRS no expresan genes de las enzimas de la cascada de la coagulación o anticoagulantes naturales. Sin embargo encontramos sobreexpresión de genes de enzimas profibrinolíticas, como activador del plasminógeno tisular (PLAT), urokinasa (PLAU), plasminógeno (PLG) e interesante del inhibidor del activador del plasminógeno 1 (SERPINE1), una enzima con el efecto opuesto a las anteriores. Encontramos sobreexpresión marcada de genes de miembros de la familia de las anexinas con un logaritmo de CPM elevado de anexina A2 (ANXA2: 7,46): el receptor de membrana de t-PA y plasminógeno, calnexina (CANX: 9,1), anexina 5 (ANXA5: 8,29) y del receptor de anexina 2A (ANXA2R: 4,12). **Conclusiones.** La alta expresión de miembros de la familia de las anexinas es interesante ya que se ha demostrado que el eje del receptor anexina2/anexina2 regula la adhesión, migración y el crecimiento de neoplasias tanto sólidas como hematológicas. Esto sugiere un posible papel del sistema fibrinolítico de las células HRS en la generación del microambiente tumoral.

705 Diagnóstico de neoplasias linfoproliferativas fuera de los centros de referencia. Una necesidad médica urgente

Solano-Genesta M¹, Lome-Maldonado C¹, Quezada-Fiallos

M², Morgan-Villela G¹, Zuloaga-Fernández C¹, Cortes-Flores A¹, Miranda-Ackerman R¹, Irusteta-Jiménez Leire¹, Rendón-Félix J¹, González-Ojeda A¹

¹ Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción. A partir de la introducción de la clasificación de la OMS de las neoplasias linfoproliferativas, la interpretación histológica de los ganglios linfáticos ha sido muy compleja. Debido a que esta clasificación recalca la importancia de adecuar la morfología, inmunofenotipo, características genéticas y moleculares para un diagnóstico adecuado. En trabajos previos se ha documentado una tasa relativamente alta de mala praxis médica asociado a errores en el diagnóstico de linfoma. Los rangos de discrepancia entre en diagnóstico inicial emitido por un patólogo general y el diagnóstico de revisión por un hematopatólogo, evaluando ambos el mismo material, se reportan desde 5.8% a 60% en diversos reportes. **Objetivo.** Evaluar la certeza diagnóstica en pacientes con neoplasias linfoproliferativas fuera de los centros médicos de referencia en un hospital del occidente de México. **Material y métodos.** Se realizó una serie de casos, revisados en retrospectiva. Los diagnósticos iniciales emitidos por un patólogo general fueron enviados para segunda opinión a un hematopatólogo. Se analizaron 15 casos, de los cuales se incluyeron únicamente los casos que contaban con el reporte inicial del patólogo general "Valoración Inicial" y fueron evaluados por hematopatólogo "Revisión". En total se incluyeron 14 casos para el análisis. El material de diagnóstico fue el mismo para ambos. Se clasificaron las discrepancias en: "Mayores" si la

conducta terapéutica es modificada de acuerdo a las guías de tratamiento NCCN y "Menores" si se realizó cambio en el diagnóstico pero no de la terapéutica y "Acuerdo" cuando existió concordancia entre el diagnóstico inicial y la revisión.

Resultados. Se analizaron 14 casos de los cuales 9 pertenecían al sexo masculinos y 5 al sexo femenino, la media de edad fue de 44 años. Únicamente 2 pacientes (14%) obtuvieron un acuerdo diagnóstico, mientras que 11 (79%) presentaron una discrepancia Mayor; los tipos de errores observados dentro de las discrepancias mayores consistieron en: a) ambigüedad o falta de diagnóstico completo 7/12, b) cambio de lesiones malignas a benignas 2/12, c) cambio de tipo de neoplasia hematológica 2/12. Sólo un paciente (7%) obtuvo una discrepancia menor. **Conclusiones.** En esta breve revisión podemos decir que el 79% de los casos analizados muestran Discrepancias Mayores. Existe una gran necesidad de generar patólogos con el entrenamiento y experiencia para generar diagnósticos apegados a la clasificación actual de la OMS o en su defecto generar centros de referencia regional donde se cuente con el personal y material necesario.

706 Respuesta a quimioterapia de segunda línea en linfoma no Hodgkin difuso de células grandes con esquema de quimioterapia MINE-R/ESHAP-R en pacientes del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara

Martínez-Rodríguez P, Garcés-Ruiz O, Rubio-Jurado B, Vega-Ruiz A, Borjas-Gutiérrez C, Delgado-Lamas JL, Aguilar-López L

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción. La clasificación de la OMS, define al linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B

((LDCG-B) como una neoplasia de células maduras, centro germinal y post centro germinal. El tratamiento de primera línea a nivel mundial consiste en el esquema CHOP-R, con el cual se alcanza una tasa de respuesta completa del 75%. Sin embargo un 11% de los pacientes presentará progresión de la enfermedad, y hasta un 24% presentará recaída en los siguientes 5 años. Por lo tanto se han desarrollado esquemas de quimioterapia de segunda línea, con los cuales se han obtenido las siguientes respuestas; ESHAP-R: Respuesta completa del 35%, y un porcentaje de respuesta parcial del 28%, mientras con el esquema de quimioterapia MINE se han documentado respuestas completas del 33%. **Objetivo.**

General: Determinar la respuesta a quimioterapia de segunda línea en LDCG-B con esquema de quimioterapia MINE-R/ESHAP-R, en pacientes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente. UMAE. IMSS (HE CMNO UMAE IMSS). **Específico:** Definir la tasa de respuesta completa, respuesta parcial, enfermedad estable y progresión. **Material y métodos.** Tipo de estudio: retrospectivo, analítico, descriptivo. Técnica de muestreo: no probabilístico por inclusión consecutiva. Universo de estudio: pacientes adultos diagnosticados con LDCG B en el HE CMNO UMAE IMSS. Se buscó en los egresos del servicio de hematología de los años 2010-2015, pacientes diagnosticados con LDCG B en recaída o progresión. Siendo elegibles los pacientes con expediente completo: edad, ECOG, deshidrogenasa láctica, sitios extra-nodales y estadio de la enfermedad, reporte tomográfico disponible y que hubieran sido tratados con el esquema MINE-R/ESHAP-R (tres ciclos en tándem de cada esquema). Se evaluó la respuesta al tratamiento en base a los criterios de CHESON.

