

mente cursan asintomáticos o con enfermedad leve a moderada. Los valores de la citometría hemática, el índice neutrófilo-linfocito y el índice plaqueta-linfocito reflejan la intensidad de la respuesta inflamatoria, por lo que podrían ser predictores de gravedad de la enfermedad. El índice neutrófilo/linfocito (N/L) se ha asociado con deterioro clínico y aumento de la mortalidad en los pacientes con COVID-19.

Objetivos: Evaluar si los valores de la citometría hemática y de los índices neutrófilo/linfocito y plaqueta/linfocito son predictores de gravedad de COVID-19 en niños con patologías de alto riesgo.

Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte de 60 pacientes con COVID-19 y patologías de alto riesgo. Se evaluó el estado clínico al inicio y final del seguimiento y su relación

con los valores de la citometría hemática y los índices neutrófilo-linfocito y plaqueta-linfocito. Se clasificaron como casos los pacientes en estado clínico grave, crítico o aquellos que fallecieron y como controles los pacientes asintomáticos o con un cuadro clínico leve a moderado. El análisis estadístico se realizó con frecuencias, porcentajes, medianas, rangos, prueba de X² y exacta de Fisher y Razón de Momios. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 32 niños y 28 niñas, con una mediana de edad de 6.5 años, todos con una enfermedad de alto riesgo: leucemia (29,64.4%), síndrome de Down y leucemia (4,8.8%), neoplasias sólidas (6,13.3%), histiocitosis de células de Langerhans, aplasia medular, diabetes mellitus tipo 1 y enfermedad renal crónica con

(3.3%) pacientes para cada una. Se clasificaron como casos 17 (28.3%) y controles 43 (71.7%), presentaron PIMS cuatro (6.7%). Fallecieron 14 (23.3%) y cinco (8.5%) pacientes reingresaron por COVID-19 en los próximos 80 días después de su egreso. Ningún valor de la citometría hemática se asoció a mayor gravedad, con excepción de trombocitosis (RM 6.30, IC95% 1.03-38.48, $p = 0.048$).

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de COVID-19 más frecuentes fueron fiebre, disnea y diarrea. La mayoría presentaron un cuadro clínico leve al ingreso y egresaron asintomáticos. La disminución en las diferentes cifras de la citometría hemática fueron las alteraciones más frecuentes. La trombocitosis fue predictora de gravedad de COVID-19. Los pacientes hematológicos podrían reinfectarse a corto tiempo.

GAMMAPATÍAS MONOCLONALES

PRESENTACIÓN ORAL

GMO0011: Estudio comparativo multicéntrico del tratamiento con bortezomib en triple droga en primera línea de pacientes con mieloma múltiple; análisis de una institución a nivel nacional

Martha Alvarado Ibarra,¹ José Luis Álvarez Vera,¹ Juan Manuel Pérez Zúñiga,¹ José Antonio De la Peña Celaya,¹ Luara Luz Arana Luna,¹ Eleazar Hernández Ruiz,¹ María Eugenia Espitia Ríos,¹ Edilberto Jiménez Rendón,² Alejandra Camacho Molina,² Hilda Karina Morales Cervantes,² Eva Fabiola Ramírez Romero,³ Irene Anaya

Cuellar,⁴ Erika Añorve Hernández,⁵ Faustino Leyto Cruz,⁵ Eugenia Patricia Paredes Lozano,⁶ Ramón Bates Martín,⁶ Rodrigo Reséndiz Olea,⁷ Elvia Jacobo Medrano,⁸ Luis Arteaga Ortiz,⁹ Patricia Estrada Domínguez,⁴ Wilfrido Herrera Olivares,¹⁰ Jesús Medina Coral,¹¹ Mario Martínez Ramírez,¹² Karina Silva Vera,¹³ Sergio Loera Fragoso,¹⁴ Jorge Martínez Coronel,¹⁵ Mauricio García Vázquez,⁶ Salvador Silva López,⁶ Willie Flores Patricio,¹⁶ María Luisa Pedraza Colín,¹⁷ Héctor Estrella Pozos,¹⁸ Ana Tapia Enríquez,⁴ María Teresa Palafox Zaldívar,¹⁹

Eduardo Romero Martínez,²⁰ Carlos Gil Rondero,²¹ Marco Antonio Martínez,²² Liza Reyes Zatarain,¹² Óscar de Jesús Pérez Ramírez²³

¹ ISSSTE CMN 20 de Noviembre

² ISSSTE Central

³ ISSSTE Oaxaca

⁴ ISSSTE Chihuahua

⁵ ISSSTE H Regional A López Mateos

⁶ ISSSTE Hospital Regional 1 Octubre

⁷ Hospital Regional Ignacio Zaragoza

⁸ ISSSTE Aguascalientes

⁹ ISSSTE La Paz BC

¹⁰ ISSSTE Puebla

¹¹ ISSSTE Culiacán

- ¹² ISSSTE Veracruz
¹³ ISSSTE Tampico
¹⁴ ISSSTE Durango
¹⁵ ISSSTE Guadalajara
¹⁶ ISSSTE Cuernavaca
¹⁷ ISSSTE Morelia
¹⁸ SSSTE Mérida
¹⁹ ISSSTE Saltillo
²⁰ ISSSTE Mexicali
²¹ ISSSTE Hermosillo
²² ISSSTE Chiapas
²³ ISSSTE San Luis Potosí

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad incurable y uno de los principales objetivos del tratamiento es prolongar la sobrevida. Las nuevas terapias que incluyen drogas como bortezomib, talidomida y lenalidomida han contribuido notablemente para incrementar la sobrevida.