Resultados. Se recabó un total de 20 pacientes con LDCG B, con presencia de recaída o progresión, y que fueron tratados con el esquema MINE-R/ESHAP-R. Con dicho esquema en nuestro centro se obtuvo una respuesta global del 75% (15 pacientes), siendo estadísticamente significativo, con una $p=0.035$. La respuesta completa se presentó en el 50% (10 pacientes), valor de $p=0.048$, y respuestas parciales del 25% (5 pacientes), con $p=0.066$.

Conclusiones. Con el esquema de segunda línea MINE-R/ESHAP-R, 3 ciclos en tándem de cada esquema. Se lograron 50% de respuestas completas en los LDCG refractarios, en recaída o progresión y una respuesta global de 75%.

786 Revisión de la clasificación del subtipo molecular de linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) a través de algoritmos de inmunohistoquímica y clasificadores de supervisión automatizada (CSA)

Villela L

Hospital General Fernando Oca-
ranza, Hermosillo, Sonora, ISSSTE

Introducción. El LDCGB, se clasifica en célula B activada (no-CG) y célula centro germinal (CG) desde el punto de vista de perfil de expresión génica (PEG). Desafortunadamente, las plataformas para realizar dicho diagnóstico no son viables en hospitales de asistencia. Los algoritmos a través de inmunohistoquímica (IHQ) han tratado de sustituir las plataformas tecnológicas sofisticadas sin lograr determinar cual de ellas es la mejor, por lo que existen varias de dichos algoritmos. **Objetivo.** Nuestro grupo utilizó CSA para evaluar que algoritmo de los ya publicados tiene mayor exactitud diagnóstica, sensibilidad y especificidad desde el punto de vista molecular, utilizando plataformas viables en hospitales de asistencia (IHQ). **Material y**

métodos. Primero realizamos el ajuste de los CSA (Bayesian, Bayesian Simple, Bayesian nativo, red neuronal artificial y máquinas de soporte vectorial), utilizando una base pública (Visco-Young) de 475 pacientes con LDCGB tratados con R-CHOP y donde se contaba con resultados comparativos de PEG e IHQ. De dicha base de datos 350 sirvieron de entrenamiento para nuestros CSA y 125 de prueba final. Posteriormente localizamos 49 bloques con datos clínicos y seguimiento. Realizamos IHQ CD10, GCET1, FOXP1, MUM1, y BCL6 que se utilizan en diferentes algoritmos y que fueron evaluados por 3 diferentes patólogos. Ya teniendo los diferentes algoritmos por IHQ procedimos a introducir los resultados en los CSA entrenados y probados. **Resultados.** En forma general mediana de 60 años (>60 años 55%). **Conclusiones.** Este es el primer trabajo que reporta utilizando sistemas matemáticos que algoritmo de IHQ tiene mayor exactitud diagnóstica para determinar CG vs no-CG. El algoritmo de Choi que utiliza 5 anticuerpos fue el de mayor exactitud diagnóstica y para predecir sobrevida comparando con el resto de los ya publicados.

848 PET-CT de intervalo como predictor de respuesta al término de tratamiento en pacientes con linfoma de Hodgkin

Nava-Gómez ChE, Mendiola-López R, Rivas-Vera S, García-Pérez O, Ramírez-Ibargüen A

Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México

Introducción. El PET-CT con FDG es uno de los métodos de imagen estándar en el diagnóstico del linfoma de Hodgkin, no obstante en los últimos años el PET-CT de intervalo (PET-CTint) ha demostrado también su capacidad para predecir la respuesta a corto plazo

y la supervivencia a largo plazo; esto ha permitido que sea utilizado además para normar la conducta terapéutica. **Objetivo.** Determinar valor predictivo de PET CTint en relación a respuesta final de tratamiento. **Material y métodos.** Se revisaron 129 de expedientes de pacientes con diagnóstico de LH clásico de enero 2012 a diciembre de 2013 en el INCan, de los cuales fueron incluidos solo 43 pacientes que contaban con estudio de PET-CT al diagnóstico, de intervalo (2° o 3er ciclo de AVBD) y al término de tratamiento. Se revisaron las características clínicas, resultado al término de tratamiento, el PET-CT fue evaluado de acuerdo a los criterios de Deauville. **Resultados.** Se incluyeron 43 pacientes, la mediana de edad fue 39 años (17-83), la variedad más frecuente fue es-

cleriosis nodular (51%) seguida de celularidad mixta (35%). El 76 % de los casos presentó enfermedad avanzada al diagnóstico (Ann Arbor III/IV), 70% enfermedad voluminosa y 70% síntomas B. En el caso de los estadios tempranos 40% presentaba riesgo desfavorable y 54% en los estadios avanzados. El 95% de los pacientes recibió quimioterapia con esquema estándar AVBD y el 67% recibió además radioterapia. Al PET-CT de intervalo 84% de los pacientes alcanzaron respuesta completa y 16% respuesta parcial, no se reportaron progresiones. Al PET-CT de término de tratamiento 84% obtuvo respuesta global (72% RC y 16% RP), 16% enfermedad estable y/o progresión. Durante el seguimiento solo un paciente presentó recaída posterior a un periodo libre de enfermedad de

27 meses. De los 36 pacientes en los cuales se reportó respuesta completa al PET-CTint 3 (9%) presentaron enfermedad estable/progresión al término del tratamiento a diferencia de 5 pacientes (63%) de los paciente donde se había reportado respuesta parcial. Al momento de la revisión, 42 pacientes estaba vivo y 1 falleció. **Conclusiones.** En estudios previos se ha reportado el valor predictivo del PET-CTint en relación a la respuesta final del tratamiento y el periodo libre de enfermedad. En nuestra revisión corroboramos que la respuesta parcial durante el PET-CT de intervalo se relaciona a una mayor falla al tratamiento en comparación con la respuesta completa (63 vs 9%). Debido al número reducido de casos no se pudo estimar supervivencia global.