Objetivos: Conocer la respuesta obtenida por cada tratamiento en enfermos con mieloma múltiple de reciente diagnóstico, conocer la supervivencia libre de progresión por tratamiento, conocer la supervivencia global por tratamiento, conocer la toxicidad asociada a los tratamientos

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo, comparativo, longitudinal de múltiples hospitales afiliados al ISSSTE donde se cuenta con hematólogo y brindan atención a enfermos con diagnóstico reciente de Mieloma múltiple y recibieron como parte de su tratamiento bortezomib combinado con talidomida (BORTAL) o doxorubicina (BORDOX) o ciclofosfamida (BORCIC) más dexametasona. El bortezomib se revisó la base de datos de la plataforma de PEPMAE concentrada a nivel central del Instituto para conocer las diferentes variables a estudiar. Desde el 2015 el bortezomib es un medicamento que se surte de nivel central y se encuentra contemplado en el rubro de las drogas de alto costo por lo que tiene que se some-

ten los casos para revisión por un Comité integrado por hematólogos del instituto.

Resultados: De enero de 2015 a diciembre de 2020 fueron incluidos 1271 enfermos nuevos de mieloma múltiple, la mediana de edad fué de 57 años y el 68% fueron del sexo masculino, el 61% fué de tipo IgG, Durie y Salmon III fué de 39%, la falla renal se encontró en 17% y 37% se diagnosticó con fracturas patológicas. 467 enfermos recibieron BORTAL, 344 BORDOX y 465 BORCIC. No se encontraron diferencias significativas cuando se compararon por grupo en la edad, IPI, tipo de mieloma, Durie y Salmon, calcio, falla renal $p > 0.05$. La respuesta completa y la muy buena respuesta parcial (MBRP) se observó en 91% en BORTAL, con BORCIC 85% y con BORDOX 63% $p = 0.006$. La sobrevida libre de progresión en un seguimiento a 60 meses es con una mediana de 36 meses con BORTAL, 28 meses con BORCIC y 20 meses para BORDOX $p = 0.003$. Cuando se evaluó la sobrevida libre de progresión por grado de respuesta se encontró mediana no alcanzada en respuesta completa, 24 meses en los de MBRP y 16 meses para los de respuesta parcial $p = 0.0001$.

Conclusiones: Los resultados reflejan mejores resultados cuando se utiliza la combinación BORTAL seguida de BORCIC y con prolongación en la supervivencia cuando se alcanzan respuestas más altas.

GMO0012: SARS-CoV-2/ COVID-19 en pacientes con mieloma múltiple en México, COVID-Mex un reporte del grupo cooperativo de mieloma múltiple en México (COMMIMEX)

Aline Guillermina Ramírez Alvarado,¹ José Luis Álvarez Vera,² Ana Sofía Sánchez Rodríguez,¹ Carolina García Castillo,³ Jorge Vela Ojeda,¹ Juan Carlos Solís Poblano,⁴ José Ramiro Espinoza

Zamora,⁵ Nidia Zapata Canto,⁵ Alinka del Socorro García Camacho,⁶ Elena García Ruiz,¹ Elsa Verónica Ávila Arreguín,¹ Claudia Cecilia Escobar Villaroel,¹ Álvaro Hernández Caballero,¹ Karla Lourdes González González,¹ Moisés Xolotl Castillo,¹ Gisselle Ledezma Soto,¹ Claudia Barón Arce,¹ María Eugenia Espitia Ríos,¹ Isell González Calzadilla,¹ María Guadalupe Rodríguez González,¹ Laura Nallely Tecayehuatl Negrete,¹ María Eugenia Mejía Chávez,¹ Catalina López Aparicio,¹ Jessica Nájera Martínez,³ Álvaro Campos Cortés,³ María Cecilia Gómez Núñez de Cáceres,³ Gabriela Cardoso Yah,³ Luara Luz Arana Luna,² José Antonio De la Peña Celaya,² Eleazar Hernández Ruiz,² Adrián Ceballos López,⁷ Gabriel Barragán Ibáñez,⁸ Jorge Luis Aquino Salgado,⁸ Luisa Banda García,⁹ Lourdes Esthela Juan Lien Chang,¹⁰ Erika Añorve Hernández,¹¹ Eva Fabiola Ramírez Romero,¹² Óscar Salazar Ramírez,¹³ Wilfrido Herrera Olivares,¹⁴ Jessi Juárez Lara,¹⁵ Irene Anaya Cuellar,¹⁶ Martha Alvarado Ibarra²

¹ Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

² Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

³ Hospital Central Militar

⁴ Unidad Médica de Alta Especialidad Puebla, IMSS

⁵ Instituto Nacional de Cancerología

⁶ Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI

⁷ Clínica Mérida

⁸ Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

⁹ Hospital General de Zona núm. 11, IMSS, Xalapa, Veracruz

¹⁰ Unidad de Oncología y Servicios de Salud del Estado de Puebla

¹¹ Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE

¹² Hospital Regional Presidente Juárez del ISSSTE Oaxaca

¹³ Hospital San Ángel Inn Patriotismo

¹⁴ Hospital Regional de Puebla ISSSTE

¹⁵ Hospital Humanitas Tlaxcala

¹⁶ Hospital General Lázaro Cárdenas del Río, ISSSTE, Chihuahua

Introducción: El manejo de pacientes con cáncer y específicamente mieloma múltiple (MM) se ha vuelto un reto durante la pandemia de COVID-19. Al momento existe escases de información sobre el desenlace y características de este grupo de pacientes.

Objetivos: Conocer las características y desenlace de los pacientes con MM y COVID-19

Materiales y Métodos: Se registraron en forma prospectiva los pacientes con Mieloma múltiple y COVID que ingresaron a los centros participantes con prueba PCR positiva para SARS-COV2, registrando su evolución y desenlace. Se realizó análisis de los datos con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes de 16 centros de todo México de los cuales 40% tenían DM2, HAS 35%, Obesidad 15%, HAS y DM2 12%, 80% tenía MM IgG y 13% MM DE cadenas ligeras. 38 pacientes eran candidatos

a trasplante. La mediana de líneas de tratamiento recibidas fue de 2 al momento del diagnóstico de COVID-18. 59% de los pacientes estaban recibiendo IMiD, 50% Inhibidor de proteasoma) y 2 pacientes estaban recibiendo Daratumumab. Ningún paciente había sido trasplantado en los últimos 3 meses. Respecto al estado de la enfermedad 11 pacientes eran de reciente diagnóstico, 7 estaban con enfermedad progresiva, 8 con Respuesta Parcial muy buena, 26 con respuesta parcial y 4 no fue posible recabar información al respecto. 70% de los pacientes continuaron su tratamiento sin modificaciones durante la pandemia y previo a la infección. El principal síntoma de COVID fue la disnea. Todos los pacientes tenían diagnóstico confirmado con PCR + para SARS-COV2. 80.3% de los pacientes tuvieron enfermedad severa y 8.1% enfermedad leve. 54% requirieron

apoyo mecánico ventilatorio. Las complicaciones faltas más frecuentes fueron neumonía 60.6%, 6.4% Falla multiorgánica y 4.9% CID. Los pacientes recibieron como tratamiento anti-COVID esteroides 88%, 7% ruxolitinib, 8% ivermectina, 15% azitromicina, 16% cloroquina. Respecto al desenlace 60% murió y 39% se consideraron curados de COVID-19.

Conclusiones: En este estudio colaborativo Nacional del grupo COMMIMEX recaba el análisis y desenlace de los casos de pacientes con MM y COVID, desafortunadamente se reporta una alta mortalidad que destaca la importancia de las medidas preventivas en este grupo de pacientes, identificando como un grupo de mayor riesgo aquellos con nuevo diagnóstico y enfermedad activa. Actualmente se continúan recolectando datos de este grupo de pacientes, para un análisis comparativo con un grupo control.

PRESENTACIÓN EN CARTEL

GMO0002: ¿Es la tasa de filtrado glomerular un predictor de la supervivencia en pacientes con mieloma múltiple?

Carlos Alejandro De la Cruz De la Cruz, Luz Tarín Arzaga, Elisa Guerrero González, Omar Cantú Martínez, Eliezer Gómez Gómez, José Carlos Jaime Pérez, David Gómez Almaguer
Servicio de Hematología, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: Tradicionalmente, se ha utilizado el corte de 2 mg/dL de creatinina sérica (CrS) para

identificar daño renal y estadificar a los pacientes con mieloma múltiple (MM). Sin embargo, existen diversos factores que contribuyen a la disminución en el filtrado glomerular, sobre todo en personas mayores de 50 años, lo que puede llegar a subestimar el daño renal en pacientes que son clasificados dicotómicamente por su nivel de creatinina. Además, la IMWG recomienda el uso de la tasa de filtrado glomerular (TFG) en la evaluación de la respuesta renal, justificando el empleo de este parámetro en la clasificación de daño renal.

Objetivos: Evaluar el valor de la tasa de filtrado glomerular (TFG) como predictor de supervivencia en pacientes con MM.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 156 pacientes con MM diagnosticados en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de 2008 a 2020 que contaron con medición de CrS al diagnóstico. Se realizó el cálculo de la TFG por la fórmula CKD-EPI y los pacientes fueron agrupados de acuerdo con niveles de CrS ≥ 2 mg/dL y TFG < 60 ml/min/1.73m². El análisis de supervivencia global

se realizó por medio de curvas de Kaplan-Meier y pruebas log-rank.

Resultados: Se encontró que 49 (30.6%) pacientes tuvieron $\text{CrS} \geq 2 \text{ mg/dL}$ y 78 (50%) tuvieron $\text{TFG} < 60 \text{ ml/min}$. Todos los pacientes con $\text{CrS} \geq 2$ tuvieron $\text{TFG} < 60 \text{ ml/min}$, sin embargo, 29 (18.1%) pacientes con $\text{CrS} < 2$ también presentaron $\text{TFG} < 60 \text{ ml/min}$. La mediana de supervivencia fue menor utilizando el corte de $\text{CrS} \geq 2$ (28.7 vs. 57.1 meses, $P=0.002$) y con $\text{TFG} < 60$ (40.4 vs 57.1, $P=0.003$; **Figura 1**). No obstante, tras un subanálisis, la diferencia en la supervivencia de los pacientes con $\text{CrS} < 2$ y $\text{TFG} < 60$ (46.8 meses) no fue estadísticamente significativa comparada con los pacientes con $\text{CrS} \geq 2$ y $\text{TFG} < 60$ (28.7 meses, $P=0.422$) ni de aquellos con $\text{CrS} < 2$ y $\text{TFG} > 60$ (78.2 meses, $P=0.152$; **Figura 2**).

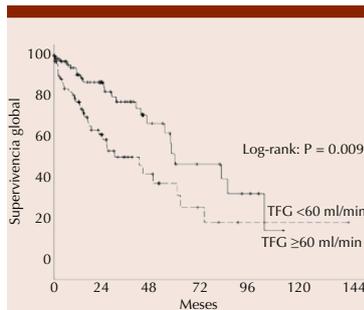


Figura 1.