PRESENTACIÓN EN CARTEL

675 Linfoma canino en México

Sánchez D, Paredes J, Sánchez-Verin R, Corona H, Gutiérrez A, Núñez L, Sarmiento RE, Medina LA, Cesarman-Maus G
Instituto Nacional de Cancerología/
Facultad de Medicina Veterinaria y
Zootecnia, UNAM

Introducción. Los linfomas comprenden entre el 7-25% del total de casos de cáncer en perros y representan la neoplasia hematológica más común en esta especie. **Objetivo.** En este trabajo describimos las características demográficas, clínicas y patológicas de una población de pacientes caninos en México. **Material y métodos.** Se recibieron 4512 perros en consulta a lo largo de un año en el Hospital Veterinario de Especialidades – UNAM, 12% con diagnóstico de cáncer y 0.6% con linfoma (27

pacientes). Se recolectaron los datos clínicos y se obtuvieron los bloques de parafina de las biopsias tumorales para estudio morfológico y para inmunohistoquímica con anticuerpos contra CD79a (estirpe B) y CD3 (estirpe T). Todos los casos fueron corroborados por citología o biopsia. **Resultados.** La edad media al diagnóstico fue de 7.5 años (3-14). Cerca del 50% del total de casos fueron perros mestizos y Schnauzer miniatura (26% y 18.5%, respectivamente). La mayoría de los pacientes presentaron localización ganglionar al diagnóstico (80%), estadio avanzado III/IV (90%), y predominio de inmunofenotipo B comparado con T (64% y 36%, respectivamente). No encontramos relación con el estado de castración. Únicamente se observaron dos patrones histológicos, ambos con reemplazo difuso

de la arquitectura ganglionar por células grandes inmunoblásticas y centroblásticas; uno de estos patrones presentaba adicionalmente morfología en “cielo estrellado” con múltiples macrófagos dispersos sugiriendo un alto grado de proliferación. El 65% (15/23) recibieron quimioterapia con protocolos tipo-CHOP, logrando una respuesta global del 73% (3 RC/8RP) y una media de supervivencia de 219 días (4-586 DE±185). Un perro con linfoma cutáneo logró respuesta parcial sostenida cercana a dos años con lomustina/prednisona. Los perros sin tratamiento o que sólo recibieron prednisona tuvieron una supervivencia corta. **Conclusiones.** Los linfomas en perros tanto en la literatura como en nuestra serie se tratan con quimioterapia basada en CHOP. No existe información de respuesta basada en subtipo

histológico, y la inmunopatología se dificulta por la escasez de anticuerpos a antígenos tumorales caninos. En nuestra serie no encontramos linfomas de bajo grado y de manera interesante únicamente observamos dos subtipos morfológicos, ambos patrones con características de linfomas de alto grado, la mayor parte de estirpe B. La asociación de linfomas con Shnauzer miniatura no había sido reportada. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos clínicos y patológicos para entender y tratar adecuadamente los linfomas en perros.

696 Experiencia institucional en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B

Lacayo-Leñero D, Hernández-Mata CF, Agreda-Vásquez GP
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción. El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es una neoplasia de origen linfoide de estirpe B que se caracteriza por un patrón de crecimiento difuso y que corresponde al subtipo histológico de LNH más frecuente. **Objetivo.** Conocer los resultados clínicos, patológicos y de tratamiento en pacientes con LDCGB en un hospital de tercer nivel. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, que incluyó 95 pacientes con diagnóstico de LDCGBD en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2014. Del expediente se registraron las características clínicas, patológicas y de tratamiento. Como objetivo secundario se evaluó la supervivencia global (SG). Se excluyeron aquellos con datos incompletos. **Resultados.** Un total de 85 pacientes fueron incluidos, 54 mujeres (63.5%) con una mediana de edad al diagnóstico de 60

años. De acuerdo a clasificación histopatológica por inmunohistoquímica el subtipo centrogerminal correspondió al 22.3%, 47% fueron considerados no centrogerminales, 27% quedaron como indeterminados y en 3.5% no se reportó. El 73% se presentó con estadio clínico avanzado (III/IV), con un ECOG >2 en el 24.7%, la presencia de síntomas B en el 75.3%, con afección extraganglionar en 75% siendo el sitio más frecuente de involucro el tracto gastrointestinal (27.1%), en un 25.9% se encontró enfermedad voluminosa. La DHL se reportó elevada en 70.6% con una mediana de 496 mg/dL. Según el riesgo por escala IPI el riesgo intermedio alto o alto correspondió a la mayoría de los pacientes (61.2%). El esquema de tratamiento comúnmente utilizado fue CHOP-like (94.1%) y solo el 67.5% de la cohorte recibió inmunoterapia anti-CD20 (rituximab). La respuesta global (RG) al tratamiento fue de 56.5%. Hasta el periodo del análisis el 65.9% de los pacientes se encontraron vivos con una mediana de supervivencia no alcanzada. A 5 años la SG fue mayor en aquellos pacientes con IPI bajo vs intermedio alto vs alto (95% vs 66.7% y 57.1% $p=0.04$). También se encontró una mayor SG en aquellos pacientes categorizados como de origen centrogerminal vs no centrogerminal (75% vs 67.5% $p=0.65$) aunque sin diferencia estadísticamente significativa, y la SG reportada en aquellos pacientes que recibieron quimio-inmunoterapia vs quimioterapia convencional también fue mayor (82.4% vs 52% respectivamente, $p=0.007$). **Conclusiones.** A pesar de ser una población predominantemente de riesgo intermedio alto y alto la SG a 5 años es similar a lo reportado en otras series. Los factores encontrados en esta serie relacionados a una mayor supervivencia fueron el riesgo IPI bajo y el empleo de quimio-inmunoterapia.