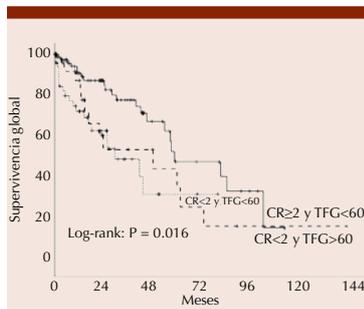


Figura 2.

Conclusiones: La TFG identifica una mayor cantidad de pacientes con daño renal no identificado por la CrS y con menor supervivencia. Su uso, junto con el corte de CrS de 2 mg/dL , permiten identificar pacientes con un pronóstico intermedio.

GMO0003: Características clínicas de pacientes con mieloma múltiple con daño renal al diagnóstico

Luz Tarín Arzaga,¹ Carlos de la Cruz de la Cruz,¹ Elisa Guerrero González,² Jane Citlaly López Quezada,¹ Sandra Abigail Sánchez García,¹ Luis Andrés González Torres,¹ Fernando de la Garza Salazar,¹ José Carlos Jaime Pérez,¹ David Gómez Almaguer¹

¹ Servicio de Hematología, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

² Centro Regional de Enfermedades Renales

Introducción: El daño renal es una manifestación del mieloma múltiple (MM), asociada a enfermedad avanzada y peor pronóstico, utilizando como parámetro la creatinina sérica (CrS) $\geq 2 \text{ mg/dL}$. Es la segunda causa de muerte en mieloma, después de las infecciones. El daño renal en MM se asocia a mayor carga tumoral y peor pronóstico.

Objetivos: Comparar las características clínicas al diagnóstico de pacientes con MM de acuerdo con la presencia de daño renal.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 156 pacientes con MM diagnosticados en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de 2008 a 2020 que contaron con medición de CrS al diagnóstico. Se categorizó como daño renal a los pacientes con niveles de $\text{CrS} \geq 2 \text{ mg/dL}$.

Resultados: El daño renal estuvo presente en 49 (31.4%) pacientes al diagnóstico; 42/49 (85.7%) presentaron $\text{CrS} > 4 \text{ mg/dL}$ y 6/49 (12.2%),

$\text{CrS} > 10 \text{ mg/dL}$. Los pacientes con daño renal fueron más jóvenes (57.1 vs. 62.5 años, $p=0.015$), tuvieron enfermedad más avanzada (estadio ISS-III 91.7% vs. 77.2%, $p=0.029$; estadio DSS-III 70% vs. 43.9%, $p=0.012$), y una mayor proporción tuvo anemia (83.7% vs. 56.9%, $p=0.001$) e hipercalcemia (84.4% vs. 24%, $p<0.001$). No hubo diferencia al comparar género, tipo de proteína monoclonal y cadena ligera involucrada, presencia de lesiones líticas o niveles de deshidrogenasa láctica.

Conclusiones: En nuestro centro, los pacientes con MM que debutan con daño renal son más jóvenes, tienen enfermedad más avanzada y presentan con mayor frecuencia características de mal pronóstico.

GMO0004: Impacto de la recuperación de la función renal en la supervivencia global de los pacientes con mieloma múltiple

Luz Tarín Arzaga, Carlos de la Cruz de la Cruz, Elisa Guerrero González, Paola Yesenia Blanco Elizondo, Rosa Coutiño García, Edgar Coronado Alejandro, José Carlos Jaime Pérez, David Gómez Almaguer

Servicio de Hematología, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: El daño renal se presenta en el 20-30% de los pacientes con mieloma múltiple (MM), se asocia con menor supervivencia, es usualmente moderado y revierte con el tratamiento de inducción en 50% de los casos.

Objetivos: Determinar la presentación de involucro renal y el impacto de la recuperación de la función renal en la supervivencia global en pacientes con MM.

Materiales y Métodos: Se determinó daño renal al diagnóstico de acuerdo con el criterio de creatinina sérica (CrS) $\geq 2 \text{ mg/dL}$ y se documentaron los cambios de

creatinina durante los siguientes 3 meses. Se estableció recuperación renal cuando CrS < 2 mg/dL. La tasa de filtrado glomerular (TFG) se determinó por la fórmula MDRD y se confirmó por CKD-EPI. Se estableció enfermedad renal crónica (ERC) si la TFG < 60 mL/min/1.73m² y bajo los criterios KDIGO 2012. Para evaluar la respuesta renal se utilizó el consenso de la IMWG: respuesta completa (RC) con TFG basal (TFGb) <50ml/min y mejoría ≥ 60 mL/min; respuesta parcial (RP) con TFGb <15ml/min y mejoría a 30-59ml/min; y respuesta mínima (RM) con TFGb <15ml/min y mejoría a 15-39ml/min o TFGb 15-29ml/min y mejoría a 30-59ml/min.

Resultados: De 156 pacientes, 50 (32%) presentaron daño renal al diagnóstico; 59% (23/39) mostraron recuperación renal. De acuerdo con la clasificación KDIGO 2012, 78 (50%) de 156 presentaron una TFG <60ml/min: entre 30-59 en 43.6%, entre 15-29 en 28.2% y <15 en 28.2%. Considerando los criterios de respuesta renal del IMWG, 69 (44.2%) tuvieron una TFG <50 ml/min; 61.2% (30/49), 22.4% (11/49) y 6.1% (3/49) alcanzaron RC, RP y RM, respectivamente, y en 10.2% (5/49) no se observó respuesta. La mediana de supervivencia fue menor en pacientes con daño renal (28.7 vs. 57.1 meses, P=0.001). La supervivencia global fue mayor en aquellos que recuperaron la función renal (40.4 vs 28.7 meses, P=0.002), pero menor que la de los pacientes con CrS<2mg/dL (57.1 meses) al diagnóstico.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes debutaron con daño renal, en 58.9% de éstos la función renal mejoró al iniciar el tratamiento. Los pacientes con recuperación renal mejoraron su supervivencia global, pero tuvieron un peor pronóstico que los pacientes sin daño renal al diagnóstico de MM.

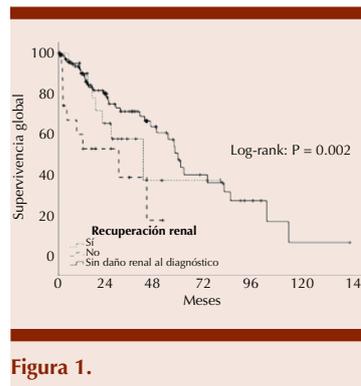


Figura 1.

GMO0005: Mieloma múltiple no secretor, con rápida actividad osteolítica masiva, reporte de caso y revisión bibliográfica

Gonzalo Vancini Becerra,¹ Joel Bañuelos González,¹ Pablo Alfredo García Chávez,¹ Samuel Alejandro Hernández González,¹ Marilyn Celeste Cortés Moreno,¹ Aimee Amairani Coronado Rosales,¹ Enid Mitzeli Ong Zárate,¹ Fátima Saray Sánchez Hernández,¹ Francisco Ariel Domínguez Bejarano,¹ Anibal Sánchez Soltero,¹ Jesús Manuel Ramírez Acuña,¹ Franía Norzagaray Orduño,¹ Diana Alonso Gálvez,¹ José Antonio Escuela López,² José Antonio Osuna Díaz,¹ César Borjas Gutiérrez¹

¹ Departamento de Hematología

² Departamento de Anatomía Patológica

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco

Objetivos: Informar el caso de una paciente con presencia de mieloma múltiple no secretor con alta actividad osteolítica de rápida progresión y explicar posibles causas de la agresividad

Antecedentes: El Mieloma Múltiple no secretor es una neoplasia maligna de células plasmáticas que infiltra la médula ósea, que ocurre en el 1% de los pacientes con mieloma, es caracterizado por la presencia de CRAB (calcinosis, lesión renal, anemia y lesiones óseas líticas), tam-

bién se encuentra una disminución o ausencia de inmunoglobulinas monoclonales séricas y en orina, el hallazgo de más del 60% de células plasmáticas en la médula ósea.¹ Este tipo de enfermedad involucra un microambiente pro inflamatorio que genera un aumento de la destrucción de la matriz extracelular ósea, algunas proteínas que se han reportado que están relacionadas a la patología y dan mal pronóstico es la B2 microglobulina, la cual se encuentra aumentada en daño renal y oseo.² APSin embargo hay mas factores relacionados con el deterioro del paciente como la negatividad de CD 117 o una citogenética de alto riesgo.

Caso clínico: Mujer de 49 años gerente de ventas, manimista dolor en hombro derechos e ingle izquierda en marzo 2021, medican tramadol y pregabalina, recibió ozono en columna por 10 días, en mayo tiene paresias y parestesias de miembros pélvicos, refiere perdida de 7 kg, traumatólogo solicita resonancia magnética, reportando compresión de discos y lesiones líticas en múltiples cuerpos vertebrales. 14/09/21: Hb 9.5 g/dl Hto 29.9%, VCM 100 fl, HCM 31.8 pg, reticulocitos 2%, Leucocitos 19220/ul, Neutrófilos 11160/ul, Linfocitos 4670/ul, Monocitos 2520/ul, plaquetas 483000/ul, procalcitonina 0.18 ng/l, proteínas totales 7.3 g/l, Globulina 2.6g/l, Creatinina 301 mmol/L, Depuración 39 ml/min/1.73, Ac. Urico 505umolL, Albumina 4.7, P 1.8 mmol/L, Ca 3.5 mmol/L, Cl 97 mmol/L, K6.4 mmol/L, Na141 mmol/L, Mg 0.9 mmol/L, DHL 395 U/L, Ferritina 1119 ng/l, cadenas en orina Kappa 0.86 mg/dl, lamda 0.3 mg/dl, IgG 325 mg/dl, IgM <25 mg/dl, IgA <40 mg/dl, IgE U/l, B2 microglobulina 29mg/l, Frotis se encuentra fenómeno de Rouleux, y 10% células plasmáticas. En aspirado de médula ósea hay 85% de células plasmáticas (Figura 1), y en

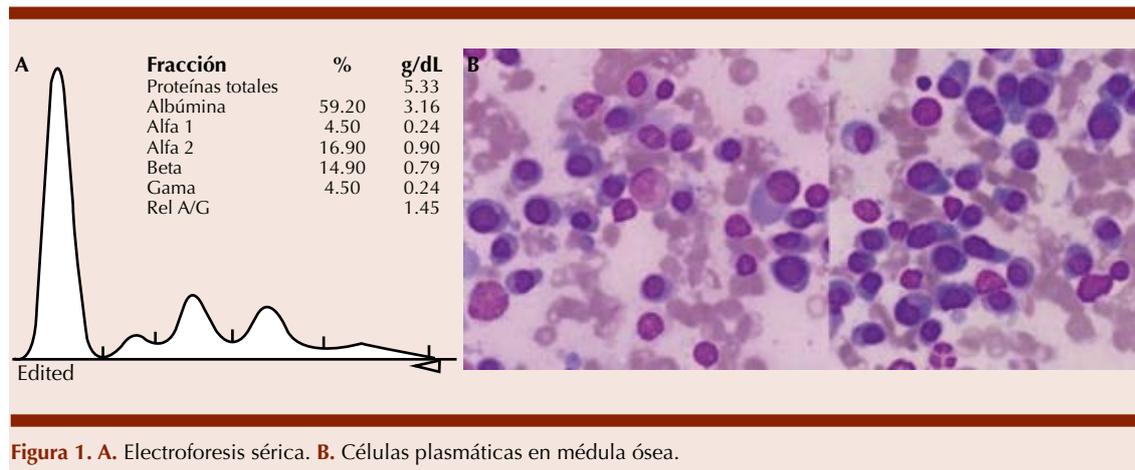


Figura 1. A. Electroforesis sérica. B. Células plasmáticas en médula ósea.