702 Linfoma difuso de células grandes B EBV positivo/granulomatosis linfomatoide grado 3: presentación inusual con compromiso aislado al sistema nervioso central

Ávila-Milord A, Lee-Tsai Y, Inclán-Alarcón S, Lastra-German IK, Agreda-Vásquez GP, Montante-Montes de Oca
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción. La granulomatosis linfomatoide (GL) es un proceso linfoproliferativo B mediado por la infección crónica del virus Epstein-Barr (EBV), caracterizado por una reacción angiocéntrica y angiodestructiva que afecta hasta en 90% de los casos al pulmón. La afección a Sistema Nervioso Central (SNC) se reporta hasta en un 26%, sin embargo, en la mayoría de estos existe la afectación simultánea a varios órganos. Histológicamente se clasifica en tres grados. El grado 3 se caracteriza por la presencia de agregados difusos de células grandes B atípicas, con más de 50 células B EBV positivo además de extensa necrosis. De acuerdo a la clasificación de la OMS, el grado 3 debe ser considerado como Linfoma Difuso de Células Grandes B (LDCGB). Siendo la GL una patología infrecuente, sin un tratamiento estándar y de pobre pronóstico. **Objetivo.** Presentar un caso de LDCGB EBV positivo/GL grado 3 con compromiso aislado al sistema nervioso central y revisión de la literatura. **Material y métodos.** Masculino de 51 años de edad sin antecedentes patológicos previos relevantes quien inicia en agosto de 2015 con deterioro neurológico progresivo caracterizado por hemiparesia izquierda, diplopía y ataxia asociada a síntomas B. Al examen físico con paresia del 4° nervio craneal derecho, alteración de fuerza y sensibilidad del hemicuerpo izquierdo, dismetría bilateral e hi-

potonía de esfínter anal. Por imagen en la resonancia magnética (IRM) cerebral se documenta la presencia de lesiones hiperintensas (FLAIR) en ambos hemisferios cerebelosos y el puente del tallo encefálico. Se realizó tomografía axial computarizada (TAC) sin evidencia de crecimientos ganglionares, viscerales o compromiso pulmonar. El estudio histopatológico de cerebelo fue reportado como LDCGB EBV positivo/GL grado 3 EBV positivo. **Resultados.** Con el diagnóstico establecido se decidió iniciar tratamiento con rituximab combinado con dosis altas de metotrexate, bajo el contexto de un Linfoma primario de SNC. **Conclusiones.** La presentación aislada a SNC del LDCGB EBV positivo/GL grado 3 es infrecuente. En la revisión de la literatura sólo 18 casos han sido reportados hasta la última década, con opciones terapéuticas limitadas basadas solamente en la experiencia obtenida de éstos.

715 Resultados del tratamiento con quimioterapia a dosis ajustadas de acuerdo a la presencia de fragilidad en pacientes adultos mayores con linfoma difuso de células grandes B

Lastra-Germán IK

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción. El linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) es el subtipo más común de linfoma no Hodgkin en el anciano. De comportamiento clínico agresivo pero potencialmente curable con quimioterapia (QT) intensiva, el régimen estándar R-CHOP en este grupo de pacientes ha tenido que darse a dosis reducidas por problemas de toxicidad. En geriatría, se entiende por fragilidad a un estado de vulnerabilidad para desenlaces desfavorables de la salud de tal forma que su identificación podría

constituir una herramienta útil para determinar la tolerancia potencial a la QT y minimizar el riesgo de complicaciones. **Objetivo.** Describir las características sociodemográficas, clínicas, histopatológicas y resultados del tratamiento de una cohorte retrospectiva de pacientes adultos mayores con LDCGB que recibieron QT ajustada de acuerdo a su estatus de fragilidad. **Material y métodos.** Análisis retrospectivo, en 23 pacientes mayores de 60 años con LDCGB tratados entre julio de 2013 y abril de 2015. Los pacientes fueron categorizados de acuerdo a los criterios de fragilidad del Cardiovascular Health Study en 3 grupos: robusto, prefrágil y frágil y recibieron tratamiento a dosis ajustadas (R-CHOP-100%, R-CHOP-80% y R-COP respectivamente). Se obtuvieron datos demográficos, clínicos e histopatológico, se evaluaron respuestas al tratamiento y toxicidades presentadas. **Resultados.** La mediana de edad fue de 69 años, 69.6% fueron mujeres, 74% presentó ECOG >2, 34.8% tenía compromiso extraganglionar >2 sitios y 82.6% se encontraba en estadio clínico avanzado (III/IV). La mediana de DHL fue de 337 mg/dL, 56.5% se clasificó como grupo de riesgo alto (IPI) y por inmunohistoquímica 56.5% correspondió al subgrupo post-germinal. El 21.7% fueron categorizados como robustos, 30.4% prefrágiles y 47.8% frágiles. Un total de 22 pacientes recibió QT ajustada y del total de ciclos planeados, en el grupo de robustos 33.3% completaron tratamiento, en el grupo pre-frágil 85.7% y en el grupo frágil 70%. Se documentaron 45.4% de respuestas completas. Tras una mediana de seguimiento de 12 meses, 82.5% permanecían vivos. La presencia de toxicidad hematológica se documentó en 87% de los casos y toxicidad no hematológica en 40.9%. **Con-**

clusiones. La identificación de la fragilidad podría constituir una medida objetiva para la toma de decisiones terapéuticas en esta población. En esta cohorte llama la atención la mayor frecuencia de mujeres y con características de mal pronóstico, aunque ambos hallazgos han sido descritos antes. La tasa de RC es ligeramente más baja con respecto a lo reportado en otros estudios en ancianos con linfomas agresivos, mientras que la toxicidad parece semejante a pesar del ajuste de dosis.

734 Linfoma no Hodgkin asociado a infección por virus de inmunodeficiencia humana. Experiencia en un centro de referencia universitario

Sotomayor-Duque G, Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH¹, Tarín-Arzaga LC, Colunga-Pedraza PR, Lozano-Morales RE, Gómez-Almaguer D

Hospital Universitario Dr. José E González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL

Introducción. La incidencia de linfoma no Hodgkin (LNH) se presenta de forma incrementada en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) comparado con aquellos pacientes no infectados. En los primeros años de la epidemia de VIH, los pacientes con diagnóstico de LNH, el tratamiento era principalmente paliativo, con solo un 10 % de sobrevivida a los 2 años. El advenimiento de la terapia anti retroviral ha resultado en menor morbi-mortalidad en estos pacientes, lo que ha permitido terapias anti linfoma más agresivas. Existen pocos estudios publicados en nuestro país al respecto de evolución clínica de los pacientes con VIH y LNH. **Objetivo.** Documentar los resultados de los pacientes referidos a nuestro