Figura 2.

biopsia de medula ósea se reportan 95% CD 38+. Serie ósea 14/09/21: con múltiples lesiones osteolíticas diseminadas (Figura 2), confirmadas por TAC Inmunofenotipo de las células plasmáticas monoclonales: 28.34%.

Conclusiones: El mieloma múltiple no secretor es de rápida progresión, y su relación directa con los niveles de B2 microglobulina pueden manifestar mayor daño a la enfermedad.

GMO0006: Mieloma múltiple con síndrome antifosfolípido en paciente femenina: reporte de un caso

Fátima Isaura Bhatti Mota, Brian Guzmán Beltrán, María Alejandra Núñez Atahualpa, Aldo Aldair Landeros Pérez, Francisco Iván Arias García, José Alejandro Padilla Ortega, Ana Lucía Ron Magaña, Norma Hilda Chamorro Morales, Laura Olivia Villalobos De la Mora, César Martínez Ayón

Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara; Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Objetivos: Descripción de paciente femenina diagnosticada con Mieloma múltiple posteriormente diagnosticándose Síndrome anti-

fosfolípidos, reporte de un caso clínico.

Antecedentes: El mieloma múltiple es la segunda neoplasia hematológica en orden de frecuencia. Se define por la presencia de células plasmáticas monoclonales con capacidad para producir una paraproteína monoclonal. Sólo un 15% de los pacientes tienen menos de 50 años en el momento del diagnóstico, con una incidencia máxima entre los 60 y 70 años. El síndrome antifosfolípido es un trastorno multisistémico adquirido que se caracteriza por trombosis recurrentes en el sistema arterial, el sistema venoso o ambos. El síndrome antifosfolípido se clasifica en 2 grupos: primario y secundario; con menos frecuencia asociado con infecciones, enfermedades donde se engloban neoplasias. Los marcadores serológicos son anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico y anticardiolipina.

Caso clínico: Femenina de 57 años de edad quien inicia cuadro clínico con lumbalgia, alteración del estado de alerta y fiebre, al examen físico extremidad superior izquierda con incremento del volumen a nivel de húmero. En las analíticas de su ingreso

se evidencia hemoglobina 7.4 g/dL, urea 65.8, creatinina 1.2 con TFG 50, calcio corregido 11.2, beta 2 microglobulina 20.5 mg/l. Se le realiza aspirado de medula ósea reportando 55% de plasmoblastos. Se adicionaron estudios complementarios Inmunofijación de proteínas en sangre Banda monoclonal Tipo IgA: 2740 mg/dl. Por trombocitopenia severa, y persistencia de prolongación de TTPa patrón inhibitor, se diagnóstica SAAF: Anticoagulante lúpico, Ac anti-cardiolipinas, Ac antibeta2 glucoproteína positivos. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona, así como tratada con 2 ciclos de esquema CyBorD, y dos dosis de Ácido zoledrónico. La paciente fue egresada, continuando seguimiento por consulta externa, pero la misma posteriormente fallece por choque séptico foco pulmonar.

Conclusiones: A la paciente se le iniciaron pulsos de metilprednisolona, respondiendo al mismo. Se ha informado la presencia de anticuerpos antifosfolípidos en una gran variedad de pacientes con neoplasias malignas. Las neoplasias hematológicas y linfoproliferativas pueden estar asociadas con la generación de anticuerpos antifosfolípidos, pero predominan los isotipos Ig M por lo que no necesariamente aumentan el riesgo trombofílico en estos pacientes. Los niveles de AAF pueden ir disminuyendo, incluso desaparecer después de la instauración del tratamiento quimioterápico. Existen pocos casos documentados de paciente con mieloma múltiple y de un síndrome antifosfolípido, con positividad de sus 3 marcadores. Pero si se conoce que el síndrome antifosfolípido puede ser secundario, y entre una de estas causas están las neoplasias, incluyendo las hematológicas.



Figura 1.

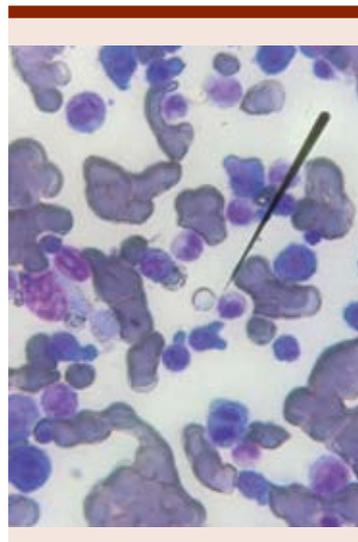


Figura 2.

GMO007: supervivencias prolongadas en mieloma múltiple: experiencia en una sola institución

Lorena Bojalil Álvarez,^{1,2} Elizabeth García Villaseñor,^{1,4} José Antonio Fernández Gutiérrez,^{1,2} Óscar Alfonso Reyes Cisneros,^{1,5} Iván Murrieta

Álvarez,¹ Yahveth Cantero Fortiz,^{1,6} Guillermo J Ruiz Delgado,^{2,5} Guillermo J Ruiz Argüelles^{1,2,5}

¹ Centro de Hematología y Medicina Interna, Clínica Ruiz

² Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

³ Mayo Clinic/Foundation

⁴ Benemérita Universidad Autónoma del Estado de Puebla

⁵ Universidad Anáhuac Puebla

⁶ Universidad de las Américas Puebla

Introducción: La supervivencia de los pacientes con mieloma múltiple (MM) ha mejorado en los últimos años. Antes de la introducción del TCMH y los denominados “fármacos novedosos”, el 18% de los pacientes con MM sobrevivían más de 5 años y el 2,2% más de 10 años. En la actualidad, estas cifras rondan el 50% y el 28% respectivamente.

Objetivos: Determinar los factores asociados a supervivencia prolongada en pacientes con mieloma múltiple en un centro de referencia de Hematología.

Materiales y Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva los expedientes de 139 pacientes con MM diagnosticados y tratados en el Centro de Hematología y Medicina Interna de Puebla entre mayo 1992 y agosto 2021.

Resultados: De 139 pacientes analizados, la mediana de seguimiento fue de 2.72 años (RC de 0.93 a 6.89); la mediana de supervivencia global (SG) fue de 11.2 años. 48 (34%) pacientes sobrevivieron más de 5 años y 19 (13%) más de 10 años. De todos los pacientes, 66 (47.4%) han sido seguidos durante más de cinco años o se perdieron antes. 25 (17.9%) pacientes fallecieron antes de los 5 años de seguimiento. En el estudio descrito se observó que a supervivencia global de los pacientes con una edad <50 años fue mayor que en los pacientes de edad, de igual forma se determinó una supervivencia

mayor en pacientes con un ISS de I en comparación con un ISS de II y III. Al momento del diagnóstico la característica que mostró tener un potencial impacto en la supervivencia fue la estimación de la TFG mostrando ser mayor en pacientes con valores >60 ml/min. Finalmente, el tipo de mieloma múltiple también demostró una diferencia no estadísticamente significativa observando mejores resultados en los de tipo IgG.

Conclusiones: Un número relativamente alto de pacientes con MM sobreviven más de 5 y 10 años. Es posible que este hallazgo se relacione con la identificación de formas menos agresivas de MM en Latinoamérica. Los pacientes sometidos a TCPH tuvieron supervivencias mayores a 5 y 10 años comparados con aquellos quienes no fueron trasplantados, así como los pacientes con diagnóstico a edad menor a 50 años y con ISS de I.

GMO0008: Frecuencia de diferentes esquemas de tratamiento y su impacto en desenlaces en mieloma múltiple: análisis retrospectivo de 15 años del grupo de hematólogos de los servicios de salud de Petróleos Mexicanos

Fernando Pérez Jacobo,¹ Miguel Ramos Arrieta,¹ Patricia Galindo Delgado,² Elia Zamora Pérez,³ Magdalena Bahena García,² Leticia Barrios Hernández,³ Viridiana Estefanía Villagómez,⁴ Rosa Nelly Narvaez Rivera,⁵ María Genoveva Bravo,⁵ Jaime Mejía Aguirre⁶

¹ Hospital Central Norte Pemex

² Hospital Central Sur Pemex

³ Hospital Regional Cd. Madero Pemex

⁴ Hospital Regional Salamanca Pemex

⁵ Hospital Regional Villahermosa Pemex

⁶ Hospital Regional Minatitlán Pemex

Introducción: En la última década a nivel internacional, se han

desarrollado esquemas de tratamiento altamente efectivos en mieloma múltiple (MM), basados en combinaciones de inhibidores de proteosomas, inmunomoduladores, esteroides y anticuerpos monoclonales. Sin embargo, en México la experiencia con estos fármacos es aún limitada debido a limitación en el acceso a estos.

Objetivos: Describir la frecuencia en las diferentes modalidades de tratamiento, así como desenlaces en una cohorte de pacientes con MM tratados a partir del año 2005 en los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos.

Materiales y Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los registros de pacientes diagnosticados con MM de enero del 2005 a marzo del 2020 en diferentes hospitales de los Servicios de Salud de Pemex. Se evaluaron las características clínicas de los pacientes, el esquema recibido, así como supervivencia global (SG) y supervivencia libre de recaída (SLR).

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes con MM. La mediana de edad fue de 65 años (rango 33-94); 61% del del sexo masculino. El componente monoclonal fue IgG en el 58%. El 45% presentaban un puntaje ISS de 3; 140 (74.5%) anemia, 141 (75%) lesiones líticas y 58 (32%) plasmocitoma al diagnóstico. Los esquemas más frecuentes en primera línea fueron los basados en bortezomib (VTD, CyBorD, VMP) en 58.5%; melfalán (MPT, MP) en el 15% y talidomida + dexametasona en 8.5%. Sólo 18 (9.6%) recibieron bortezomib, lenalidomida y dexametasona (RVD) como primera línea. La tasa de respuesta global fue del 73.4% (MBRP ó $>$ en 47.3%). 25 pacientes (13.3%) se sometieron a trasplante autólogo como consolidación. Setenta y uno pacientes (37.8%) recayeron; de estos 31 (43.7%) recibieron regímenes con inhibidores de proteosomas de 1ª o

2ª generación, y 16 (22.5%) Carfilzomib + RD. Las medianas para SG y SLR fueron de 51 y 32 meses, respectivamente. Pacientes > 65 años (44 vs 75 meses, $p=0.001$); con ISS 3 (29 vs 62 vs 88 meses, $p=0.001$) y los tratados con quimioterapia; alquilantes y/o talidomida (36 vs 68 meses, $p=0.042$) presentaron peor SG. Los pacientes que se sometieron a trasplante autólogo tuvieron mejor SG (mediana no alcanzada vs 45 meses, $p=0.001$) y SLR (93 vs 45 meses, $p=0.019$).