centro con diagnóstico de LNH y VIH. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes referidos con diagnóstico de VIH y LNH de abril de 2007 a noviembre 2015 atendidos en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL. Se documentaron el tratamiento recibido en primera y segunda línea, el número de internamientos y complicaciones asociadas así como la supervivencia y recaída. **Resultados.** Se incluyeron un total de 22 pacientes. La mediana de edad fue de 39 años (25-64). Todos los pacientes del sexo masculino. La mediana de seguimiento fue de 22 meses (1-77). Dentro de las clasificación de LNH el Difuso de Células grandes B y el linfoma plasmablastico correspondieron a 36% (n=8) en ambos casos. El esquema de primera línea más común fue R-CHOP/CHOP (n=14); otros esquemas utilizados fueron el EPOCH, dosis altas de Metotrexate e HyperCVAD. Ocho pacientes presentaron Respuesta Completa al primer esquema (36.4%). La mediana de supervivencia fue de 6 meses (IC95% 3.6-8.3). La supervivencia global a dos años fue de 33%. Diez pacientes (45%) requirieron internamiento al diagnóstico. La mediana de estancia hospitalaria fue de 12.5 días (0-32). Hubo un total de nueve fallecimientos, cinco a causa de progresión de la enfermedad (22%) y cuatro por complicaciones asociadas a VIH y sepsis (18%). **Conclusiones.** En centros como el nuestro se observó una supervivencia pobre comparado con los países desarrollados. Nuestros resultados son comparables con los de otros países en vías de desarrollo. Se requieren el desarrollo de mejores estrategias para el manejo óptimo de los pacientes.

749 Características epidemiológicas de pacientes con linfoma de la zona marginal en un centro de referencia mexicano

Cárdenas-Araujo D

Universidad Autónoma de NL

Introducción. El linfoma de la zona marginal (LZM) es uno de los linfomas indolentes de células B maduras reconocido como 3 entidades específicas: linfoma extranodal de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), marginal esplénico (MZL) y marginal nodal (NMZL). Los subtipos comparten un inmunofenotipo similar, pero difieren en cuanto a las características clínicas y el pronóstico. Su incidencia es del 5-17% de todos los linfomas no Hodgkin (LNH), y el MALT ocupa el tercer lugar en frecuencia en general. La mayoría ocurren en adultos, con una mediana de 60 años, con ligero predominio del sexo femenino.

Objetivo. Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con LZM en un hospital de referencia mexicano. **Material y métodos.** Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de LZM en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en el período de mayo del 2005 a mayo 2015. **Resultados.** Fueron un total de 23 pacientes. El 52% fueron hombres. La mediana de edad fue de 55 años (27-71). El tipo más común fue MALT en 14 pacientes (60%), de estos pacientes el sitio más común fue estómago. La mayoría de los pacientes se encontraban en etapa localizada al momento del diagnóstico (56%). Las etapas avanzadas se presentaron en el 43% de los pacientes, principalmente en el tipo nodal, por compromiso de médula ósea. En cuanto al tratamiento, 11 pacientes recibieron algún esquema parecido a CHOP además de rituximab, en 5 se administró rituximab como monoterapia, 6 pacientes

esquema CHOP, 1 paciente se negó a recibir tratamiento, y en 2 de ellos además de la quimioterapia se administró radioterapia localizada. Del total de pacientes que recibió tratamiento, el 77% tuvieron respuesta (14 respuesta completa y 3 respuesta parcial), 3 pacientes permanecieron con enfermedad estable, en 4 no se logró obtener datos. Del total, 13 se encuentran en vigilancia. **Conclusiones.** El LZM es un linfoma indolente que se presenta en pacientes de edad avanzada, el subtipo es importante para el pronóstico, ya que vimos que el tipo nodal se asocia con más frecuencia a enfermedad avanzada. El MALT fue el linfoma más común en nuestra revisión, como se menciona en la literatura, con etapas localizadas al diagnóstico. En cuanto al tratamiento, no existe un esquema establecido, en nuestros pacientes los esquemas CHOP asociados a rituximab han sido los más efectivos y han funcionado en todos los casos. Sin embargo, también hemos tratado pacientes con enfermedad localizada solamente con rituximab con resultados favorables.

756 Linfoma extranodal NK/T nasal en el hospital de especialidades IMSS Manuel Ávila Camacho, Puebla

Pérez-Lozano U

Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla, Pue.

Introducción. El LNH NK/T nasal es un subtipo raro de los linfomas no Hodgkin, es endémico en Asia y algunas partes de centro y Sudamérica. La mayoría de los casos derivan de infecciones virales por Epstein-Barr (VEB). Se reporta un rango amplio de presentaciones morfológicas que incluyen angioinvasión y necrosis. Existe poca evidencia del tratamiento estándar en estos pacientes. **Objetivo.** Reporte de una serie de casos tratados en

un solo centro oncológico. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo. Periodo 2008-2015. **Resultados.** Se describen 12 pacientes: 8 hombres y 4 mujeres. La media de edad 36 años (19 a 47). Los marcadores inmunohistoquímicos CD 56 (100%), CD 3 (40%), granzima 16%; un caso tuvo LMP 1 como marcador de infección por VEB. El 50% de los casos en estadio clínico IV. Un paciente debutó con infiltración al Sistema nervioso central (SNC). Ninguno presentó infiltración ósea. El 50% con IPI 1 (Índice Pronóstico Internacional), IPI 2:16%; IPI 3: 33%. El esquema de quimioterapia inicial fue CHOEP en 41%; otros esquemas fueron ProMACE-CytaBOM e HCVAD. 66% (8 pacientes) fallaron al tratamiento inicial. 1 paciente falleció durante el primer ciclo de tratamiento por progresión a SNC; 2 pacientes se encuentran iniciando primer esquema de tratamiento aun sin evaluarse respuesta. La radioterapia se utilizó en todos los pacientes que presentaron falla o recaída posterior a primer ciclo de quimioterapia. En los últimos 6 meses, se inició el esquema SMILE en 2 pacientes que progresaron en CHOEP, uno de ellos progresó durante SMILE. Se realizó autotrasplante de células tallo en 4 pacientes, de los cuales 1 presentó recaída al sitio inicial de la enfermedad dos años después. La sobrevida promedio posterior a trasplante es de 3.6 años. Se encuentran vivos : 8 pacientes; 3 en remisión completa (RC) después de autotrasplante, 1 en RC con qt/rt; 2 iniciando segunda línea, 2 iniciando primera línea. 4 fallecieron por actividad tumoral pese a los tratamientos intensivos. **Conclusiones.** El LNH extranodal NK/T tipo nasal es un reto diagnóstico y terapéutico en todo el mundo. Se observa con alta frecuencia resistencia a quimioterapia y radioterapia. Los mejores resultados se observan en

los pacientes que logran recibir autotrasplante hematopoyético.