Conclusiones: Nuestros resultados son similares a otros reportados en América Latina, y muestran la necesidad de mejorar el acceso a regímenes óptimos y cobertura de salud con el objetivo de mejorar los desenlaces en MM.

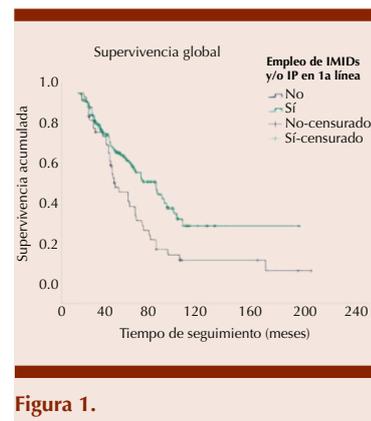


Figura 1.

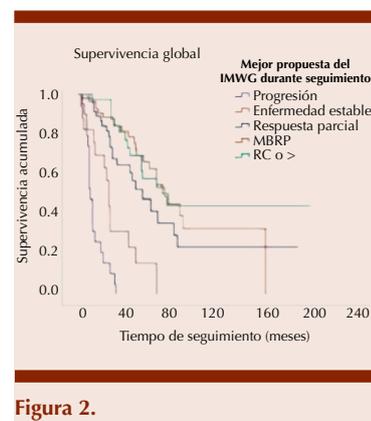


Figura 2.

GMO0013: Síndrome POEMS: presentación de un caso

Adriana Ávila Burciaga, Laura Elena Yáñez Santana, Jesús Manuel López Valles, Edith De León Lagunas, Oyuky Gissell Aguirre Reyes

Hospital General de Zona núm. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Presentar un caso de un paciente con síndrome de POEMS
Antecedentes: Síndrome de POEMS o también conocido como mieloma osteoesclerótico es un síndrome paraneoplásico secundario a neoplasia de células plasmáticas, cuyos criterios diagnósticos son: polineuropatía, trastorno de células plasmáticas monoclonal (casi siempre lambda), cualquiera de los siguientes: enfermedad de Castleman, lesiones óseas escleróticas, elevación VEGF, organomegalia, sobrecarga de volumen, endocrinopatía, cambios cutáneos, papiledema, trombocitosis/policitemia. El tratamiento se basa en radioterapia en caso de plasmocitoma osteoesclerótico; y terapia sistémica con glucocorticoides, alquilantes, lenalidomida y bortezomib.

Caso clínico: Femenino de 42 años con antecedente de estancia en unidad de cuidados intensivos durante 3 días por sospecha de tromboembolia pulmonar, sin embargo se descartó por TAC contrastada, que además identificó derrame pleural bilateral, hepatomegalia y esplenomegalia. Se envió al servicio de hematología por trombocitosis 780 000 plaquetas. Inicio su padecimiento con dolor y disminución progresiva de fuerza muscular en extremidades inferiores hasta im-

pedir flexión de rodillas, cambios de coloración cutánea, posteriormente progresa hasta presentarse con paraparesia bilateral. Aspirado de medula ósea sin infiltración de células plasmáticas, punción lumbar con disociación albuminocitológica, electromiografía con neuro-conducción: polineuropatía crónica simétrica distal en extremidades inferiores, VEGF 535pg/ml (VN 31-86), Perfil hormonal: TSH 14.5mU/l, TAC de columna lumbar: Imagen esclerótica en cuerpo vertebral de L1, 9X6mm. Beta 1 microglobulina en sangre: 7.07mg/l, Inmunofijación IgA Lambda monoclonal, Electroforesis de proteínas en orina: Banda 1 proteína anormal 46mg/24hrs, Cortisol total: 11.8mcg/dl, Biopsia de tejido adiposo: tinción rojo Congo positivo compatible con amiloide, Biopsia de riñón: microangiopatía trombótica subaguda, nefritis túbulo-intersticial activa con eosinófilos, lesión tubular aguda multifocal con cambios regenerativos moderados en el epitelio y con cilindros proteináceos intratubulares, policlonales, fibrosis intersticial grado I, arteriopatía hialina nodular leve, inmunofluorescencia directa IgM positivo en asas capilares patrón lineal en membranas basales glomerulares kappa y lambda. Recibió tratamiento con Dexametasona 40mg IV + Bortezomib durante 4 ciclos. Últimos resultados de VEGF 34pg/ml y biometría hemática Hb 15.2g/dl, leucocitos 6 500, plaquetas 345 000. Se realizó trasplante de médula ósea y actualmente se encuentra en rehabilitación.

Conclusiones: El síndrome de POEMS es un reto diagnóstico para

los clínicos, sin embargo, con adecuado interrogatorio y exploración física se puede iniciar abordaje. Se debe diferenciar de otras condiciones como polineuropatía crónica inflamatoria, amiloidosis, gamapatía monoclonal de significado incierto.



Figura 1.

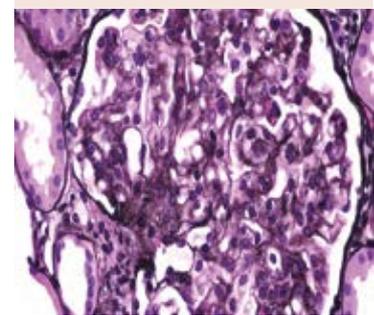


Figura 2.