760 Linfoma de células del manto en el Hospital de Especialidades de Puebla del IMSS

Pérez-Lozano U

Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla, Pue.

Introducción. A más de 20 años de la primera descripción el linfoma de células del manto (LCM) continúa siendo incurable en la mayoría de los casos. Carece de una terapia estándar ya que cada vez es más evidente que se trata de una entidad heterogénea con características moleculares y citogenéticas que se han encontrado en sus nuevas variantes. Principalmente SOX11, t(11;14)(q13;q32) y los marcadores que lo describen en la inmunohistoquímica: CD5, CD20, CD43, CICLINA D1. **Objetivo.** Describir la evolución de una serie de casos con LCM en HEP IMSS. **Material y métodos.** Reporte retrospectivo, observacional, homodémico, unicéntrico de pacientes con diagnóstico confirmado histopatológico de LCM, de 2010-2015. **Resultados.** Se reportan 9 pacientes, la media de edad fue 55 años. 7 Hombres (78%). 22.2% de los pacientes (2) con infiltración a médula ósea, 1 paciente tuvo KI -67 +. Todos los pacientes recibieron como tratamiento de 1ª línea R-CHOP; R-MINE como tratamiento de segunda línea ante recaída o progresión en 3 casos (60%), 2 con R- HCVAD y 2 mas con COPLAM. 3 pacientes recibieron tratamiento de 3ª línea. El 56% de los pacientes (6) fueron un estadio clínico IV B al diagnóstico. El 44% de los pacientes logró remisión completa (RC) con el 1º con el esquema de primera línea, 33.3% presentaron progresión de la enfermedad (3). El 50% de los pacientes que lograron RC con tratamiento de primera línea, presento recaída

a 2 años de vigilancia. **Conclusiones.** Más de la mitad de los casos se presentó en estadio avanzado (IVB). El porcentaje de RC después de R-CHOP es menor al 50% y la mitad de los pacientes que hicieron remisión presentaron recaída. Se hace indispensable implementar mejores estrategias de diagnóstico y tratamientos dirigidos en los casos de LCM.

762 Linfoma de células del manto. Experiencia de 6 años en un centro universitario del noreste de México

Lozano-Morales RE, Colunga-Pedraza PR, Sotomayor-Duque G, Gutiérrez-Aguirre H, Gómez-Almaguer D

Hospital Universitario Dr. José E González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL

Introducción. El linfoma no Hodgkin de células del manto constituye el 7% de los linfomas no Hodgkin en los Estados Unidos y Europa. Tiene una incidencia de 4 a 8 casos por millón de habitantes por año. La mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad avanzada al diagnóstico (70%). La edad mediana es de 60 a 65 años. La supervivencia media actual es de 5 años, sin embargo se considera el linfoma no Hodgkin mas agresivo. **Objetivo.** Determinar la experiencia del linfoma de células del manto en el servicio de hematología en un hospital universitario del noreste de México. **Material y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo donde se incluyeron 14 pacientes con diagnóstico establecido de linfoma no Hodgkin de células del manto del periodo 2010 a 2015 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años y de ambos géneros con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células del manto confirmado por estudio

histopatológico. **Resultados.** Se revisaron 14 linfomas no Hodgkin de células del manto diagnosticados del 2010 al 2015 los cuales representaron el 9% de los LNH. La mediana de seguimiento fue de 36 meses (1-81). La mediana de edad fue de 66 años (46-86). En el estudio histopatológico se determinó el porcentaje de Ki67 con una mediana de 40% (10-100%). La mediana de esquemas recibidos fue de 2 (1-5). Los esquemas utilizados mas frecuentemente en primera línea fueron el RCHOP y RCVp. Ninguno de los esquemas utilizados se asoció con mejor respuesta. La respuesta global fue de 57% (n=8), con una respuesta completa (RC) de 35.7% (n=5). Como segunda línea, 3 pacientes recibieron Maxi-CHOP, los 5 restantes que recibieron segunda línea recibieron otros esquemas como FCR, CVP, MECOP e HYPERCVAD, Ninguno de los factores mostraron asociación con la tasa de mortalidad. **Conclusiones.** Existen pocos datos disponibles del linfoma no Hodgkin de células del manto a nivel mundial y en México. De acuerdo con el análisis realizado, los resultados coinciden a los previamente reportados en la literatura. Además ningún factor mostró asociación al pronóstico.

783 Resultados del tratamiento de rescate con régimen ICE en pacientes con linfoma de Hodgkin en recaída/refractarios

Inclán-Alarcón S, Rodríguez-Rodríguez S, Agreda-Vásquez GP
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México

Introducción. Cerca del 80% de pacientes con linfoma de Hodgkin (LH) pueden ser curados con el tratamiento inicial. Sin embargo; en pacientes que tienen enfermedad en recaída/refractaria (R/R) altas dosis de quimioterapia (QT) con trasplan-

te de médula ósea (TMO) autólogo es habitualmente el tratamiento de elección, lo que será factible en pacientes que responden a una QT de rescate. El mejor régimen de rescate es incierto. **Objetivo.** Evaluar el régimen ICE como rescate en pacientes con LH en R/R en términos de respuesta global (RG) con la finalidad de citorreducción y consolidación con TMO autólogo. **Material y métodos.** Se realizó el análisis retrospectivo de 32 pacientes con LH en R/R tratados con Ifosfamida, carboplatino y etopósido (ICE) en el período comprendido de 2007-2015 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se describen características socio-demográficas, clínicas, patológicas al momento de la intervención con ICE y resultados de tratamiento.

Resultados. Del total de pacientes, la mediana de edad fue de 33 años (rango 19-64), 21 hombres y 11 mujeres recibieron ICE, en 28 de los casos como 2ª línea. El estadio clínico IV se documentó en 14 pacientes, 27 tuvieron síntomas B, 10 presentaban enfermedad voluminosa, 16 involucró extraganglionar (pulmón en 5, médula ósea en 11), con histología de celularidad mixta en 13 y esclerosis nodular en 16. La indicación de ICE fue debida a recaída en 11 pacientes, por enfermedad estable y/o progresión en 20 y 1 paciente lo recibió como 1ª línea por contraindicación al ABVD. La evaluación de la respuesta se realizó en 31 pacientes entre el 2º y 3º ciclo (12 y 14 respectivamente), documentándose RG en 67.7% con respuestas completas del 29%. Con una mediana de seguimiento de 55 meses, 7 fueron consolidados con TMO autólogo, 14 continuaron hasta un máximo de 6 ciclos, 10 requirieron un nuevo régimen de rescate y 11 habían fallecido al último seguimiento. Con una supervivencia global (SG) estimada a 5

años aún no alcanzada para toda la cohorte, la SG es mayor para aquellos que alcanzaron RC (p=0.042).

Conclusiones. El régimen de rescate con ICE es una buena estrategia de tratamiento para pacientes con LH en R/R. En esta cohorte la tasa de RG fue comparable a la reportada en la literatura.

856 Neoplasia blástica de células dendríticas plasmacitoides: características clínicas y patológicas

Quezada-Fiallos CM, Espinosa-Bautista KA, Quezada R, Cesarman-Maus G, Rivas-Vera S, Lome-Maldonado C
Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México

Introducción. La neoplasia blástica de células dendríticas plasmacitoides (NBCDP) es un tumor agresivo, derivado de células dendríticas tipo-2, provenientes de línea mieloide. Representa 0.7% de neoplasias hematológicas cutáneas, puede infiltrar médula ósea y presentar fase leucémica. Ocasionalmente no afecta piel. **Objetivo.** Describir las características clínicas y patológicas de NBCDP. **Material y métodos.** Reportamos tres nuevos pacientes con NBCDP. Realizamos inmunohistoquímica en médula ósea y biopsia de tumores para marcadores B, T, mieloides, y de células dendríticas.

Resultados. Primer paciente: (27 años) tenía 7 meses de evolución con múltiples lesiones cutáneas violáceas en cuerpo y cara (máculas, tumores planos o exofíticos sólidos o de consistencia líquida de 1-12 cm), epistaxis y ataque al estado general sin síntomas B. BH con leve trombocitopenia. Segundo paciente: (39 años) reportó 3 meses de evolución con máculas violáceas, malestar general y BH con leucocitosis 100k/mm3 y neutropenia. Citometría de flujo diagnóstica de LAM, biopsias de piel y hueso confirmaron NBCDP. Tercer pa-

ciente (26 años) con lesión cutánea nodular de tres meses de evolución, diagnosticada como linfoma-T/NK por biopsia, no respondió a CHOEP y en revisión patológica se diagnosticó NBCDP, respondió a ICE y espera trasplante. SUV-Max en PET-CTs entre 4-10. La patología en los tres con infiltrado cutáneo y/o de médula ósea por células tumorales positivas para CD4, CD56 y CD123 y negativas para CD34, marcadores pan B (CD20,PAX5, CD79a), Pan T (CD8,CD5,CD7), CD68, lisozima y mieloperoxidasa. EBER-ISH realizado en un caso fue negativo. El infiltrado cutáneo es difuso monomórfico por células de tamaño mediano con morfología blástica. El núcleo es único, de contorno irregular, cromatina fina; el nucléolo cuando está presente es eosinófilo, único o múltiple. El citoplasma es escaso, basófilo pálido. Observamos extensa extravasación de eritrocitos. Las células tumorales ocupan predominantemente la dermis y tejido subcutáneo sin comprometer epidermis. La densidad y distribución celular depende del tipo de lesión, si es plana o tumor. No existe angiocentricidad ni necrosis. **Conclusiones.** Se debe tener en mente NBCDP y realizar como mínimo inmunohistoquímica para CD4/CD56 y CD123. El diagnóstico diferencial incluye infiltrados cutáneos primarios por células hematopoyéticas inmaduras o maduras, neoplasias primarias o metastásicas no diferenciadas, leucemia / linfoma linfoblástico (comparten expresión de TDT y ocasionalmente CD56/TCL1), leucemia mielomonocítica crónica (puede expresar CD4/CD56/CD123/TCL1) y las NBCDP expresar marcadores mieloides (CD33/CD7), y linfoma de células T/Nk tipo-nasal (por expresar CD56/CD4), sin embargo la ausencia de angioinvasión y de EBER-ISH favorecen el diagnóstico de NBCDP. El

tratamiento se basa en esquemas tipo-LAL o experimentales (anti-CD123 -conjugados).

881 Expresión de los antígenos testiculares de cáncer en linfoma de Hodgkin y su correlación clínica

Hodgson-Reyes L, Gallardo-Trillanes E, Ramos-Peñafiel CO, Martínez-Tovar A, Castellanos-Sinco H, Collazo-Jaloma J
Hospital General de México, Ciudad de México

Introducción. El linfoma Hodgkin (LH) es una neoplasia caracterizada por la infiltración linfática de células tumorales (células de Hodgkin y Reed-Sternberg) rodeada de un infiltrado celular inflamatorio. La mayoría de subtipos asociados con virus de Epstein-Barr, el estándar de tratamiento incluye el uso de quimioterapia principalmente esquema ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina) con o sin radioterapia, con supervivencia del 98%. Otros esquemas han mostrado una mayor toxicidad. El índice pronóstico de Hesenclever estratifica el pronóstico acorde al número de factores implicados, siendo la supervivencia a 5 años; 89, 90, 81, 71, 56% respectivamente. Existen pocos marcadores moleculares que puedan identificar poblaciones con riesgo de falla al tratamiento. Los Antígenos Testiculares de Cáncer son moléculas que se expresan de forma normal en células germinales pero de forma anormal en diversas células tumorales. Muchos de ellos como MAGE-C2/CT10 se han implicado en la recurrencia y falla al tratamiento, reportándose la expresión de estos marcadores en pacientes con linfoma de Hodgkin avanzado hasta en 28% (Inaoka y col) teniendo MAGE-A y el MAGE-C1/CT7 mayor frecuencia. Investigar expresión de Antígenos testiculares es de utilidad como marcador pronósticos en diversas

neoplasias, siendo un blanco ideal para inmunoterapia. **Objetivo.** Determinar la frecuencia de expresión de los antígenos testiculares de cáncer y su correlación con la clínica. **Material y métodos.** Transversal, ambispectivo, pacientes con Linfoma Hodgkin Dic 2000 -Dic 2015, de 70 pacientes evaluados, muestra (conveniencia) 6 Pacientes. Se les realizó mediante RT-PCR mediante extracción de ARN, evaluación de la expresión de MAGE- a3. Análisis estadístico Software SPSS versión 2.0, cálculo descriptivo, Análisis de correlación de Pearson variables cualitativas (cuenta de leucocitos, lactato deshidrogenasa, albúmina, hemoglobina y RQ-PCR para MAGE-A3). Chi-cuadrado para el contraste de hipótesis (95%, IC). **Resultados.** Del total de pacientes el 83% integro remisión completa con el primer esquema de tratamiento (ABVD), el 17% remisión parcial, Un paciente presento recaída. En relación con la expresión de MAGE- a3 este estuvo presente en el 50% de los casos. No se encontró correlación significativa, entre los valores de MAGE a3 y los variables cualitativas utilizadas, Al contrastar la presencia de expresión de MAGE-a3 con la recaída hematológica, no se presentó una diferencia significativa (P=0.540,95% de IC), Al contrastar con el puntaje pronostico tampoco se mostró un contraste significativo (p=0.223,95%IC). **Conclusiones.** En nuestro estudio a pesar de la expresión de MAGE -a3 en el 50% de los casos no se demostró una correlación con las diferentes variables clínicas estudiadas.

904 Epidemiología de LNH DCGB asociado a VIH en el Hospital General de México

Montaño-Figueroa E, Martínez-Flores J, Zazueta-Pozos J
Hospital General de México, Ciudad de México

Introducción. Conocer la epidemiología de los linfomas no Hodgkin asociados a VIH es de gran importancia a nivel nacional, ya que es una patología que está aumentando de forma frecuente en nuestra población joven adulta, conocer las características como edad de presentación, sitios mas frecuentemente involucrados a nivel ganglionar o extraganglionar, la variedad histológica mas frecuente y el número de CD 4 al momento del diagnóstico, y que tan bien les va a estos pacientes con el tratamiento estandarizado a nivel mundial EPOCH. **Objetivo.** Conocer la prevalencia de LNH DCGB asociado a VIH, además de sus características histológicas, edad de presentación, sitios mas comúnmente involu-

crados. Identificar la respuesta a tratamiento que se ofrece en nuestra institución. **Material y métodos.** En el periodo de 2006 a 2014 se presentaron 5% en sexo femenino (N=1) y 95% en el sexo masculino (N=18). **Resultados.** Rango de edad al momento de presentación de linfoma. 20-30 años=17%, 31-40=39%, 41-50=39%, >51=5% Rango de edad al momento de presentación de linfoma. Variedad histológica: 1. Centro germinal 52% 2. plasmablastico 32% 3. Inmunoblástico 11% 4. Rico en T/histiocitos 5% presentación ganglionar más frecuente (42%) a nivel cervical (N=5 bulky); extraganglionar (21%) con predominio GI (recto y ano N= 6). cuenta de CD4 al momento del diagnóstico: 0-200=63%, 201-

500=26%, >500=11% El régimen EPOCH X6 ciclos el 63%(N=12) obtuvieron RC, sin embargo el 16%(N=3) con EPOCH X4 ciclos lograron RC, el 16% (N=3) fueron refractarios se ofrece 2 da línea de Tx ESHAP, R-ICE (11% y 5%) respectivamente. El 5%(N=1) recibió R-CHOP. El 26% (N=5) recibieron radioterapia por presentar tumoración bulky o al final del PET-CT aun con AT, logrando RC. **Conclusiones.** Linfomas no Hodgkin asociados VIH, la forma de presentación es Ganglionar cervical, le sigue extraganglionar a nivel Gastrointestinal (recto y ano), el grupo mas frecuente es de 30-40 años, predominio del sexo masculino, y una variedad histológica mas frecuente; centro germinal, con cuenta de CD4.

MEDICINA TRANSFUSIONAL

PRESENTACIÓN ORAL

668 Caracterización del donador de plaquetas por aféresis: factores asociados al rendimiento

Jaime-Pérez JC, Vázquez-Hernández KE, Jiménez-Castillo RA, Campos-Cartagena V, Valdés-Galván MJ, Salazar-Riojas R

Hospital Universitario Dr. José E González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL

Introducción. El banco de sangre debe seleccionar al donador de plaquetas por aféresis y asegurar que el producto obtenido sea de la mejor calidad. Las características del donador determinan que el producto recolectado aumente de manera eficiente la cuenta plaquetaria. **Objetivo.** Establecer la correlación que existe entre factores clínicos y de laboratorio del donador con el rendimiento plaquetario. **Material y métodos.** Se

realizaron 518 procedimientos de aféresis plaquetarias en un periodo de Enero 2010 a Enero 2016. Los donadores fueron seleccionados de acuerdo a la NOM-253-SSA1-2012 y el procedimiento realizado en la máquina Trima accel versión 6 (Terumo BCT) con ACD-A como anticoagulante. Los parámetros de edad, género, peso, estatura, IMC, cuenta plaquetaria, hemoglobina (Hb), hematócrito (Hto), Leucocitos, volumen sanguíneo procesado (VSP), volumen sanguíneo total (VST), duración, rendimiento teórico, rendimiento real y eficiencia de la recolección fueron analizados utilizando correlación de Pearson y t de Student. Resultados. 456 donadores fueron hombres (88%) y 62 mujeres (12%). La mediana de edad fue 33 años, estatura 171 cm, peso 83.5 kg, VSP=4.04L, IMC= 27.88. Las medianas de parámetros hema-

tológicos fueron: leucocitos= 6 650/uL, Hto=45.2%, Hb= 15.30 g/dL, plaquetas= 246,000/uL. Mediana de duración= 87 min. Los donadores O+= 326 (62.9%), A+ = 113 (21.86%), B positivo= 40 (7.74%), O negativo =19 (3.68%), A negativo= 9 (1.74%), AB+ = 6 (1.16%) y AB negativo= 4 (0.77%). La correlación entre rendimiento teórico y real fue $r=.693$. Mediana de rendimiento teórico= 4.5×10^{11} /unidad (2.6-9.0). No hubo diferencia por género ($p=.107$). Correlación del rendimiento plaquetario contra cuenta plaquetaria ($r=0.627$, $p=.001$) y VSP ($r=0.393$, $p=.001$). Peso, VST, IMC, leucocitos, estatura, duración, Hto, Hb y edad presentan baja correlación. Mediana de eficiencia de aféresis= 56.5%, comparación de eficiencia por género $p=.308$. Se contó con 295 (56.94%) datos del rendimiento real con una